

Как сообщить диагноз и прогноз онкобольному: руководство для врача

Осведомленность больного раком о своем диагнозе и прогнозе оказывает огромное влияние на принятие им решений как в отношении лечения, так и касающихся личной жизни. Исследования показали, что врачи-онкологи систематически проявляют чрезмерный оптимизм в оценке ожидаемой выживаемости и еще более оптимистичны в момент сообщения диагноза пациенту и/или членам его семьи.

В настоящей статье обсуждаются источники прогностической информации, умение врача прогнозировать исходы, преимущества и недостатки интегрированных прогностических моделей. Кроме того, вниманию специалистов предложен простой алгоритм общения с пациентом, позволяющий справиться с нереалистичными ожиданиями и отрицанием. Использование алгоритма на практике иллюстрировано клиническим случаем.

Клинический случай

Пациент Р., 68-летний фермер, был направлен хирургом в отделение лучевой терапии для лечения кро-вохаркания, вызванного немелкоклеточным раком легких IIIВ стадии. На протяжении последних 6 мес у него отмечался кашель с выделением мокроты, иногда с прожилками крови, однако, по мнению пациента, этот кашель не слишком отличался от кашля курильщика, с которым он был давно знаком.

По настоянию жены мужчина обратился к врачу. Рентгенография органов грудной клетки показала «возможную пневмонию» в левом легком, больному назначили антибиотики. Однако состояние пациента не изменилось. Повторная рентгенография – «без улучшений». Компьютерная томография выявила опухолевую массу и увеличение нескольких лимфатических узлов. При сканировании скелета метастазы в костях не обнаружены. Пациент продолжал работать на том же уровне. Из анамнеза жизни: в 14 лет начал курить, в 18 лет женился. Бросил курить только 5 лет назад под влиянием жены и детей. Пациент работает на семейной ферме, значительно помочь в работе ему оказывают трое взрослых сыновей.

«Доктор, сколько мне осталось?..»

Большинство американцев в случае развития жизнеугрожающего заболевания хотели бы знать свой диагноз и ожидаемую продолжительность жизни. Исследования, проведенные с участием представителей других национальностей и мировых культур, неожиданно предоставили точно такие же результаты. Даже принимая во внимание культурные особенности разных народов, следует все же отметить, что обсуждение диагноза и прогноза в ходе откровенной беседы поможет пациенту и его семье спланировать свою дальнейшую жизнь; позволит ему определить реалистичные цели и оставаться независимым; окажет больному эмоциональную поддержку; укрепит взаимоотношения между врачом и пациентом; побудит к сотрудничеству пациента, его родственников, врачей и других медработников; наконец, послужит доказательством того, что медперсонал будет оставаться честным, даже если «новости не так хороши, как хотелось бы».

Многие пациенты, спрашивая о прогнозе заболевания, как правило, ожидают, что врач введет их в курс проблемы. Больные и их родственники не всегда интерпретируют *мета-статическое* заболевание как *неизлечимое*, что обычно (но не всегда) является одним и тем же. Слово «ответить» («определенный процент больных раком ответит на лечение») часто неверно истолковывается пациентом и его семьей как «излечиваться» («определенный процент будет излечен»).

В некоторых случаях сами родственники не желают, чтобы врач информировал пациента о его прогнозе. Они считают, что плохие новости будут настолько большим стрессом для больного, что значительно ухудшат его состояние или даже станут причиной его смерти.

Врачам и другим медработникам, желающим быть в «команде надежды», зачастую трудно сообщать информацию, в которую они сами не хотят верить. Тем не менее важно понимать, что вдумчиво предоставленная информация может оказать существенную пользу для пациента и его семьи, которые хотят узнать о болезни, и повысить степень доверия больного к системе здравоохранения.

Развитие прогностических и коммуникативных навыков может облегчить «трудные» дискуссии с пациентом и его семьей и предоставление информации, необходимой им для принятия информированного решения относительно лечения.

Оценка прогноза

Прогноз – предсказание вероятного течения и исхода расстройства или заболевания. В настоящей статье прогноз означает вероятность выживания (или смерти) от рака и может быть выражен как ожидаемая продолжительность жизни.

Оценка и обсуждение прогноза с онкобольным и членами его семьи имеют большое значение, так как позволяют им принять информированное решение относительно комплекса лечебных мероприятий. Кроме того, оценка прогноза необходима для установления соответствия больного критериям получения хосписной помощи (если пациент или его родственники на каком-либо этапе заболевания выразят желание ее получить).

Одним из критериев возможности получения хосписной помощи в центрах Medicare и Medicaid¹ является прогноз, определенный лечащим врачом и главврачом хосписа как продолжительность жизни ≤6 мес в случае естественного течения заболевания.

Источники прогностической информации включают предсказания врача, данные относительно выживаемости для разных стадий рака, функциональный статус, признаки и симптомы, а также интегрированные модели прогноза. На момент установления диагноза основную прогностическую информацию предоставляют известные опухолевые факторы (например, молекулярные маркеры, стадия, гистологическая степень и т. д.), рассматриваемые в контексте пациентспецифических факторов (сопутствующих заболеваний, функционального статуса, признаков и симптомов заболевания и т. д.).

Предсказания врача

Оценка прогноза при поздних стадиях рака, зависящая от клинического опыта и интуиции врача, в целом является неточной.

Преувеличение. По данным многочисленных исследований, врачебные оценки прогноза пациентов, получающих паллиативное лечение, являются в 3-5 раз (на 300-500%) более оптимистичными по сравнению с реальной ситуацией. В целом клинически предсказанная выживаемость (КПВ) коррелирует с фактической выживаемостью (ФВ) и является более точной у больных с наименьшей общей выживаемостью (табл. 1).

Исследование	Количество пациентов	Медиана КПВ, дни	Медиана ФВ, дни
Parkes, 1972	71	28 (24-56)	21 (9-34)
Evans, 1985	42	81 (28-182)	120 (43-180)
Heyse-Moorel, 1987	50	56 (33-84)	14 (7-28)
Maltoni, 1994	100	42 (28-56)	32 (13-63)
Maltoni, 1994	530	42 (28-70)	32 (13-62)
Oxenham, 1998	21	21 (14-35)	15 (9-25)
Maltoni, 1999	451	42 (21-70)	33 (14-62)
Christakis, 2000	325	77 (28-133)	24 (12-58)
В целом	1591	42 (28-84)	29 (13-62)

Метаанализ исследований, представленных в таблице 1, свидетельствует о том, что выживаемость была в целом на 30% ниже, чем предсказывалось. В 25% случаев КПВ отличалась от ФВ не более чем на 1 нед, в 27% случаев – более чем на 4 нед (в сторону увеличения). Прогнозы врача являются наиболее эффективными тогда, когда они дополняют статистические и другие предиктивные модели.

Вопрос о «сюрпризе». В проспективном когортном исследовании с участием более 850 больных раком молочной железы или толстой кишки, наблюдавшихся у онкологов в рамках запланированных визитов в онкологическую клинику, врачей попросили относительно каждого пациента ответить на вопрос: «Станет ли для Вас сюрпризом, если этот пациент умрет в течение года?». Ответ «Нет» идентифицировал больных раком, у которых риск умереть на протяжении следующего года был в 7 раз выше по сравнению с пациентами, в отношении которых врач ответил «Да» (Moss et al., 2010). Таким образом, в исследовании было установлено, что вопрос о «сюрпризе» является простым, легко применимым и эффективным инструментом для идентификации онкобольных с очень высоким риском 1-летней смертности.

Стадия рака и прогноз

Данные относительно выживаемости при отдельных видах злокачественных новообразований в зависимости от стадии заболевания широко доступны, однако их использование для оценки прогноза у конкретного пациента сопряжено с определенными трудностями. Информативными в отношении прогнозирования исходов у больных с поздними стадиями рака являются исследования по естественному течению рака (хотя они обычно отражают опыт одного учреждения), а также рандомизированные исследования, включавшие группу так называемой наилучшей поддерживающей терапии. Например, у пациентов с нелеченным раком молочной железы поздних стадий медиана выживаемости превышает 2 года, с нелеченным раком головы и шеи поздних стадий – составляет около 4 мес.

Функциональный статус

Уже в 1940-х гг., на заре современной онкологии, было доказано, что способность пациента выполнять повседневные задачи в высокой степени коррелирует с прогнозом. Желание испытать новые методы лечения у больных с наиболее высокими шансами на благоприятный исход стало стимулом для разработки шкал, оценивающих функциональный статус.

Функциональная шкала Karnofsky (KPS), созданная еще в 1949 г., в руках опытного клинициста является достоверным, надежным, простым и воспроизводимым инструментом для определения функционального состояния пациента и независимым предиктором выживаемости. Тем не менее предсказательная ценность KPS относительно выживаемости правомочна только для больных с оценкой <50. Результаты наблюдения 1582 пациентов – участников исследования National Hospice Study показали, что KPS является важнейшим клиническим фактором для оценки прогноза. По медиане выживаемости согласно KPS больных можно разделить на три группы: KPS ≥50 (86,1 дня), KPS 30-40 (49,8 дня) и KPS 10-20 (16,8 дня) (табл. 2).

Характеристика пациентов	Оценка	Критерии	Прогноз
Нормальная активность; могут работать; специальный уход не требуется	100	Состояние нормальное; жалобы отсутствуют; специальный уход не требуется	86,1 дня
	90	Нормальная активность; незначительные признаки и симптомы заболевания	
	80	Нормальная активность требует усилий; есть определенные признаки и симптомы заболевания	
Не способны работать; могут жить дома и самостоятельно справиться с большинством личных потребностей; в той или иной степени требуется посторонняя помощь	70	Сами ухаживают за собой; нормальная активность и активная работа невозможны	49,8 дня
	60	Периодически требуют посторонней помощи, но с большинством личных потребностей справляются самостоятельно	
Не могут позаботиться о себе; нуждаются в лечении в медицинских учреждениях; заболевание может быстро прогрессировать	50	Нуждаются в значительном постороннем уходе и частой медицинской помощи	16,8 дня
	40	Инвалидность; нуждаются в специальном уходе и лечении	
	30	Тяжелая инвалидность; показана госпитализация, однако признаки скорой смерти отсутствуют	
	20	Очень тяжелое состояние; госпитализация необходима; требуется активная поддерживающая терапия	
	10	Терминальное состояние; фатальные процессы быстро прогрессируют	
	0	Смерть	

Loprinzi и соавт. (1994) продемонстрировали информативность KPS для определения трех групп пациентов с поздними стадиями рака со статистически значимыми кривыми выживаемости, рассчитанными с помощью одно- и многомерного анализа. Сила корреляции между функциональным статусом и выживаемостью является времязависимой – KPS обладает более высокой прогностической ценностью, когда ожидаемая выживаемость составляет <3 мес.

В 1960 г. Zubrod и соавт. разработали простую шкалу, по достоверности не уступающую KPS, но более легкую в использовании. Впоследствии эта шкала была взята на вооружение Восточной кооперативной онкологической группой

¹ Социальные системы здравоохранения США.

(ECOG) и Всемирной организацией здравоохранения (WHO). Во всех исследованиях оценка 3 коррелировала с прогнозом выживаемости <3 мес, оценка 4 – с прогнозом <1 мес (табл. 3).

Оценка	Характеристики пациента	Прогноз
0	Активен без ограничений; способен осуществлять физическую деятельность в том же объеме, что и до заболевания	
1	Физическая активность ограничена неинтенсивной; больной может получать лечение амбулаторно; способен к нетяжелой деятельности (например, к легкой работе по дому, офисной работе)	
2	Может получать лечение амбулаторно; справляется со всеми личными потребностями, однако не может осуществлять какую-либо работу; ≤50% времени проводит вне постели	
3	Самостоятельно может справиться только с некоторыми личными потребностями; в постели или инвалидном кресле проводит >50% времени	<3 мес
4	Абсолютно недееспособен; полностью не может заботиться о себе; прикован к постели или инвалидному креслу	<1 мес
5	Смерть	

Паллиативная функциональная шкала (PPS) представляет собой модифицированную версию KPS и учитывает такие показатели, как способность передвигаться, уровень активности, тяжесть заболевания, способность к самообслуживанию, возможность принимать пищу per os и уровень сознания (табл. 4). С выживаемостью коррелирует оценка PPS, составляющая 50% и ниже. В целом PPS 10-20% означает неминуемую смерть (медиана выживаемости 1-9 дней); PPS 30-40% указывает, что смерть произойдет в течение нескольких недель (медиана выживаемости 7-37 дней); PPS 50% свидетельствует о вероятной смерти в пределах 1-2 мес (медиана выживаемости 18-55 дней).

Клинические признаки и симптомы как прогностические факторы

Повысить точность прогноза позволит оценка функционального статуса в контексте различных физикальных симптомов. В ходе систематического обзора прогностических факторов при поздних стадиях рака, изучавшихся в 24 исследованиях, было оценено более 100 различных переменных и установлено, что на выживаемость независимо влияют когнитивная функция, снижение веса, дисфагия, ксеростомия, анорексия и одышка. С неблагоприятным прогнозом также ассоциировались некоторые лабораторные показатели, а именно: лейкоцитоз, лимфопения и повышение С-реактивного белка (СРБ).

Прогностическая шкала Глазго (GPS) основана на оценке уровня системного воспаления по стандартным границам СРБ и альбумина и может предоставить дополнительную информацию относительно прогноза при злокачественных новообразованиях поздних стадий различной локализации:

Оценка	Способность передвигаться	Активность пациента и тяжесть заболевания	Самообслуживание	Прием пищи per os	Уровень сознания	Медиана выживаемости	Вероятность смерти в ближайшие 6 мес
100	Полная	Активность и труд без ограничений. Признаков заболевания нет	Полное	Нормальный	Полное		
90	Полная	Активность и труд без ограничений. Присутствуют некоторые признаки заболевания	Полное	Нормальный	Полное		
80	Полная	Обычная активность требует усилий. Присутствуют некоторые признаки заболевания	Полное	Нормальный или затруднен	Полное		
70	Снижена	Обычная активность и труд невозможны. Признаки заболевания умеренно выражены	Полное	Нормальный или затруднен	Полное		
60	Снижена	Любимые занятия и работа по дому невозможны. Выраженные признаки заболевания	Необходима периодическая помощь	Нормальный или затруднен	Полное или оглушение		
50	Преимущественно сидит/лежит	Любая работа невозможна. Тяжелое заболевание	Требуется значительная помощь	Нормальный или затруднен	Полное или оглушение	18-55 дней	81%
40	Преимущественно находится в постели	Любая работа невозможна. Тяжелое заболевание	Помощь необходима большую часть суток	Нормальный или затруднен	Полное, оглушение или сомноленция	7-37 дней	89%
30	Прикован к постели	Любая работа невозможна. Тяжелое заболевание	Помощь необходима постоянно	Затруднен	Полное, оглушение или сомноленция	7-37 дней	89%
20	Прикован к постели	Любая работа невозможна. Тяжелое заболевание	Помощь необходима постоянно	Может лишь пить маленькими глотками	Полное, оглушение или сомноленция	1-9 дней	96%
10	Прикован к постели	Любая активность невозможна. Тяжелое заболевание	Помощь необходима постоянно	Только уход за ротовой полостью	Сомноленция или кома	1-9 дней	96%
0	Смерть	-	-	-	-		

- СРБ >10 мг/л и альбумин <35 г/л – 2 балла;
- СРБ >10 мг/л и альбумин в норме – 1 балл;
- СРБ и альбумин в норме – 0 баллов.

В исследовании с участием больных раком легких и желудочно-кишечного тракта поздних стадий у пациентов с оценкой 1 или 2 балла средняя продолжительность жизни была значительно меньше (соответственно 4 и 1 мес) по сравнению с лицами, у которых оценка GPS составляла 0 баллов (15,4 мес).

Интегрированные прогностические модели

Паллиативная прогностическая шкала (PaP) – валидированная модель для определения прогноза у больных раком поздних стадий, объединяющая функциональный статус, КПВ, отдельные клинические признаки и симптомы (табл. 5). Для прогноза 3- и 6-недельной выживаемости чувствительность и специфичность PaP составляют 83 и 85%, 79 и 77% соответственно.

Прогностическая переменная	Оценка	
Одышка		
Есть	0	
Нет	1	
Анорексия		
Есть	0	
Нет	1,5	
KPS		
≥50	0	
10-40	2,5	
Клинически предсказанная выживаемость (нед)		
>12	0	
11-12	2	
7-10	2,5	
5-6	4,5	
3-4	6	
1-2	8,5	
Общее содержание лейкоцитов в крови		
Нормальное (4800-8500 клеток/мм ³)	0	
Высокое (8501-11 000 клеток/мм ³)	0,5	
Очень высокое (>11 000 клеток/мм ³)	1,5	
Процентное содержание лимфоцитов		
Нормальное (20-40%)	0	
Низкое (12-19,9%)	1	
Очень низкое (0-11,9%)	2,5	
Интерпретация результата		
Группа риска	Вероятность 30-дневной выживаемости	Общая оценка
A	>70%	0-5,5
B	30-70%	5,6-11
C	<30%	11,1-17,5

Показатель	Оценка	
Паллиативная функциональная шкала (модифицированная шкала Karnofsky)		
10-20	4	
30-50	2,5	
≥60	0	
Прием пищи per os		
Резко снижен	2,5	
Умеренно снижен	1	
Нормальный	0	
Отеки		
Есть	1	
Нет	0	
Одышка в покое		
Есть	3,5	
Нет	0	
Делирий		
Есть	4	
Нет	0	
Интерпретация результата		
Общая оценка	ППЦ для 6-недельной выживаемости	ОПЦ для 6-недельной выживаемости
>4	0,83	0,71

Примечание: ППЦ – положительная предиктивная ценность; ОПЦ – отрицательная предиктивная ценность.

Локализация опухоли	Статус заболевания	Медиана выживаемости, мес
Мочевой пузырь (переходночлечная карцинома)	Распространенное/метастатическое	9-15
Головной мозг (мультиформная глиобластома)	Впервые диагностированное	10-11
Молочная железа	Метастатическое	15-22
Шейка матки (плоскоклеточный рак)	Рецидивное	6-8
Толстая/прямая кишка	Распространенное/метастатическое	12-22
Пищевод	Распространенное/метастатическое	3-6
Желудок	Распространенное	7
Голова и шея	Распространенное/рецидивное	5-12
Почки	Метастатическое	12-13
Печень	Распространенное	3-10
Легкие (немелкоклеточный рак)	Распространенное	6-11
Легкие (мелкоклеточный рак)	Распространенное	9-14
Меланома	Метастатическое	5-12
Яичники	Распространенное	10-36
Поджелудочная железа	Распространенное	5-6
Предстательная железа	Рефрактерное	9-14
Саркома	Распространенное	12-14
Первичный рак не известен	Метастатическое	8-13

Паллиативный прогностический индекс (PPI) разработан Morita и соавт., установившими, что с выживаемостью независимо ассоциируются пять параметров: функциональный статус, прием пищи per os, отеки, одышка в покое и делирий. Возможная оценка – от 0 до 15; оценка >4 является предиктивной в отношении 6-недельной выживаемости (табл. 6).

Другие факторы, влияющие на прогноз выживаемости

У пациентов с метастатическим заболеванием данных для точной оценки прогноза, как правило, недостаточно. Однако при развитии определенных осложнений, таких как гиперкальциемия или метастазы в головном мозге, предсказать выживаемость можно с большей точностью.

Результаты анализа показателей выживаемости пациентов с распространенными и метастатическими солидными опухолями, основанного на опубликованных с 1998 по 2004 год исследованиях III фазы, представлены в таблице 7.

У пациентов с ожидаемой выживаемостью <6 мес большое влияние на прогноз оказывают функциональный статус, гиперкальциемия, метастазы в головном мозге и наличие злокачественного плеврального выпота.

Гиперкальциемия

Гиперкальциемия является одним из наиболее частых метаболических осложнений рака и обычно развивается в последние недели жизни. Как показал анализ влияния антигиперкальциемической терапии на заболеваемость и смертность при раковой гиперкальциемии, медиана выживаемости

Продолжение на стр. 18.

Как сообщить диагноз и прогноз онкобольному: руководство для врача

Продолжение. Начало на стр. 16.

пациентов с этим симптомом составляла 30 дней. В подгруппе больных, которым проводились специфические терапевтические вмешательства по поводу рака, этот показатель увеличился до 135 дней. Следует отметить, что эти данные были получены до начала широкого применения бисфосфонатов у пациентов с остеолитическими костными метастазами солидных опухолей. В то же время и сегодня прогноз в случае развития гиперкальциемии такой же неблагоприятный. Другими словами, лечение бисфосфонатами не повышает выживаемость, а только изменяет причину смерти пациента.

Метастазы в головном мозге

В последние годы метастазы в головном мозге стали встречаться чаще, что обусловлено повышением эффективности терапии системных злокачественных процессов. Некоторым больным с метастазами данной локализации с помощью комплексного подхода можно продлить жизнь, однако у большинства таких пациентов вовлечение головного мозга является лимитирующим фактором выживаемости независимо от статуса опухоли в других частях тела.

Gaspar и соавт. (1997) проанализировали данные 1200 пациентов с метастазами в головном мозге, включенных в три исследования RTOG, с целью выявить прогностические факторы выживаемости. Наилучшая выживаемость (медиана 7,1 мес) наблюдалась у пациентов в возрасте до 65 лет с KPS ≥ 70 и контролируемой первичной опухолью (группа 1); наихудшую выживаемость (медиана 2,3 мес) регистрировали в группе больных с KPS < 70 (группа 3). Остальные участники были отнесены к группе промежуточного прогноза с медианой выживаемости 4,2 мес (группа 2).

При проведении такого же анализа у пациентов, подвергшихся хирургической резекции церебральных метастазов, общая выживаемость улучшилась. В группах 1, 2 и 3 медиана выживаемости составила 14,8; 9,9 и 6 мес соответственно. Отдельно была выделена подгруппа пациентов с KPS ≥ 70 и отсутствием экстракраниального заболевания, в которой можно ожидать более длительной выживаемости (> 1 года).

Злокачественный плевральный выпот

Симптоматический злокачественный плевральный выпот обычно ассоциируется с плохим прогнозом (медиана выживаемости < 4 мес). Как и при других проявлениях распространенного заболевания, прогноз зависит от оценки по шкале KPS. У пациентов с рецидивным симптоматическим плевральным выпотом и KPS ≥ 70 медиана выживаемости составляет 13 мес, при KPS ≤ 30 — 1 мес. По сравнению с первичными новообразованиями других локализаций значительно худший прогноз в случае злокачественного плеврального выпота отмечается при немелкоклеточном раке легких (медиана выживаемости 2,9 мес); лучшие исходы наблюдаются при раке молочной железы (10 мес) и яичника (9 мес).

Паллиативная помощь

Согласно определению Института медицины (США), «паллиативная помощь направлена на профилактику, облегчение, снижение или смягчение симптомов заболевания или расстройства, не имеющего эффективного лечения... Паллиативная помощь в этом широком смысле не ограничивается пациентами, находящимися при смерти, или больными, пребывающими в хосписах». ВОЗ определяет паллиативную помощь как «подход, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с жизнеугрожающей болезнью, благодаря профилактике и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и эффективного лечения боли и других проблем — физических, психосоциальных и духовных». Обе эти организации рекомендуют оказывать паллиативную помощь на протяжении всего спектра хронических жизнеугрожающих заболеваний. Однако может ли интеграция паллиативной помощи в болезньюмодифицирующую терапию оказать положительное влияние на прогноз?

Утвердительный ответ на этот вопрос был получен в проспективном рандомизированном исследовании, проведенном в одной из общественных клиник штата Массачусетс (США). Пациентов с впервые диагностированным немелкоклеточным раком легких разделили на две группы: участники первой группы получали раннюю паллиативную помощь, интегрированную в стандартную онкологическую помощь, больные контрольной группы — только стандартную помощь. Согласно представленным результатам, у пациентов основной группы отмечались более высокое качество жизни, меньшая выраженность симптомов депрессии и, что самое главное, достоверно более высокая медиана выживаемости по сравнению с больными, получавшими стандартную онкологическую помощь (11,6 vs 8,9 мес), несмотря на меньший объем болезньюмодифицирующей и продлевающей жизнь терапии (Temel et al., 2010).

В ретроспективном исследовании, включившем 4493 пациента с 5 различными типами рака и застойной сердечной

недостаточностью, средняя выживаемость была на 29 дней больше у больных, находившихся в хосписе (Connor et al., 2007). В отношении отдельных типов рака средняя выживаемость при лечении в хосписе была достоверно выше для больных раком легких, поджелудочной железы и, на границе статистической значимости, для пациентов с раком толстой кишки.

Шесть шагов для уточнения диагноза и прогноза

Сообщать точную диагностическую информацию пациентам и их родственникам всегда непросто. Для облегчения этого процесса предлагается следовать протоколу SPIKES, включающему 6 шагов (табл. 8).

Таблица 8. 6-шаговый протокол SPIKES	
SPIKES	6-шаговый протокол для разъяснения диагноза и прогноза
Setting (установка)	1. Начало работы
Perception (осознание)	2. Что известно пациенту
Invitation (приглашение)	3. Что пациент хочет знать
Knowledge (знание)	4. Предоставить информацию
Emotion (чувство)	5. Ответить на переживания пациента
Subsequent (последующие действия)	6. Спланировать следующие шаги и наблюдение

Шаг 1. Начало работы

Прежде чем сообщить новую информацию, спланируйте, что Вы будете обсуждать. Подтвердите медицинские факты (диагноз, прогноз и т. д.). Убедитесь в том, что Вы располагаете всей необходимой информацией. Если Вам ранее не приходилось сталкиваться с подобным случаем, заранее продумайте, что Вы будете говорить. Не перепоручайте Вашу задачу другим. Если во время разговора будут присутствовать несколько медицинских работников, желателен ознакомить их с планом беседы заранее.

Создайте обстановку, комфортную для пациента и способствующую эффективному общению. Обеспечьте конфиденциальность разговора.

Выделите на обсуждение достаточное время. Не сводите беседу к короткому разговору между делом. Убедитесь в том, что вас никто не прервет. Отключите телефон и закройте открытые веб-страницы. Поинтересуйтесь, кого еще пациент хотел бы пригласить участвовать в разговоре. Это могут быть родственники, другие важные для него люди, доверенные лица и/или члены мультидисциплинарной команды (например, медсестра, социальный работник, священник и т. д.).

— Приветствую Вас снова. С момента Вашего последнего обследования я пересмотрел результаты и проконсультировался с хирургом. У нас уже есть результаты биопсии. Перед тем как перейти к подробностям, Вы бы не могли мне кратко рассказать, что с Вами произошло и как Вы сейчас себя чувствуете?

— Сильный кашель беспокоит меня, наверное, всю жизнь — от курения. Примерно 5 лет назад жена и дети убедили меня бросить курить. На какое-то время кашель уменьшился, но затем вновь усилился. Когда я впервые откашлял кровь, очень испугался. Собственно, это и заставило меня обратиться к врачу. Вначале мне сделали снимок, сказали: «Пневмония». Затем провели какую-то хирургическую процедуру, по-моему, прокол... Хирург сказал мне, что это опухоль, и направил к Вам. Если честно, я очень боюсь, нервничаю...

— Я тоже буду честен с Вами. Многие пациенты в этом кабинете признаются в том, что боятся, так что это нормально. Переживать за свое здоровье — это естественно.

Шаг 2. Что известно пациенту?

Начните обсуждение с определения того, что известно пациенту и его родственникам о состоянии здоровья. Имея эту информацию, удостоверьтесь в том, могут ли пациент/его родственники правильно ее понять и осмыслить. С этой целью можно использовать такие вопросы:

- Что Вы знаете о Вашем диагнозе и прогнозе?
- Как бы Вы описали изменение состояния Вашего здоровья?
- Вы испытывали беспокойство в связи с Вашим заболеванием и получаемым лечением?
- Что, по Вашему мнению, могло вызвать симптом X?
- Когда у Вас появились новые симптомы и что, по Вашему мнению, могло их вызвать?
- Чего Вы ожидаете от лечения?
- Когда у Вас появились новые симптомы, думали ли Вы, что это серьезно?

• Какое влияние, по Вашему мнению, окажет диагноз на продолжительность Вашей жизни?

Больной может иногда замолчать и казаться совершенно неподготовленным и не способным отвечать. Чтобы облегчить подобную ситуацию, попытайтесь прояснить, что пациенту понятно относительно его анамнеза болезни и недавних обследований. Установите отсутствующих членов семьи или других людей, которым пациент доверяет. Если вышеуказанные мероприятия не оказали эффекта и больной продолжает молчать или Вам кажется, что ему необходимо больше поддержки, встречу лучше перенести на другое время.

— На тот случай, если бы у меня были для Вас новости, скажите, Вы относитесь к людям, которые ждут, чтобы им все говорили прямо, и хотят сами принимать решения?

— Собственно, я сам хотел попросить Вас прямо и честно сказать, что со мной.

— Вы хотите быть человеком, принимающим решение?

— Безусловно.

— А если это будут плохие новости, Вы также хотите их услышать?

— Я, конечно, надеюсь на лучшее, но все равно хочу, чтобы Вы говорили прямо независимо от того, что должны сказать.

Шаг 3. Что пациент хочет знать?

Установите, какую информацию и в каком объеме хочет знать пациент. Люди реагируют на информацию по-разному в зависимости от их этнической принадлежности, культурных ценностей, религии и социально-экономического статуса. Каждый человек имеет право добровольно отказаться от получения каких-либо сведений и может указать другого человека, который может получать информацию от его или ее имени. Спросите пациента и членов его семьи о том, какие данные они желают знать. Если больной предпочитает не знать критической информации, установите, кому ее следует сообщить. Вопросы могут быть такими:

• Если результаты обследований свидетельствуют о серьезной патологии, Вы хотите об этом знать?

• Относятся ли Вы к людям, которые желают знать все факты?

• Вы хотели бы, чтобы я сообщил Вам все детали относительно Вашего лечения и прогноза? Если нет, есть ли кто-то еще, с кем я бы мог поговорить?

• Некоторые люди на самом деле не хотят знать, как повлияет на продолжительность их жизни, но желают, чтобы об этом сказали их родственникам. Что бы Вы предпочли?

• Вы хотите сейчас перейти к обсуждению ожидаемых результатов терапии, чтобы я объяснил Вам, как, по моему мнению, она повлияет на Вас?

• С кем бы Вы хотели, чтобы я обсудил эти вопросы?

До начала обсуждения прогноза или предоставления пациенту прямых ответов относительно прогноза рекомендуется задать следующие вопросы:

• Многие пациенты хотят знать свой прогноз. Можете ли Вы с уверенностью сказать то же про себя?

• Чего, по Вашему мнению, Вам следует ожидать?

• Вы хотели бы, чтобы я называл вещи своими именами?

• У Вас есть опыт общения с больными раком?

• Приходилось ли Вам сталкиваться со смертью родных или знакомых?

• Чего из того, что может случиться, Вы боитесь?

То, как пациент отвечает на эти вопросы, позволяет оценить уровень его образования, способность излагать свои мысли, положение в семье. Слушайте внимательно и следите за реакцией на Ваши вопросы всех присутствующих. Используйте свои наблюдения для того, чтобы определить, как сообщать новую информацию пациенту.

Подготовка к сообщению плохих новостей. Цель первых трех шагов состояла в подготовке к раскрытию диагноза и прогноза. Исходная оценка и последующая дискуссия, подготавливающая пациента к тяжелому испытанию, позволяет определить, что он уже знает и сможет ли справиться с новой информацией.

Предоставлять новые данные пациенту следует постепенно, наблюдая за его реакцией. Такой подход и периодические «предупредительные выстрелы» могут помочь пациенту и его родственникам лучше подготовиться к плохим новостям.

Если родственники просят Вас: «Не говорите ему». Во многих случаях члены семьи просят врача не сообщать пациенту диагноз, прогноз или другую важную информацию. Однако в этом случае будет невозможно получить от пациента информированное согласие на лечение. В то же время эффективные взаимоотношения требуют тесного сотрудничества с его семьей.

Вместо того чтобы вступать в конфронтацию с родственниками, отвечая «Я должен сказать пациенту», лучше спросите их о причинах такой просьбы. Можно задать такие вопросы:

- Почему Вы не хотите, чтобы я сказал пациенту правду?
- Чего именно из того, что я могу сказать пациенту, Вы боитесь?
- Вам уже приходилось сталкиваться с диагнозом рака у Ваших родных или знакомых? Расскажите об этом подробнее.
- Есть ли какие-то личные, культурные или религиозные моменты, о которых мне следовало бы знать?

Предложите родственникам вместе обсудить с пациентом, что именно он хочет знать о состоянии своего здоровья и какие у него есть вопросы к врачу. Уместно рассказать аналогичный случай из практики; поговорить о том, что неопределенность может причинять значительно большие страдания; перечислить возможности, предоставляемые открытым общением.

Следует проявлять терпение, так как подобная ситуация обычно требует длительных, зачастую неоднократных бесед. В особо тяжелых случаях может понадобиться поддержка этического комитета клиники. В итоге может быть принято решение, что детали диагноза и план лечения будут обсуждаться только с родственниками. Однако следует подчеркнуть, что за исключением случаев, когда пациент ранее отказался от получения информации, сокрытие от него диагноза либо других важных данных относительно прогноза или лечения является неэтичным и неправомерным с юридической точки зрения (в США — *Прим. ред.*). Предпочтения пациента в отношении того, какую информацию медицинского характера он желает знать, следует выяснить как можно раньше, еще до возникновения необходимости в предоставлении значимой информации; это поможет врачу избежать ошибок в дальнейшем.

Шаг 4: предоставить информацию

Прежде чем предоставить прогностическую информацию, подумайте о том, какие последствия это будет иметь. Пациент, желающий самостоятельно планировать свою жизнь, хочет знать более подробную информацию. Больному, пребывающему в состоянии страха, может быть лучше предоставить более общие ответы. Четкие ответы (например, «Вы излечитесь» или «Вам осталось 6 мес») несут в себе риск обманутых надежд, если время до смерти будет меньшим, или возмущения, если Вы недооценили продолжительность жизни пациента. Поэтому в ответах рекомендуется указывать временные интервалы, включающие среднюю ожидаемую продолжительность жизни, например «от часов до дней», «от дней до недель», «от недель до месяцев», «от месяцев до лет» и т. д. В качестве альтернативы можно указывать средние значения, например «треть людей с таким диагнозом через год будут хорошо себя чувствовать, половина проживет около 6 мес. Как случится в Вашей ситуации, я не знаю». После указания временного интервала полезно подчеркнуть существование границ прогноза, сказав примерно следующее: «Я не могу знать, что это будет означать конкретно для Вас. Будем надеяться на лучшее, но нужно быть готовым к худшему. Нельзя быть уверенным, что не случится никаких сюрпризов, поэтому следует иметь план на любой случай. Как будет развиваться Ваша ситуация, прояснится со временем».

Как только Вы будете готовы поделиться информацией, сделайте это в сочувственной, но прямой и открытой форме. Начните с того, что у Вас появилась новая информация для пациента, после чего представьте факты относительно его диагноза и прогноза. Не следует сообщать все в форме единого непрерывного монолога. Говорите на простом языке, легком для понимания. Избегайте профессионального жаргона и эвфемизмов. Делайте частые паузы. Убедитесь, что пациент Вас понимает. В качестве эффективных средств, облегчающих общение, используйте тишину и невербальные средства коммуникации (жесты, позы и др.). Не приуменьшайте тяжесть ситуации. Действия из лучших побуждений, попытки «смягчить удар» могут привести к неопределенности и запутать пациента.

Сообщить диагноз и прогноз можно следующим образом:

- Мне жаль, что я Вам должен это сказать, но рак рецидивировал и Вам осталось жить несколько месяцев.
- Боюсь, что новости не очень хорошие. Томография показала, что рак распространился на печень. Это состояние поддается лечению, но излечить его нельзя.
- К сожалению, результаты томографии однозначны: рак распространился на печень.
- Боюсь, что у меня плохие новости. Томография показала, что у Вашего мужа метастазы в печени.

«Я сожалею». Выражения «Я сожалею», «Мне очень жаль» могут быть интерпретированы как то, что врач несет ответственность за сложившуюся ситуацию. Кроме того, они могут быть неверно истолкованы как жалость или равнодушие. Если Вы используете эти выражения, говорите их так, чтобы выразить сочувствие, например: «Мне жаль, что я вам должен это сказать». Очень эффективной является фраза «Я хотел бы, чтобы было по-другому», так как она демонстрирует сопереживание и не переводит ответственность на врача.

— Должен Вам сказать, что новости на самом деле не так хороши, как мне и Вам того хотелось бы. У Вас действительно опухоль в легких. Она начала развиваться с одной стороны грудной клетки, а теперь распространилась и на другую сторону. Патологическое заключение показало, что это рак...

— О, Господи... Это худшее из того, что Вы могли мне сказать... Я до конца надеялся, что это что-то другое... Я допускал такую возможность, но все это время молился: «Господи, только не рак!» Скажите, это означает, что я умру?!

— Опухоль является довольно проблемной. У нас есть для Вас несколько вариантов лечения, и мы будем их использовать, но я не думаю, что сможем добиться излечения.

Шаг 5: ответить на переживания пациента

Разные пациенты/их родственники реагируют на плохие новости по-разному. Одни отвечают эмоционально (слезами, злостью, печалью, любовью, тревогой, облегчением и другими сильными эмоциями), другие испытывают отрицание, страх, обвиняют себя или других, ощущают утрату или стыд. Некоторые пациенты могут начать анализировать сложившуюся ситуацию; демонстрировать рефлексорные психофизиологические ответы, например реакцию «бороться или бежать»; могут выбежать из комнаты или, наоборот, полностью замкнуться в себе.

Для многих врачей и других медработников вспышки сильных эмоций могут стать неожиданностью. В подобных ситуациях необходимо дать пациенту и его родственникам время отреагировать на полученную информацию. Следует быть готовым к тому, чтобы поддержать их с помощью ряда действий. Слушайте спокойно и внимательно. Показывайте, что Вы понимаете их эмоции. Попросите их описать свои чувства:

- Я представляю, как это тяжело...
- Мне кажется, Вы злитесь. Можете сказать мне, что Вы чувствуете?
- Эта новость напугала Вас?
- Что Вас больше всего тревожит?
- Что эта новость означает для Вас?
- Я хотел бы, чтобы новости были другими.
- Я попытаюсь помочь Вам.
- Есть кто-то, кому бы Вы хотели, чтобы я позвонил?
- Я помогу Вам сказать Вашему сыну.

Скажите, что их реакция является нормальной. Также могут помочь невербальные средства коммуникации. Возможно, следует прикоснуться к пациенту. Предложите пациенту выпить стакан воды, чашку чая или что-нибудь, что может его успокоить.

Дайте пациенту и его родственникам время выразить чувства, которые они испытывают в данный момент. Не торопите их. После ослабления эмоций большинство людей способны двигаться дальше. Обычно этот процесс занимает несколько минут. Наиболее частая ошибка врача в данной ситуации — начать говорить, что приводит к обратным результатам. Совместное понимание новой информации и ее значения укрепляет взаимоотношения «врач—пациент» и облегчает принятие решений в будущем.

— Какое лечение мне будут проводить?

— Я буду рекомендовать Вам пройти курс лучевой терапии, которая поможет контролировать легочные кровотечения. Кроме того, я направлю Вас к медицинскому онкологу для назначения химиотерапии. По ее завершении можно будет приступить к реабилитации.

— Не знаю, смогу ли я все это выдержать. У моих друзей был рак легких, и я знаю как это больно и тяжело... То есть я не отказываюсь от лечения, тем более что сейчас я себя чувствую относительно нормально... Просто оно вызывает у меня некоторое беспокойство, Вы понимаете?..

— Конечно, Вы переживаете, однако после лечения люди обычно чувствуют себя намного лучше, поверьте моему опыту.

— Скажите, сколько мне осталось?

— В отношении прогноза никогда нельзя быть уверенным на сто процентов. Скажите, до болезни у Вас были какие-то жизненные планы? Возможно, Вы хотели осуществить что-то конкретное, о чем мне следовало бы знать?

— Я только что вышел на пенсию. Мы с женой уже несколько лет обсуждаем, чем будем заниматься, когда я отойду от дел. Мы планировали путешествовать, посмотреть мир... Может, наконец-то навесить моего брата в Калифорнии... Хотели проводить время с детьми, помогать им растить внуков... Скажите, я еще успею что-нибудь сделать?..

— Безусловно. По Вашим словам, сейчас Вы чувствуете себя неплохо. Если это правда, Вам вполне будет под силу одно-два путешествия, а то и больше. Но не обязательно ехать прямо сейчас. Я бы рекомендовал начать лечение. Посмотрим, как Вы на него ответите. По расчетам, после системной терапии в Вашем распорядке будет несколько месяцев, возможно, год.

— Всего год? Мне осталось жить всего один год?!

— Пока мы не начнем лечение и не увидим, как Вы его переносите, точно сказать нельзя.

— Не знаю, как я смогу сказать жене все это...

— Если Вы хотите, мы можем сделать это вместе, я буду рад встретиться с Вами и Вашей женой. Мы можем втроем обсудить Ваш диагноз и лечение.

— Я был бы очень благодарен Вам за это. Мне будет значительно спокойнее, если Вы будете рядом.

Шаг 6: спланировать следующие шаги и наблюдение

Разработайте план дальнейших действий. Он может включать сбор дополнительной информации, проведение определенных исследований. Назначьте лечение по поводу имеющихся симптомов. При необходимости помогите пациенту сказать своим родным о заболевании и предстоящем лечении. Обсудите потенциальные источники эмоциональной и практической поддержки (например, родственники и знакомые, социальные работники, духовный наставник, группа поддержки из таких же больных, профессиональный физиотерапевт, хоспис и т. д.).

Всегда предупреждайте пациента и его родственников о возможности непредвиденных событий, к которым они должны быть готовы. Заверьте их в том, что с Вами всегда можно будет связаться для решения тех или иных вопросов, что Вы будете поддерживать их на все протяжении заболевания независимо от того, по какому сценарию будут развиваться события. Объясните им, чего можно ожидать, помогите отличить реальное от желаемого или, возможно, от того, чего они больше всего опасаются.

Заверьте пациента и его семью, что они не останутся наедине со своей проблемой, что Вы будете активно им помогать. Укажите, как пациент и его родственники могут связаться с Вами, чтобы получить ответы на дополнительные вопросы. Назначьте время следующего визита.

Убедитесь в том, что после выхода из Вашего кабинета пациент будет в безопасности. Способен ли он в таком состоянии управлять автомобилем? Возможно, человек ощущает бессмысленность или думает о суициде? Ждет ли пациента дома близкий человек, который сможет его поддержать?

Во время будущих визитов некоторые пункты данного протокола следует пересмотреть. Многим пациентам и их родственникам бывает необходимо повторить важную информацию, чтобы они полностью осознали сложившуюся ситуацию.

Нереалистичные ожидания. Опрос онкохирургов, медицинских онкологов, детских онкологов и лучевых терапевтов показал, что, по их мнению, нереалистичные ожидания имеют место у 29% пациентов и у 50% их родственников. В таких случаях рекомендуется применять тот же 6-шаговой протокол, но с акцентом на шаг 2:

- Что известно пациенту и его семье?
- Чего они ожидают?
- Что они поняли из того, что им сказал онколог?
- Какой еще информацией они располагают?

Попытайтесь сформировать мысленный образ точки зрения пациента и его родных, тогда ожидания, изначально кажущиеся нереалистичными, могут показаться не такими абсурдными.

Выводы

Предложенный 6-шаговой алгоритм является эффективным инструментом, облегчающим обсуждение диагноза и прогноза. Прогнозирование является точной наукой, и врачи часто слишком оптимистичны в своей оценке продолжительности жизни пациентов. Существует множество источников прогностической информации (клиническая оценка врача, признаки и симптомы, шкала KPS, данные по выживаемости при определенной стадии рака, интегрированные модели и т. д.). Функциональный статус пациента, оцененный по шкалам KPS, PPS или ECOG, является независимым прогностическим фактором, высокопредиктивным в отношении выживаемости, особенно при низких оценках. У больных с терминальной стадией процесса и ожидаемой выживаемостью <3 мес определенные симптомы, такие как одышка, являются высокопредиктивными в отношении выживаемости <1 мес.

Чем выше ожидаемая продолжительность жизни пациента, тем труднее оценить прогноз. У части таких больных прогноз позволяет пересмотреть развивающиеся осложнения. У остальных пациентов оценка продолжительности жизни, как правило, является неточной.

Communicating Diagnosis and Prognosis to Patients With Cancer: Guidance for Healthcare Professionals
Medscape Nurses. Posted 7.01.2011

Перевел с англ. Алексей Терещенко

3