

## ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ МЕДСЕСТРЫ С УМИРАЮЩИМИ ПАЦИЕНТАМИ

**Т.В. Орлова**, врач-онколог  
Городская клиническая больница №11, Москва  
E-mail: orlova\_tatiana@mail.ru

Описаны особенности общения медсестер с больными в зависимости от типа их характера с применением элементов терапии творческим самовыражением Бурно.

**Ключевые слова:** паллиативная медицина, больной, типы характера, терапия творческого самовыражения.



Вопросы психологического взаимодействия с тяжелым больным всегда очень важны для специалистов в области паллиативной помощи. Для медсестры, проводящей много времени с пациентом, хорошим стилем работы является тот, при котором она постоянно ощущает индивидуальность больного и способствует ее проявлению, а также имеет возможность ощущать и проявлять свою собственную индивидуальность. Стандартный подход к больному с прогрессирующим заболеванием предоставляет ему лишь немного из необходимого в период прощания с жизнью. Обращение с умирающими без желания серьезнейшим образом изучать каждого пациента, чтобы выявить наилучшее для него в этот период, является деструктивным для специалистов, дерзающих оказывать такую помощь, так как способствует развитию у них синдрома профессионального выгорания. Напротив, умиротворенный осознанием смысла жизни больной – важнейший фактор психологического комфорта для профессионалов, позволяющий им гармонично работать в данной ситуации.

Целью паллиативной помощи, согласно определению ВОЗ, является достижение как можно более высокого качества жизни больных и их семей, столкнувшихся с уносящим жизнь заболеванием [11].

О высоком качестве жизни терминального больного говорят, если у него сохраняется или хотя бы время от времени появляется чувство субъективного удовлетворения, которое он продолжает испытывать даже в ситуации прогрессирующего заболевания, заканчивающегося смертью [8, 9]. Необходимыми условиями для этого являются:

- возможность постоянной поддержки семьи и близких;
- доступность профессиональной помощи, облегчающей социальные, психологические и духовные проблемы пациента;
- ранняя диагностика, тщательная оценка и лечение боли и других тягостных симптомов [1, 5, 9, 12].

Чрезвычайно важно для поддержания высокого качества жизни тяжелого больного обращение с ним с учетом его природных характерологических особенностей. Это создает благоприятные условия для сохранения у него ощущения самоидентичности и психической автономности, что способствует облегчению психологического компонента тяжелых соматических симптомов, делает их более доступными медикаментозному воздействию [2, 6, 7].

Характером в клинической медицине называют присущую конкретному человеку природную душевно-телесную индивидуальность, происходящую из его генетической природы. Характер (от греч. *charakter* печать, чеканка) – врожденная, биологическая основа личности. Он не может быть изменен воспитанием, образованием или условиями жизни (в тяжелых условиях характер может только невротизироваться в соответствии со своими же природными особенностями). Характер проявляется в манере мышления, чувствования, поведения человека и накладывает неизгладимый отпечаток на все, чем он занимается в течение жизни; особенно отчетливо характер проявляется в творческой деятельности. Окончательно он формируется к периоду полового созревания, но его типичные

особенности можно наблюдать уже в возрасте 2–3 лет. Изучением характеров занимается раздел клинической медицины, называющийся характерологией.

Высокое качество жизни семьи больного означает возможность организации хорошего ухода за больным, наличие у близких ощущения, что для больного ото дня ко дню, от часа к часу делается все возможное и нужное ему. Конечно, приходится учитывать нашу российскую, славянскую дефензивную ментальность, с наличием которой связаны частые тревожные сомнения родственников: действительно ли они делают все необходимое для облегчения страданий больного?

Дефензивность (от лат. defensio – оборона, защита) понимается в клинической медицине как свойство психики, противоположное агрессивности, авторитарности, и имеет в своей основе природную склонность к неуверенности, тревожным сомнениям. Дефензивность является основной чертой российского национального характера и в выразительном, типичном виде присутствует у многих; большинство же людей в России имеют хотя бы некоторую склонность к тревожному переживанию своей кажущейся несостоятельности, ощущению недостаточной компетентности в разных сферах жизни [3].

Для обеспечения высокого качества жизни как самого больного, так и его семьи специалистам в области паллиативной медицины, в числе прочих профессиональных навыков, следует иметь представление об основах характерологии, что дает возможность глубоко и точно предугадывать все возникающие потребности больного, эффективно облегчать психологический компонент боли и других хронических симптомов, способствовать улучшению взаимоотношений в семье. Для медсестер, работающих в этой области медицины, иметь представление о человеческих характерах особенно важно, потому что именно они являются «адвокатами» больного и его семьи перед врачом и связующим звеном между всеми членами хосписной команды. Эта насущная необходимость различения характеров больных уже давно отмечалась в работах отечественных врачей – Р.А. Лурии, В.Х. Василенко, П.Б. Ганнушкина, А.Е. Личко, А.В. Гнездилова и др. [2, 6].

В паллиативной медицине под *совладанием* понимают возможность наилучшей физиологической, психологической, социальной и духовной адаптации пациента к реалиям тяжелой болезни, имеющей неблагоприятный ближайший прогноз, приспособление к жизни под «камнепадом» потерь – здоровья и телесной красоты, ограничений возможности учебы и работы, ухода за собой и т.д. При быстром ухудшении самочувствия, возрастании зави-

симости от окружающих лишь сохранение у человека ощущения, что он остается самим собою – таким, какой он есть по своей природе, позволяет ему быть активным участником последнего периода своей жизни. Напротив, шаблонно-заботливый, унифицированный подход способен подогревать бурлящую в душе больного эмоциональную «кашу» тревог и страхов. Длительная тягостная сумятица чувств резко снижает адаптивные способности человека и способна уничтожить его личность раньше физической смерти [1, 6].

Характерологический подход к личности больного способствует достижению адекватного медикаментозного обезболивания и облегчает лечение других симптомов терминального периода болезни – одышки, тошноты и рвоты и т.д.

Вовлекая пациента в целительное психотерапевтическое взаимодействие, можно объяснить ему и родственникам, что анатомические пути распространения и идентификации боли имеют сложное строение. Пусковым моментом для возникновения боли является стимуляция специфических нервных окончаний в поврежденных тканях организма. Сигналы от них идут по нервным волокнам, проходящим через спинной мозг, и передаются через подкорковые структуры к головному мозгу. Лишь после обработки импульсов корой головного мозга человек может начать ощущать боль. Созвучная характеру человека психическая деятельность обеспечивает формирование в коре головного мозга очага *положительного возбуждения*, что способствует отвлечению энергии от конечного анализатора болевой рефлекторной дуги, на которую поступает с нижних ее этажей информация о боли. Импульсация в соответствующем участке коры головного мозга уменьшается, и ощущение боли ослабевает. Аналогичным образом происходит смягчение любой другой симптоматики [11].

Существуют *основные типы характеров человека*, из которых наиболее четко очерчены и чаще встречаются следующие:

- синтонный (сангвинический);
- напряженно-авторитарный (эпилептоидный);
- демонстративный (истероидный);
- тревожно-сомневающийся (психастенический);
- замкнуто-углубленный (аутистический) [2–4].

Каждый характер имеет свои преобладающие формы психологической защиты, из которых чаще всего встречаются вытеснение, деперсонализация, рационализация [3]. Знание этих особенностей больного позволяет окружающим снижать у него уровень стресса до приемлемого. Например, если

пациент с метастазами в кости скелета предпочитает связывать свои костные боли с «радикулитом» или «остеопорозом», вытесняя из сознания чрезмерную для него тяжесть информации о степени распространения заболевания, то этой версии в разговорах с ним и следует придерживаться. Работу с онкологическими больными, имеющими распространенные формы злокачественных новообразований, следует выстраивать в соответствии с природными особенностями выявляемых у них характеров, применяя приемы терапии творческим самовыражением Бурно (ТТСБ) [2–4].

ТТСБ – авторский метод *клинической психотерапии*, помогающий пациентам с расстройствами настроения проникнуться осознанным чувством своего характерологического, общественно полезного своеобразия с целью пробуждения творчества, свойственного природе их души. Для тяжелых соматических больных, находящихся преимущественно в астенодепрессивных состояниях разной тяжести с выраженной тревогой или без нее, используют простые, не напрягающие их приемы ТТСБ. Например, творческое общение с природой с просьбой найти на фотографиях близкий душе пейзаж и рассказать об этом своем выборе (или просто указать на это близкое рукой, если речь отсутствует, как это бывает у стомированных пациентов с опухолями гортани или у больных с опухолями головного мозга). Для более соматически крепких пациентов приемлемы прогулки в больничном дворе, когда больные видят растения, насекомых, птиц. Полезны также рассматривание хорошо знакомых репродукций картин с выражением своего отношения к ним, рассказы о себе, своем детстве, семье, рисование или лепка. Благоприятное оживление эмоциональной и ментальной сфер личности больного во время кажущегося совсем простым *сравнения разного с выбором созвучного* происходит за счет совершающейся при этом работы его индивидуальности, которая при этом начинает светиться, рождая целебный свет *творческого вдохновения* в душе. Это состояние творческого вдохновения помогает человеку проникнуться смыслом своей жизни, своего предназначения в ней, почувствовать то важное, что ему хочется, следует и возможно делать сейчас, хотя он и находится в тисках неизлечимой прогрессирующей болезни.

Рассмотрим подробнее приведенные выше основные типы человеческих характеров.

#### *Синтонный (сангвинический):*

- мироощущение – реалистическое;
- эмоциональная сфера – круговые колебания настроения от печали к радости, постоянный естественный сплав этих противоположных чувств; высокая внушаемость;

- преобладающая психологическая защита – вытеснение;
- телосложение – нормостеническое или гиперстеническое, со склонностью к полноте (пикническое по Э. Кречмеру);
- помощь: настроение можно легко «качнуть» в сторону радости позитивным воздействием на те или иные органы чувств;
- примеры синтонных людей: художники Тропинин, Рембрандт, Рафаэль, поэты Пушкин, Асадов.

*Особенности работы с синтонными пациентами* – уверенное предоставление им краткой научно-учебной информации, эмоционально-подробное, юмористически-мягкое, жизнеутверждающее взаимодействие с ними, терапия «прикосновением», активная и пассивная гимнастика, массаж в сочетании с ароматерапией, музыкотерапия, использование приемов ТТСБ.

При работе с синтонными пациентами с помощью ТТСБ следует стремиться усилить свойственное им переживание радости жизни, предоставляя им яркие зрительные, тактильные ощущения: предлагая им на выбор репродукции реалистических ярких пейзажей, картин синтонных художников (Тропинина, Рембрандта, Поленова), разноцветные камни и ракушки, имеющиеся в отделении цветы, расспрашивая их о растениях дома и на даче, домашних животных, рецептах приготовления любимых блюд, о любви к детям, внукам, о памятном из времен молодости.

*Психологическая защита* в виде выраженного *вытеснения* проявляется у синтонных людей полным или частичным исключением из сознания желаний, мыслей и чувств, вызывающих тревогу, и этим всегда можно пользоваться, легко отвлекая их от тяжелого обращением к сфере позитивных ощущений.

Пациенты с синтонным характером в силу своей природной отзывчивости легко вступают в контакт с персоналом и соседями по палате, находя облегчение тревоги о себе в практической заботе о тех, кому приходится еще хуже. Здесь им, правда, из-за их высокой впечатлительности часто приходится напоминать, что состояние других пациентов непосредственного к ним отношения не имеет – у окружающих свои болезни и свои особенности их протекания.

#### *Напряженно-авторитарный (эпилептоидный) характер:*

- мироощущение – материалистическое;
- когнитивная и эмоциональная сферы – прямолинейность мышления и чувствования, всегда более или менее агрессивная (авторитарная напряженность);

- психологическая защита – вытеснение высокой степени выраженности;
- телосложение – часто атлетическое, с солидной мышечной массой;
- помощь: сохранение максимального контроля над ситуацией, возможности не только обслуживать себя, но и кого-либо опекать;
- примеры людей с авторитарным характером: художники Суриков, Верещагин, Кустодиев, Шишкин, писатели Лев Толстой, Достоевский, Салтыков-Щедрин.

*Особенности работы с напряженно-авторитарными пациентами* – предоставление им авторитетной научной (при необходимости – научнообразной, вызывающей у них сильное уважение своей значительностью) информации о заболевании и проводимом лечении, нахождение форм общественно полезного претворения в жизнь их авторитарности, свойственного им природного стремления к власти, изучение с ними элементов характерологии с поиском положительного в людях, отличающихся от них, не согласных с ними в чем-либо [3]. Приемы ТТСБ, использующиеся в работе с подобными пациентами, могут быть следующими: предложение им на выбор репродукций картин художников с авторитарными характерами (напряженно-солидный Кустодиев, воинственный Верещагин, сердито-авторитарный Суриков); побуждение к рассказам о том, как они хорошо и правильно организовали быт семьи, как много сделали полезного и важного на работе, приведя там все в порядок. Такие больные охотно срисовывают понравившиеся им детали картин, несколько удовлетворяя таким образом свою тягу к мощному участию в жизни, чувство «хозяина». Эти пациенты спонтанно становятся «старостами» палат, опекая новичков и ослабленных пациентов или внушительно привлекая к помощи медицинский персонал при недостатке собственных физических сил. В силу свойственной им прямолинейности мышления с выраженной вытеснительной психологической защитой они обычно до конца противостоят своей болезни, чрезвычайно ценя сохраняющуюся в максимальной степени возможность обслуживать себя.

#### *Демонстративный (истероидный):*

- мироощущение – материалистическое;
- эмоциональная сфера – неустойчивость, капризность чувств, пылкая образность, стремление всегда быть в центре внимания;
- психологическая защита – вытеснение высокой степени выраженности;
- телосложение – грацильное, от миниатюрного до нормостенического, жесты часто преувеличены из-за склонности к позированию;

- помощь: максимальное внимание, постоянное подчеркивание всего положительного, относящегося к больному;
- примеры людей с демонстративным характером: художники Брюллов, Семирадский, Энгр, писатель Бунин, поэт Северянин.

*Особенности работы с демонстративными пациентами* – обучение их позитивному, общественно полезному самовыражению с привлечением насущно необходимого им для психологического комфорта внимания людей: использование их помощи в организации концертов в отделении, в чтении художественной или духовной литературы соседям по палате, не имеющим сил читать, в рисовании для выставки в отделении. В психотерапевтической работе с ними используются следующие приемы ТТСБ: предложить им выбрать репродукции работ художников с аналогичным мироощущением (Брюллов, Семирадский, Энгр), побудить к рассказам об их необыкновенных достижениях и переживаниях. При взаимодействии с демонстративными пациентами уместен выраженный эмпатический отклик.

#### *Тревожно-сомневающийся (психастенический):*

- мироощущение – материалистическое;
- эмоциональная и когнитивная сферы – природная тревожность, дефензивность, чувственная приглушенность с высокой компенсаторной аналитической работой мысли;
- психологическая защита – деперсонализация;
- телосложение – склонность к лептосомному (от греч. leptos – узкий) телосложению с некоторой нескладностью движений;
- помощь – предоставление подробной научно-лечебной информации, оживление их природно-вялой деятельности органов чувств с помощью приемов ТТСБ;
- примеры людей с психастеническим характером – художник Клод Моне, писатели Чехов, Белинский, поэт Баратынский.

Психологическая защита в виде *деперсонализации* означает выключение у человека способности остро тревожиться и переживать в ситуации стресса, не вполне чувствовать вероятность беды, что следует использовать в работе с психастеническими пациентами. Чувственная блеклость, которая свойственна им от природы из-за жухлости подкормки, имеет следствием высокую компенсаторную мыслительную работу с постоянным анализом происходящего. Из-за неуверенности в своих чувствах психастеники склонны к робости, застенчивости, стеснительности, нерешительности, тревожным сомнениям, отличаются ранимостью.

*Особенности работы с психастеническими пациентами* – терпеливая, уважительная забота о них,

серьезное научное (в доступной для них форме) объяснение их состояния, проводимых лечебных мероприятий. При разъяснении должна чувствоваться возможность значительного улучшения самочувствия, даже если реальность не совсем такова. Вялую чувственную сферу пациентов с психастеническим характером можно с успехом оживлять, используя приемы ТТСБ. Целительно творческое общение с природой, в которой они склонны видеть созвучность – задушевные, нежные пейзажи, фотографии неагрессивных животных, прелестных своей скромностью растений. Можно предложить посмотреть репродукции картин художников с неагрессивным материалистическим мироощущением (Клод Моне, Поленов, Тропинин), прослушать и обсудить отрывки из созвучных им произведений (Чехов, Баратынский). Пациентов с психастеническим характером, которые часто тяготеют своей нерешительностью, несобранностью, неопределенностью чувств, следует обучать уважительному отношению к компенсаторно более выраженным чертам их характера – склонности к исследованию, проверке. Они охотно откликаются на просьбы вести дневники наблюдения за своим состоянием при применении тех или иных лекарственных препаратов, исследовать свои реакции на терапию, особенно если им сказано, что это делается не только для контроля за их состоянием, но и с целью использования этих сведений в лечении других больных.

*Замкнуто-углубленный (аутистический):*

- мироощущение – идеалистическое;
- эмоциональная и когнитивная сферы – ощущение как подлинной реальности мира изначального Духа, концептуально-теоретическое мышление и чувствование, склонность к символической, философичности, частая врожденная аккуратность;
- психологические защиты – рационализация, вытеснение;
- телосложение: нередко – лептосомное, с особой «прозрачностью» тела без его полнокровности;
- помощь – в обнаружении проявлений Красоты и Гармонии в окружающей действительности;
- примеры людей с аутистическим характером: художники Модильяни, Борисов-Мусатов, Боттичелли, писатели и поэты Пастернак, Лермонтов, Тютчев, Ахматова, Блок.

Даже у детей с аутистическим характером нет обычной зависимости от взрослых, чувствуется удивительное присутствие потаенно-внутренней жизни, связанной с их определенной природной самостоятельностью, независимостью «Я» от внешних воздействий и событий.

Особенности работы с аутистическими пациентами состоят в организации пространства их пребывания в соответствии с присущим им видением Красоты, в возможности эмпатического присутствия вблизи них в периоды их духовных переживаний. Людям с замкнуто-углубленным характером свойственны размышления и вопросы: «Откуда я и куда иду?», «Что будет после смерти?», стремление к обнаружению знаков, посланий Духа, который ощущается ими тем яснее, чем тела остается меньше. Пациенты с аутистическим характером склонны к глубокой религиозности, которая способствует смягчению депрессивно-тревожных проявлений терминального периода болезни. Оживлению индивидуальности аутистических пациентов способны помочь приемы ТТСБ с предложением им выбора фотографий видов природы, из которых они безошибочно выбирают те, на которых лежит печать принадлежности к Великому Целому. В созерцании совершенной гармонии произведений аутистических фотографов, предметов природы (камни, ракушки) находят пищу их врожденное чувство красоты, склонность к эстетической символической. Оживляет индивидуальность пациентов с замкнуто-углубленным характером просматривание ими репродукций картин художников с выраженным аутистическим радикалом (Рублев, Врубель, Модильяни).

Психологическая защита в виде рационализации обеспечивает логическое объяснение тяжелого и трудного в рамках внутренней концепции мира аутиста, одна из основных черт которой – ощущение бессмертия своей личности, ее неразрывной связи с вечным и бесконечным Духом. Вытеснительная защита также может присутствовать.

Сосредоточенный на своих внутренних светлых переживаниях замкнуто-углубленный пациент, который всем своим существом ощущает присутствие иного измерения – близкого ему мира Божественной или Природной Гармонии, успокаивающим образом действует на больных с материалистическим мироощущением, в силу их впечатления, что «уж если есть кто-то в виду смерти спокойный, знающий непреложно, что мы находимся в любящих руках Высших Сил и все с нами будет хорошо, значит есть в этом что-то значительное, и надобно ему верить».

Таким образом, клинически-прожитое изучение с пациентом природных особенностей его личности позволяет выявить присущий ему характер и применить элементы ТТСБ для стимуляции природных путей преимущественной нервной импульсации в центральной нервной системе и оживления целительных очагов положи-

тельного возбуждения. Улучшение состояния больного при этом достигается благодаря активизации психологической, социальной и духовной сфер. Характерологический подход к пациенту ускоряет прохождение им фаз психологической адаптации с достижением фазы принятия реальности именно в том ее виде, который определяет ведущий характерологический радикал с его преимущественной психологической защитой [1, 10].

#### Литература

1. Биктимиров Т.З. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 1999. – 40 с.
2. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Академический проект; Деловая книга, 2006. – 800 с.
3. Бурно М.Е. О характерах людей. – М.: Академический проект, 2005. – 608 с.
4. Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. (ред.). Практическое руководство по терапии творческим самовыражением. – М.: Академический проект, ООПЛ, 2003. – 880 с.
5. Володин Б.Ю. Психоонкология: общие и частные вопросы. Под ред. С.С. Петрова, Е.П. Куликова. – Рязань, 2007. – 126 с.

6. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.
7. Зорза Р., Зорза В. Путь к смерти. – М.: Прогресс, 1990. – 248 с.
8. Новиков Г.А., Чиссов В.И., Модников О.П. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Т. 1. – М., 2004. – 656 с.
9. Новиков Г.А., Чиссов В.И., Модников О.П. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Т. 2. – М., 2004. – 488 с.
10. Перриш-Хара К.У. Смерть и умирание: новый взгляд на проблему. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2000. – 224 с.
11. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. – М., 2000. – 736 с.
12. Шахильдян В.И., Беляева В.В. Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе. – М., 2007. – 170 с.

#### SPECIFIC FEATURES OF A NURSE'S CONTACT WITH A DYING PATIENT

T.V. Orlova, Oncologist

City Clinical Hospital Eleven, Moscow

**The paper describes the specific features of nurses' contact with patients depending on the type of their character, by using the elements of Burno's creative self-expression therapy.**

*Key words:* palliative medicine, patient, character types, creative self-expression therapy.

#### ХРОНИКА

### Последние достижения таргетной терапии

Неинфекционная патология (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, диабет, заболевания легких и т.д.) вызывают 60% смертей в мире. Россия – не исключение; доминирующей проблемой остаются онкологические заболевания. Это – серьезная социальная и демографическая проблема, поскольку в зоне риска находятся люди трудоспособного возраста.

Более 500 тыс. новых случаев онкологических заболеваний зарегистрировано в России только в 2012 г. За последние 10 лет число онкологических больных в стране увеличилось на 18%, и поиск эффективных решений – один из приоритетов медицинского сообщества.

На симпозиумах, прошедших в рамках Конгресса онкологов, обсуждались разные аспекты терапии метастатических форм рака.

Под председательством профессора Д. Носова, ведущего научного сотрудника отделения клинической фармакологии Российского онкологического научного центра (РОНЦ) им. Н.Н. Блохина РАМН, прошли мастер-классы и семинары, посвященные практическим вопросам лечения больных почечно-клеточным раком (ПКР). Были представлены последние лекарственные и хирургические методы терапии. Проф. Носов подчеркнул важность актуальных и перспективных направлений научных и клинических исследований, способствующих дальнейшему увеличению продолжительности жизни пациентов с таким диагнозом. На сателлитном симпозиуме «Таргетная терапия при метастатическом раке почки: как добиться оптимального клинического результата?» рассматривались случаи из практики, демонстрирующие лекарственные возможности и прогресс в терапии за последние 3 года. При использовании всего арсенала терапевтических возможностей средняя продолжительность жизни пациентов с метастатическим почечно-клеточным раком увеличивается до 3 лет и более.

«Мы уверены, что вовремя и правильно подобранная терапия, а также совместные усилия пациентов и экспертов в онкологии постепенно выводят борьбу с раком на новый уровень, – говорит К. Тверской, медицинский директор компании «Pfizer» в России. – В прошлом году российским пациентам стали доступны 2 новых инновационных онкологических препарата: для терапии распространенного рака почки и для лечения ALK-позитивного немелкоклеточного рака легкого». «Что касается социальной значимости рака легкого, то эта разновидность заболевания занимает 1-е место по показателю смертности в России и мире, – отметил профессор С. Тюлядин, заместитель директора, заведующий отделением клинической фармакологии РОНЦ. – Рак легкого на всех стадиях можно назвать серьезной проблемой. Медиана выживаемости больных в 70-х годах была 4–6 мес, а в наше время не превышает 10 мес. Опухоль каждого пациента уникальна, и до сих пор сложно выделить четкие мишени для эффективной терапии. Поэтому особую важность приобретает доступность молекулярно-генетического тестирования каждого больного в любой точке России с последующим назначением таргетной терапии».

Общезвестно, что курение увеличивает риск возникновения рака легких. Однако некоторые подтипы рака легкого вызваны генетическими мутациями и не связаны с курением. Это так называемый «невинный рак». На сегодня выявлено около 40 мутаций аденокарциномы, приводящих к развитию рака легкого. Для лечения рака, вызванного некоторыми из них, уже разработаны лекарственные препараты, дающие исключительные результаты; они могут продлить жизнь пациентов и улучшить ее качество. Лечение рака легкого, вызванного генетическими мутациями, является ярким примером персонализированной медицины, так называемой «науки завтрашнего дня», которая сегодня уже становится реальностью.