

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА



XVI Международная
МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**25–26 июня
2020 г.**

Витебский облисполком
г. Витебск, ул. Гоголя, 6,
конференц-зал

Витебская епархия Римско-Католической Церкви
в Республике Беларусь
Управление по здравоохранению Витебского облисполкома

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

XVI Международная
медицинская конференция
(Витебск, 25–26 июня 2020 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2020

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

ISBN 978-985-7206-38-4

© Витебская епархия Римско-
Католической Церкви в РБ, 2020
© Оформление. УП «Издательство
«ПРО ХРИСТО», 2020

Дорогие братья и сёстры во Христе!

25–26 июня 2020 г. Витебская епархия Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь и Витебский облисполком проводят XVI Международную медицинскую конференцию «Проблемы врачебной этики в современном мире» и приглашает принять в ней участие врачей-христиан, независимо от конфессиональной принадлежности, представителей духовенства, учёных, всех людей доброй воли, интересующихся данной проблематикой.

XVI Международная медицинская конференция «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

В конференции принимают участие медики, священнослужители, дипломаты из Беларуси, Ватикана, Италии, Польши, России, Украины, Шри-Ланки.

Официальные языки конференции:
белорусский, русский, английский.

Направления работы конференции:
Врачебная этика и паллиативная медицина в современном мире

Регистрация участников конференции состоится 25 июня 2020 г. с 10:30 до 11:00 (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал).

Конференция будет проходить:

25 июня 2020 г.	11:00–14:00
	15:00–18:00
26 июня 2020 г.	10:00–13:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ — 25 июня (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал)

Регламент устного выступления — до 30 минут.
Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

- Владимир ТЕРЕНТЬЕВ, председатель Витебского областного Совета депутатов
- Владимир ПЕНИН, заместитель председателя Витебского областного исполнительного комитета
- Епископ Олег БУТКЕВИЧ, ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь
- Священник Клеменс ВЕРТ SJ, ксёндз-лицензиат, эконом Витебской епархии Римско-католической церкви в Республике Беларусь (куратор проекта)
- Геннадий ЕГОРОВ, начальник главного управления идеологической работы и по делам молодёжи Витебского облисполкома
- Михаил ВИШНЕВЕЦКИЙ, начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома
- Алексей ГАПАНОВИЧ, заместитель главного врача по ОМР УЗ «Витебская областная клиническая больница»
- Людмила ЕРМОЛОВА, врач УЗ «Витебская областная клиническая больница»
- Ядвига СИПАЙЛО, педагог ГУО «Гимназия № 7 г. Витебска»

ПРОГРАММА

XVI Международной медицинской конференции «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

Регистрация участников состоится 25.06.2020 г. (Витебский обл-исполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал) с 10:30 до 11:00.

1-й день — 25 июня 2020 г.

Пленарное заседание.

11:00

Открытие конференции, приветствие участников

- ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич;
- председатель Витебского областного Совета депутатов Владимир Терентьев;
- заместитель председателя Витебского областного исполнительного комитета Владимир Пенин;
- заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь Елена Богдан;
- начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома Михаил Вишневецкий.

Доклады:

11:30

Елена Богдан, заместитель министр здравоохранения Республики Беларусь; Наталья Наркевич, главный врач ГУ «Больница паллиативного ухода «Хоспис», главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь; Татьяна Ясюля, специалист главного управления организации медицинской помощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц Ми-

PROGRAM

of the XV International Medical Conference “PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS IN THE CONTEMPORARY WORLD”

Registration of participants will take place on June 6, 2019 (Vitebsk Oblispolkom, 6 Gogol St., conference hall) from 10:00 to 10:30.

1st day – June 25, 2020

Plenary session.

10:30

Opening of the conference, welcoming of the participants:

- Bishop of the Vitebsk diocese of the Roman-Catholic Church in Belarus His Excellency Aleh Butkevich;
- Chairman of the Vitebsk Oblast Council of Deputies Vladimir Tserentsyev;
- Vice Chairman of the Vitebsk Oblast Executive Committee Vladimir Penin;
- Deputy Minister of Health of the Republic of Belarus Elena Bogdan;
- Head of the Health Department of the Vitebsk Oblast Executive Committee Michail Vishnevetskiy.

Presentations:

11:30

Elena Bogdan, Deputy Minister of Health of the Republic of Belarus; Natalya Narkevich, Head Doctor of the Palliative Care Hospital “Hospice”, Chief Freelance Specialist in Palliative Care of the Ministry of Health of the Republic of Belarus; Tatyana Yasyulya, Specialist of the Main Department of Organization of Medical Care, Expertise, Appeals of Citizens and legal entities of the Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Belarus

нистерства здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

«Паллиативная медицинская помощь как выражение гуманитарных целей биоэтики»

12:00

О. Пётр Ашик SJ, профессор, ректор Collegium Bobolanum Папского богословского факультета, г. Варшава, Польша

«Моральные проблемы в паллиативной помощи»

12:30

О. Виктор Жук SJ, настоятель прихода св. Владислава в Витебске

Презентация «Новой хартии работников здравоохранения» папского совета по пастырскому попечению о работниках здравоохранения, переведенная на государственные языки Республики Беларусь

13:00

Галина Пузанова, главный врач Учреждения здравоохранения «Витебский областной детский клинический центр»

«Организация оказания паллиативной помощи детям Витебской области»

13:30

Александр Окорочков, доктор мед. наук, профессор кафедры терапии №2 ФПК и ПК; Олег Сычёв, ассистент кафедры терапии №2 ФПК и ПК, ГУО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Роль искусства в паллиативной медицине»

14:00–15:00

Перерыв

“Palliative care as an expression of the humane goals of bioethics”

12:00

Fr. Piotr Ashyk SJ, Professor, Rector of the Collegium Bobolanum of the Pontifical Theological Department, Warsaw, Poland

“Moral problems in palliative care”

12:30

Fr. Victor Zhuk SJ, Parish priest in St. Vladislav parish in Vitebsk

Presentation of the “New Charter for Health Care Workers” of the Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers, translated into the official languages of the Republic of Belarus

13:00

Galina Puzanova, Chief Physician of the Healthcare Institution “Vitebsk Regional Children’s Clinical Center”

“Organization of the provision of palliative care for children in the Vitebsk region”

13:30

Alexander Okorokov, Dr. med. sciences., Prof., Therapy Department № 2 of Faculty of Improvement of Qualification and Personnel Training; Oleg Sychiov, Assistant, Therapy Department № 2 of Faculty of Improvement of Qualification and Personnel Training, Vitebsk State Order of Peoples’ Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

“The role of art in palliative medicine”

14:00 – 15:00

Break

15:00

Екатерина Цыбульская, преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы, ГУО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь
«Духовная помощь как компонент паллиативной медицины»

15:30

Ольга Федчук, ст. преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы, Наталья Семенова, ст. преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы, ГУО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь
«Об оказании паллиативной помощи в Республике Беларусь»

16:00

Наталья Медвецкая, канд. мед. наук, доцент кафедры ТМФК и спортивной медицины УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова», г. Витебск, Беларусь
«Обучение студентов немедицинских специальностей оказанию паллиативной помощи»

16:30

Дискуссия.

Заключительное слово — ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич.

В программе возможны изменения.

2-й день — 26 июня 2020 г.

10:00 – 13:00

Секционное заседание (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал).

15:00

Ekaterina Tsybulskaya, Lecturer, Department of Forensic Medical Expertise, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

"Spiritual care as a component of palliative medicine"

15:30

Olga Fedchuk, Senior Lecturer, Department of Forensic Medicine, Natalia Semenova, Senior Lecturer, Department of Forensic Medicine, State Institution «Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University», Vitebsk, Belarus

"On the provision of palliative care in the Republic of Belarus"

16:00

Natalya Medvetskaya, Ph.D. Medical Sciences, Associate Professor of the Department of TMFC and Sports Medicine, EE «Vitebsk State University named after P. M. Masherov», Vitebsk, Belarus

"Training non-medical students in palliative care"

16:30

Discussion.

Conclusion — Aleh Butkevich, Bishop of Vitebsk, Roman-Catholic Church of the Republic of Belarus.

The program is subject to change.

Day 2 – June 26, 2020

10:00 – 13:00

Sectional part (Vitebsk Oblast Executive Committee, Gogol St., 6, conference hall)

Доклады:

10:00

Михаил Яблонский, доктор мед. наук, профессор кафедры судебно-медицинской экспертизы, Николай Харкевич, доктор мед. наук, профессор, ГУО «Витебский государственный Орден Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Паллиативное лечение»

10:30

Александр Солкин, к.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, ГУО «Витебский государственный Орден Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Паллиативная помощь пациентам в хроническом вегетативном состоянии»

11:00

М. А. Трофимова, преподаватель кафедры анатомии и физиологии человека «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова», г. Витебск, Беларусь

«Паллиативная помощь детскому населению Республики Беларусь»

11:30

Инна Ефременко, к.б.н., зав. кафедрой анатомии и физиологии человека «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова», г. Витебск, Беларусь

«Психологическая помощь онкологическим пациентам в паллиативной медицине»

12:00

Дискуссия.

Заключительное слово — ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич.

В программе возможны изменения.

Presentations:

10:00

Mikhail Yablonsky, Dr. Med. Sciences, Prof., Department of Forensic Medicine Expertise, Nikolai Harkevich, Dr. Med. Sciences, Prof., Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

"Palliative care"

10:30

Alexander Solkin, PhD, Associate Professor, Department of Neurology and Neurosurgery, State Institution «Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University», Vitebsk, Belarus

"Palliative care for patients in a chronic vegetative state"

11:00

M. A. Trofimova, Lecturer, Department of Human Anatomy and Physiology, Vitebsk State University named after P. M. Masherov, Vitebsk, Belarus

"Palliative care for the children's population of the Republic of Belarus"

11:30

Inna Efremenko, PhD, Head of Department of Human Anatomy and Physiology, Vitebsk State University named after P. M. Masherov, Vitebsk, Belarus

"Psychological assistance to cancer patients in palliative medicine"

12:00

Discussion.

Conclusion – Aleh Butkevich, Bishop of Vitebsk, Roman-Catholic Church of the Republic of Belarus

The program is subject to change.

Тезисы докладов
XVI Международной
медицинской конференции

**«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»**

БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ И ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ЗАКОН О ЗДРАВООХРАНЕНИИ: РЕШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ

*В. И. Сиренко, председатель Постоянной комиссии
Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь
по образованию, науке, культуре и социальному развитию*

Ю. Н. Деркач, д-р мед. наук, профессор

А. Д. Жилин

Беларусь

Биоэтика (от древне-греч. «жизнь» + «поведение, поступки») — учение о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии.

Основные **цели** современной **биоэтики** — сохранение социальной стабильности, устойчивого развития общества, здоровой экосистемы, уважение прав и интересов ныне живущих и будущих людей.

Исторические модели биомедицинской этики:

- модель Гиппократ — принцип «не навреди»,
- модель Парацельса — принцип «делай добро»,
- деонтологическая — принцип «соблюдения долга»,
- коллегиальная — принцип уважения прав и достоинства человека (информированное согласие, автономия пациента).

В современной биоэтике как самостоятельный этический принцип сложился **принцип справедливости**. Нельзя считать справедливой систему здравоохранения, если она не обеспечивает доступной и качественной медицинской помощью всех нуждающихся в ней граждан.

В Республике Беларусь обеспечено правовое регулирование вопросов биоэтики.

Права и свободы наших граждан гарантирует Конституция Республики Беларусь, в том числе право на жизнь, охрану здоровья неприкосновенность и достоинство личности. Государство создаёт условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания.

Согласно Гражданскому кодексу, «жизнь и здоровье, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, иные личные неимущественные права относятся к нематериальным благам, принадлежащим гражданину от рождения и не могут быть отчуждаемы». Конкретные статьи Уголовного кодекса, предусматривают ответственность за правонарушения в случаях, вызвавших серьёзные последствия для жизни и здоровья людей.

Законы Республики Беларусь:

- «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г.

- «О донорстве крови и ее компонентов» от 31 января 1995 г.

- «О трансплантации органов и тканей человека» от 4 марта 1997 г.

- «О вспомогательных репродуктивных технологиях» от 7 января 2012 г.

регулируют общественные отношения в целях сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения.

І съездом врачей Республики Беларусь 25.06.1998 г. одобрен «Кодекс врачебной этики», утверждённый 3 февраля 1999 г. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 137.

Биомедицинское вмешательство в репродукцию человека

Согласно официальной статистике, в Республике Беларусь каждая пятая семейная пара нуждается в оказании медицинской помощи по причине бесплодия. Наряду с другими негативными факторами бесплодие является одной из предпосылок депопуляции.

Программы вспомогательных репродуктивных технологий работают в Беларуси с конца 1990-х годов. Основные проблемные вопросы, связанные с их использованием, были сняты с принятием Закона Республики Беларусь «О вспомогательных

репродуктивных технологиях» от 07.01.2012 г. В нем определены правовые и организационные основы применения в нашей стране ЭКО, искусственной инсеминации и суррогатного материнства. Прогрессивность этого нормативного правового акта трудно переоценить.

31.05.2019 г. Совет Республики одобрил поправки в Закон «О вспомогательных репродуктивных технологиях». Поправки разработаны с учётом международной практики и обращений людей.

В проекте Закона «О вспомогательных репродуктивных технологиях» предлагается увеличить возрастной порог для доноров половых клеток и для суррогатных матерей. Женщинам, которым предстоит медицинские вмешательства, способные повлиять на детородную функцию, планируется предоставить право законсервировать яйцеклетки. Речь идёт, например, о химиотерапии, лучевой терапии. В настоящее время рассматривается вопрос предоставления супружеским парам проведения одного ЭКО на бесплатной основе. Такое решение способствует поддержке и укреплению института семьи и семейных ценностей, предоставляя возможность бесплодным парам иметь детей независимо от их социального статуса и доходов.

Сохраняет актуальность вопрос формирования осознанного и ответственного родительства. Многим беременным женщинам необходима помощь и поддержка в период ожидания ребёнка. Аборт — не только психологическая травма, но и в 55% случаях причина вторичного бесплодия у женщин.

В Витебской области обеспечено 100% преабортное консультирование, проводятся тренинги «Мама-школа», консультации по вопросам физиологии беременности, предродового периода, родов, семейных взаимоотношений.

На базе Витебского областного клинического родильного дома, межрайонных родильных домов в г. Орше и г. Новополоцке централизованно осуществляется комплексное наблюдение за женщинами, в том числе беременными, на всех этапах оказания им медицинской помощи.

В городах Витебск, Орша, Полоцк, Новополоцк функционируют Центры здоровья молодёжи, работа которых направлена

на улучшение физического и репродуктивного здоровья, укрепление института семьи, создание предпосылок для повышения рождаемости и продолжительности жизни.

Системный подход показал свою высокую эффективность — число абортов на 1.000 женщин фертильного возраста ежегодно сокращается и по итогу 2018 года уменьшилось до 11,5%.

Трансплантология

Внесены также поправки в Закон «О трансплантации органов и тканей человека». Планируется расширить пул живых родственных доноров. Сейчас в него входят близкие родственники — родители, дети, родные братья и сёстры. К ним предлагается добавить двоюродных братьев, сестёр и др. Планируется также узаконить перекрёстную трансплантацию. Найти абсолютно здоровых людей, которые готовы пожертвовать органы своим близким, достаточно сложно. Из-за этого количество трансплантаций от живых доноров в стране существенно ниже по сравнению с европейскими показателями. В законопроекте уточнены вопросы, связанные с Единым регистром трансплантаций, регламентированы вопросы международного сотрудничества в области обмена органами и тканями. Белорусское законодательство в области трансплантологии признано соответствующим принципам Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине.

Социализация людей

с ограниченными возможностями

Необходимо отметить важность создания условий для интеграции в социум людей с ограниченными возможностями. Вопрос создания инклюзивного общества особенно остро стал с сентября 2015 года, когда Республика Беларусь присоединилась к Конвенции ООН «О правах инвалидов». В октябре 2016 года издан закон о её ратификации.

В настоящее время рассматривается проект Закона «О правах инвалидов и их социальной интеграции». Предусмотрено, что он заменит два существующих Закона: «О социальной защите инвалидов в Беларуси» и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов». Особое внимание в документе

уделено вопросам трудоустройства. Вторым важным моментом является помощь человеку, получившему инвалидность, выстроить жизненный путь. Расширены принципы государственной политики в области обеспечения прав инвалидов, в том числе гарантированность реабилитации, абилитации, приоритетность мер по профилактике инвалидности. Предусмотрено формирование межведомственной персонифицированной базы данных по учёту инвалидов, которая будет содержать сведения о группе инвалидности, степени утраты здоровья, профессиональной или общей трудоспособности, ограничении жизнедеятельности, причине, сроках и дате установления инвалидности, индивидуальные реабилитационные мероприятия. В проекте закона придаётся особое значение праву лиц с инвалидностью на получение образования, вводится принцип инклюзии, определены концептуальные подходы к подготовке кадров, содержанию учебных программ, созданию безбарьерной среды.

В Витебской области созданы оптимальные условия для медицинской реабилитации и оздоровления детей и взрослых. Функционирует система реабилитационных отделений и центров, наиболее крупные из которых: детские реабилитационно-оздоровительные центры «Жемчужина», «Ветразь», оздоровительный лагерь «Радуга», для взрослых — «Железняки» Витебского областного кардиологического диспансера, «Крупенино» Витебского областного диагностического центра, «Юрцево» на базе госпиталя для инвалидов Великой Отечественной войны.

В областном детском реабилитационно-оздоровительном центре «Ветразь» открыто отделение для детей с детским церебральным параличом. Созданы специализированные залы кинезотерапии (реабилитация на подвесах), оборудован кабинет эрготерапии для формирования бытовых навыков и координации движений, используется интерактивный компьютеризированный тренажер с биологической обратной связью.

В д. Черницы Лиозненского района в трёхсменном режиме функционирует оздоровительный детский лагерь «Радуга» Витебского областного детского клинического центра. Ежегод-

но в нем отдыхают и оздоравливаются 400–450 детей. В лагере осуществляется оздоровление детей-спортсменов, детей, которые по медицинским показаниям не могут находиться в обычных лагерях отдыха, медицинская реабилитация по ортопедо-травматологическому, неврологическому и общепедиатрическому профилям.

Совместно с Витебской областной организацией Белорусского Общества Красного Креста в Оршанском, Полоцком районах, городах Витебске и Новополоцке реализуется проект по предоставлению социально-медицинских услуг семьям, воспитывающим детей-инвалидов с II-IV степенями утраты здоровья.

Эффективность проводимых мероприятий подтверждается основными контрольными показателями.

Уровень первичного выхода на инвалидность один из самых низких в республике, после г. Минска, и составляет 59,5 на 10 тысяч населения (Республика Беларусь — 62,1 на 10 тысяч населения).

Показатель тяжести инвалидности лиц трудоспособного возраста уменьшился до 42,1 % и является самым низким в республике (Республика Беларусь — 47,1%).

Утяжеление инвалидности самое низкое в республике — 8,8 % (Республика Беларусь — 10,4%).

Сохраняется высокий уровень полной реабилитации — 8,9%. (Республика Беларусь — 8,6%).

Охват реабилитацией пациентов трудоспособного возраста после инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, оперативных вмешательств по поводу неинфекционных заболеваний составляет 90,0%.

Медико-социальные аспекты в гериатрии

Общеизвестно, что население Беларуси относится к категории стареющего. Практически каждый пятый житель республики старше 60 лет. В Витебской области удельный вес населения в возрасте 60 лет и старше составляет 24,2%, 4,4% — 80 лет и старше, 212 из них перешагнули 100-летний рубеж. Такая возрастная структура характеризует население как старое.

Безусловно, наша задача обеспечить пожилым людям достойное качество жизни и сохранить активное долголетие.

Особого внимания требуют одинокие и одиноко проживающие пожилые граждане.

В области организовано повышение геронтологической компетентности медицинских работников, проведена коррекция системы обслуживания пожилых людей. Обеспечен ежеквартальный медицинский осмотр лиц старших возрастов. Ежегодно проводится дополнительно медицинский осмотр пожилых и одиноко проживающих граждан, в том числе в сельской местности, перед осенне-зимним периодом. Все нуждающиеся госпитализируются на осенне-зимний период на койки сестринского ухода, число которых в полном объёме обеспечивает помощь одиноким и одиноко проживающим людям пожилого и старческого возраста. Дополнительно в осенне-зимний период в койки сестринского ухода ежегодно перепрофилируется около 500 коек.

В Глубокском и Полоцком районах совместно с волонтерами Витебской областной организацией Белорусского Общества Красного Креста реализуются проекты «Путь к долголетию» и «Поезд милосердия».

Результатом проводимой работы стало снижение смертности населения старше трудоспособного возраста за последние 9 лет на 16,2% (52,0% в 2010 г., 45,4% — 2014 г., 43,6% в 2018 г.).

Качество жизни безнадежно больных людей

В данном вопросе необходимо чётко разграничить понятия «паллиативная помощь» и «паллиативная медицина». **Паллиативная медицина** — область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний в терминальной стадии развития, когда возможности лечения исчерпаны. **Паллиативная помощь**, значительно шире и включает в себя не только медицинские мероприятия, но и морально-психологическую поддержку, социальную помощь, как самому пациенту, так и его родным и близким.

Важно уважать жизнь, но в то же время допускать естественность и неизбежность смерти.

В Витебской области создана служба оказания паллиативной помощи взрослым и детям. Определены учреждения здра-

воохранения, оказывающие данный вид помощи, назначены координаторы по оказанию паллиативной помощи в г. Витебске и в каждом районе. Основой является первичное звено здравоохранения, обеспечивающее оказание паллиативной помощи в амбулаторных условиях и на дому. Организована работа выездной патронажной службы. Дополнительное консультирование пациентов проводится врачами-специалистами соответствующего профиля (онкологами, фтизиатрами, неврологами, реабилитологами).

Оказание стационарной паллиативной медицинской помощи осуществляется в отделениях «Хоспис» УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер», городской больницы № 3 УЗ «Оршанская центральная поликлиника», больницы сестринского ухода УЗ «Новополоцкая центральная городская больница», Полоцкого межрайонного онкологического диспансера, на базе УЗ «Витебский областной детский клинический центр» и УЗ «Витебский областной специализированный дом ребёнка».

В каждом из них развивается волонтерское движение. Для пациентов организованы литературно-музыкальные, творческие мероприятия, концерты.

Для организации психологической и социальной помощи привлекаются специалисты территориальных центров социального обслуживания населения, центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, общественных организаций.

Значительную помощь оказывают представители религиозных организаций. Пациентов регулярно посещают сёстры милосердия православных храмов и монахини католической конфессии.

Актуальность рассмотрения вопросов биомедицинской этики

Вместе с тем, объективно возникающие на современном этапе под влиянием научно-технического прогресса изменения естественной и искусственной среды обитания человека, социально-экономических факторов, глобализация, смешение культурно-религиозных традиций ставит перед биоэтикой но-

вые вопросы этико-правового характера и требует дальнейшего её теоретического и практического развития как междисциплинарной области знаний.

Наша конференция призвана стать площадкой для обмена информацией, опытом и знаниями по ряду актуальных вопросов с целью разработки моральных и нравственных норм, требований и принципов, создания механизмов, обеспечивающих использование научно-технических достижений во благо человека.

PERSONAL FREEDOM AND ADDICTIONS — PHILOSOPHICAL REFLECTIONS

*Fr. Piotr Aszyk SJ, Dr., Prof., principal of Collegium Bobolanum
of the Pontifical Theological Faculty*

Warsaw (Poland)

The phenomenon of freedom is inscribed in our human life. Life which is somehow unpredictable enterprise and surely needs freedom to be really human. However, in various moment of our existence we don't know which way to follow. How to use freedom. We are looking for answers more or less persistently, but in exchange we find the chill schemes taken from textbook advises which are not fits to our expectations or not inspiring responses from philosophical literature. Our desires go further, our freedom drives the uninhibited imagination. There are no maps of our lives, there are still unseen paths ahead of us, virgin untouched roads. So what way to follow? Where to look for signposts? Sometimes we even don't know what to ask for, when an immense amount of information floods us?

Freedom, above all, is related to the spiritual explorations of human being and freedom is above all, but not only, the realm of the human spirit.

Freedom is an ambiguous and complicated term. It is difficult to empirically prove freedom under the microscope. It is often mentioned that it is one of the most valuable human values. In

the world there are many monuments of freedom. We talk about freedom in an individual and collective context. In practice, we are reminded of it when, we feel the weight of some limitation. For instance, children and teenagers, see freedom in what is not allowed to them (smoking, alcohol, escaping from home, parties, going to the cinema for adult movies or not going to church).

Freedom, or more accurately the concept of freedom, has a very broad meaning. If we want to deal with this topic, we need to know what is the subject we want to talk about, what we mean by freedom. We say: I am free today or next weekend — it means I have more freedom this day, most often we think about work. It does not mean, rather, that when the day is not free, I am enslaved?

We say Katia is free, she was in a relationship with Greg, but the relationship broke up. Was she enslaved when in a relationship? This is not what we mean? We say, the prisoner was released, he had previously experienced physical limitations. Freedom induce in our mind different associations.

From antiquity, we know that freedom is something that characterizes a person or something that could characterize human life, because man is not always free. Cicero, the ancient thinker, asked: What is freedom? And he replied: «Possibility of leading a life according to one's will/preferences» (Cycero Quid est libertas? Potestas vivendi, ut velis «Paradoxa ad M. Brutum» V, 1, 33).

However, are we sure that we are free? This question could be framed by the context of a centuries-long philosophical disputes that has become a breeding ground for extreme views: absolutizing freedom or absolutizing determinism, that is, denying freedom. Simplifying, we may put, scholars into two camps, the first treats man as a free being and the other claiming that man is determined by various factors, namely his or her behavior is the result of biological, psychological, social, cultural or religious conditions, etc. Let us leave this endless dispute on the side and let us assume that certainly a very important part of ourselves is the fruit of free decisions.

A reflection on freedom shows us its internal and external dimension. We may also use the Hegelian distinction: freedom from something / someone for instance from addictions, enslavements, weaknesses, this is call a negative freedom and freedom to some-

thing / eventually to someone, namely freedom for building, realizing something, this is called a positive freedom.

Now, let's try to locate our freedom: (1) I am free when I may act differently — I can or could do something otherwise/differently under the same conditions; (2) I am free (reasonableness) — when I act on good and legitimate reasons, and not because of physical coercion; (3) I am free (authorship) — when I can start acting myself without being subject of external actions. But why we need freedom? Who is free? These are topics for years of lectures and deliberations, and we will see only a few pieces of freedom, their perspectives and limitations.

Freedom is conceived as a lack of external coercion

There are obvious meanings of freedom and I will leave them apart. I would like to remain one of forgotten meanings of freedom. The ancient Greeks, and later the Romans, not without reason, indicated that to be free means to be at home. Therefore, in their opinion, a free woman (he eleuthera gyne) was not a virgin or a widow, but a married woman — because she is a housewife in her own home. Similarly, the Romans called their children *liberi*, as the child is at home — in contrast to the slave.

Famous Horace, wrote centuries ago, "Who is free then? The wise man who prevails over himself, who is not afraid of poverty or death or shackles". [*Quisnam igitur liber? Sapiens sibi qui imperiosus, quem neque pauperies neque mors neque vincula terrent* (Horacy "Saturae" II, 7, 83-84)].

Freedom as self-control

What is the freedom? Does freedom mean doing what anyone wants to do? Maybe it is the ability to choose between good and evil? Or maybe freedom consists in choosing something more primordial: choosing the attitude of life, the fundamental choice of what kind of man someone wants to be.

We sometimes hear: do whatever what you want to do ... and it's a tempting proposal. Even the New Testament contains the statement "I have the right to do anything..." Saint Augustine wrote "love and do what you want to do..." However, if you do what you want, it seems to be a call for complete willfulness — is it really wise? We may quote again the ancient wisdom verbalized by Tacitus's:

«Only fools understand freedom as willfulness.» [*Licentiam stulti libertatem vocant*]. Saint Paul, the author of the statement “I have the right to do anything” adds to these words, “but not everything is beneficial”. And further: “All things are lawful for me, but I will not give myself into slavery” (1 Corinthians 6:12). Also, the Bishop of Hippo, saint Augustin, who wrote “love and do whatever you want to do”, adds in another place, but pay attention to what you love, because you may love something that is not worth loving, which will destroy you (for instance, addiction).

Big disasters are most often the results of minor faults (J. Kozłowski). The loss of freedom usually starts with minor compromises.

It happens that the beginning of our loss of freedom maybe very innocent. We let ourselves be seduced by delusions of good or something alluring. We are not directly trapped into complete incapacitation, more often we are direct to dullness that weaken our senses. Sometimes temptation to live without any problems, drives to immature ways to relieve stress or tensions by sex, stimulants or gambling. As a result, we are, like a vessel from which imperceptibly, water leaks from small gaps. When we're sober, it's often too late.

On the path leading to enslavement, such as addictions, one does not need great rebellions, demonstrative stepping beyond the moral rules. It's enough to quietly contest the good. We are not fooled by the chaff we would despise. The captivating spider web is not a romantic place for evening walks. What seemed attractive brings suddenly disappointment.

It happens that in defense of ourselves, we try to trivialize addictions, forms of enslavement, trivialize evil. But whoever trivializes them, scorn himself and does not understand himself. He also does not understand critical human situation of not being free. Slavery such as addictions changes man's mentality, makes him insensitive, capable of vile and vile things. Man becomes an element of a vicious circle that is coming wider and wider. Then, most often, pride appears, and we begin to convince ourselves that we are so deeply demoralized that nobody can help us, or we treat pathology as a norm — which is simply dangerous.

That is why freedom has to be preserved and learned. It is a gift, but also a task. It is not a gift that one may put it on a shelf. Freedom is given to us, but also freedom is a challenge. Freedom is fragile, not given once and for all — it can be lost very easily. There is a space for responsibility for ourselves and since we are not lonely island — for whose around us.

That's why we should focus our lives on good. The Catechism of the Catholic Church accurately captures the relationship between good and freedom. It says: "The more one does what is good, the freer one becomes. There is no true freedom except in the service of what is good and just" [CCC 1733]. Love and do what you want, but watch what you love...

Interestingly, maybe some of you will be surprised, there is someone Who cares about our freedom more than us, namely God. If we are not free, we will not be able to respond with love to God's love. It was God who made us free. Christ has set us free (Gal 5,1). If I program my computer, so it will greet me with a loving confession every time I start my computer, it doesn't mean that the computer loves me. Only a man who is free can truly love. Love is the fruit of freedom — a free choice.

We sometimes see God as a severe legislator who abuses us by imposing on us the burden of commandments. However, if we perceive as the burden, for example, norms of the Decalogue, we are mistaken. They are like warning signs: attention here is a minefield, you are in danger, you will die, do not do it, it will hurt, careful you will lose something, you will give up your freedom...

Life is sometimes hard and difficult, but we are not in the hopeless situation, we know the truth and it releases us (Jn 8:38). We may overcome the limitations, we may win addictions. The truth gives freedom. All enslavement, addictions, push us to the shallows of life. The Creator invites us to explore our freedom. To look at ourselves with His eyes, so that we may see all of the goodness, beauty, freedom etc. within ourselves. That we would go through our life in joy and peace of mind. God supports us and wants our good and happiness — this is fundamental experience of Christianity. We need freedom to become truly whom we are and whom we should become, but there is no shortcut to the place which is worth coming to.

ПРИНЦИП АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА И ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Т. В. Ясюля, гл. специалист Главного управления организации
медпомощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц
Министерства здравоохранения Республики Беларусь*

г. Минск (Беларусь)

Биоэтика (в отношении решения проблем, связанных с системой здравоохранения — биомедицинская этика) междисциплинарное научное и прикладное знание, объединяющее представителей разных профессий, задача которой — решение моральных коллизий, возникающих в современной медицине, постановка этико-правовых вопросов, связанных с защитой прав человека в сфере медицины, организация просветительской биоэтической работы в современном здравоохранении и ряд других.

Сегодня мы наблюдаем тесное сращение биоэтики с медициной, что объяснимо неудержимым научно-техническим прогрессом в сфере биомедицины и постановкой новых этических проблем и вопросов соблюдения прав человека, определения Жизни и Смерти, нового понимания качества жизни, определения допустимых границ улучшения и изменения человека. Соблюдение принципа автономии личности, а также защита здоровья населения и каждой конкретной личности — эти и другие сложные вопросы сегодня составляют мировоззренческую основу современного здравоохранения.

Классическая медицинская этика, основанная на наставлениях великого Гиппократы, сегодня претерпела существенные изменения. В современной медицине уже недостаточно довольствоваться только правилом Гиппократы «не навреди». Так, декларация ВОЗ о защите прав пациентов в Европе постулирует в качестве одной из главных задач «утвердить фундаментальные права человека в области здравоохранения, и в частности, защитить достоинство и честь человека и способствовать развитию уважения к пациенту как к человеку». Современное

здравоохранение Беларуси следует общемировым тенденциям, реализация государственной политики в области здравоохранения выстраивается на принципах биомедицинской этики при непосредственном контакте медицинских работников и пациентов в организациях здравоохранения республики.

К базовым принципам биомедицинской этики относятся автономия личности, принцип справедливости, при сохранении прежних принципов: «не навреди» и «делай благо». Первые два принципа невозможно реализовать без уважения, на котором строится этика взаимоотношений в медицине, биомедицине и профессиональная коммуникация медицинского работника и пациента.

Автономия личности — принцип, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредотачиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Согласно этому принципу принятие надёжного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и пациента и их активном совместном участии в этом процессе, требующем, в т.ч. компетентности, информированности пациента и добровольности принятия им осознанного решения.

Уважение в данном случае мы понимаем конкретно. **Уважение к врачу** — это не преклонение перед его статусом/авторитетом/знаниями, что во многом постулировала классическая патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента. Уважение к врачу сегодня — это выражение доверия к профессионалу, уважение его времени, следование его предписаниям, честность, правдивость, вежливость, корректность в общении. Всё это достигается, прежде всего, через воспитание в обществе доверия к профессии и к системе здравоохранения в целом, воспитание правовой грамотности граждан, коммуникативных компетенций.

Уважение к пациенту в контексте профессиональных отношений — это не сочувствие и «принятие», это не использование «правильных слов», это не демонстрация панибратства и «всепонимания», это, прежде всего:

- эмпатия (деятельное сочувствие — стремление помочь в решении проблемы),
 - реализация права пациента на информированность,
 - получение полной информации, доступно изложенной, знание возможных рисков и предлагаемых вариантов разрешения ситуации, при этом врачу необходимо аккуратно озвучивать информацию, особенно это касается предположений, которые могут психологически травмировать пациента,
 - признание права принятия решений пациентом относительно своей жизни (лечения), включая право на разрешение использования личных данных пациента для других случаев (например, для проведения исследований, при обучении медицинских работников),
 - отсутствие давления и принуждения (как в словах, так и в действиях),
 - понимание (не обязательно принятие!) и уважение его личностных и социокультурных ценностей (религиозных, сексуальных, политических и т.д.), учёт предпочтений, традиций и корректное отношение к этим ценностям,
 - соблюдение дистанции, запрет на личностные комментарии («ах, я бы не смог жить с такими-то проблемами...»),
 - сохранение в тайне информации, доверенной врачу (за исключением предусмотренных законом случаев), включая исключительно корректное «пользование» этой информацией даже при взаимодействии с коллегами,
 - внешние проявления уважения — опрятность внешняя, опрятность в поступках, логичность и чёткость мышления, выражения своих мыслей, уважительное обращение, умение начать, построить и закончить разговор.

В настоящее время сложные медицинские вмешательства проводятся только с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами данного вмешательства.

Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание её независимости и права на самоопределение.

Таким образом, уважение автономии относится, прежде все-

го, к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни.

Как было указано выше, принцип автономии личности тесно связан с другим основополагающим правилом биоэтики — информированным согласием. Информированное согласие требует соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них.

В автономной модели взаимоотношений этот принцип — не жест доброй воли или желания врача, это его обязанность. Информированное согласие — это коммуникативный диалог врача и пациента, предполагающий соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учёт психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе даёт пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу добровольного выбора.

Принцип автономии пациента и информированное согласие предполагают равенство и независимость партнёров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования.

Но по мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и манипуляции все большего числа людей, особую роль начинают играть принципы, условно говоря, «страдательного» порядка, предполагающие заботу общества и медиков — врачей и исследователей — о соблюдении этических требований по отношению к пациентам, попадающим в зависимость от них.

Особое место в этом ряду занимает категория **достоинство**. В широком этическом контексте — это, прежде всего, объективная самооценочность, которой обладает каждый человек по праву своего рождения, потому что он человек. Поэтому все люди, и пациенты в том числе, независимо от их социального

статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права на признание и уважение собственного достоинства.

Таким образом, в биомедицинской практике принцип сохранения человеческого достоинства охватывает более широкий круг ситуаций, чем принцип автономности, который предполагает осознанную дееспособность и самостоятельность личности. Уважение человеческого достоинства связано не только с наличием чувства и сознания своего достоинства, которые проявляются во внутренней уверенности личности в собственной ценности, в сопротивлении попыткам посягнуть на свою индивидуальность и независимость, в самоуважении (их может и не быть). Принцип уважения достоинства относится и к таким ситуациям, когда человек не в состоянии выразить свою волю, когда в силу своего физического или психического расстройства он совершенно не способен к автономным действиям, когда приходится говорить даже не о человеческой личности, а о человеческом существе. Речь идёт о таких ситуациях, как вегетативное существование, тяжёлые формы гериатрического состояния, эксперименты с эмбрионом человека и др.

Теперь затронем **принцип справедливости**, предполагающий реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоёв и групп населения к общественным благам, в том числе получению медицинских и биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоёв населения. Согласно принципу справедливости польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес.

Принцип справедливости — это, по сути, тоже реализация уважения к личности, уважения, независимо от её физических/психических особенностей, социального статуса и возможностей, специфики поведения, жизненной ситуации, привычек и т.д. Это — равное профессиональное отношение к пациентам, уважение гендерного равенства, уважение прав уязвимых личностей, а в рамках системы здравоохранения в целом — это

стремление к равному распределению благ, равной доступности медицинской помощи. Только равное — не означает «всем одинаково», принцип справедливости предполагает наличие ясных критериев (например, экстренность, особенности течения заболевания и т.д.), в соответствии с которыми можно говорить о приоритетности медицинской помощи, первоочерёдности получения медицинских ресурсов и т.д., и безусловное соблюдение этих критериев.

Сегодня наиболее актуальными являются вопросы соблюдения биоэтических принципов в коммуникации врача и пациента (медицины и общества), роли биоэтики при проведении клинических исследований и испытаний, использования потенциала биоэтических комитетов при решении сложнейших вопросов современной медицинской науки и практики (например, реализации репродуктивных технологий, генетических исследований и тестирования, развитии трансплантологии, при работе с уязвимыми группами населения).

Нельзя забывать об интегративном характере биоэтического знания. Именно в силу его междисциплинарности большинство биоэтических вопросов невозможно решить вне участия представителей разных специальностей, поскольку только комплексный — этический, психологический, юридический, медицинский, биологический, социальный, культурологический — подход позволяет сегодня решать возникающие проблемы во всех областях деятельности.

Такой междисциплинарный подход в решении сложных вопросов призван осуществлять **Комитет по биоэтике Республики Беларусь**, которому отводится важнейшая роль в организации и координации работы разных структур республики в области биоэтики, биоэтического образования всех категорий граждан.

Комитет был создан при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь в соответствии с Руководством № 1 ЮНЕСКО по созданию комитетов по биоэтике (2005), во исполнение поручения Совета Министров Республики Беларусь от 26.07.2005 г. № 05/137-143 приказом Министерства здравоохранения № 274 от 17.04.2006 г.

Приказом Министерства здравоохранения от 18.05.2018 г. № 499 комитет переименован в Комитет по биоэтике Республики Беларусь, утверждено новое положение о работе комитета, состав комитета.

В сфере деятельности комитета также биоэтическое просвещение населения, развитие системы биоэтического образования, в т.ч. реализация биоэтического консультирования и обеспечение повышения квалификации членов этических комитетов, обсуждение этико-правовых вопросов использования биомедицинских технологий, объединение действий локальных и региональных биоэтических комитетов, подготовка и этическое сопровождение документов, регулирующих вопросы биомедицинской науки и практики, рассмотрение сложившихся тенденций и наиболее сложных ситуаций медицинской практики и др. Безусловно, обеспечить решение широкого спектра биоэтическим проблем на уровне государства задача непростая, однако при условии развития системы локальных биоэтических комитетов и комиссий в республике, вполне выполнимая.

В 2019 г. для методического сопровождения работы комитета по биоэтике Республики Беларусь, организации практико-ориентированных проектов биоэтического просвещения населения создан Республиканский центр биоэтики (в структуре БелМАПО) (приказ Министерства здравоохранения № 511 от 29.04.2019 г.).

За 2017–2019 гг. было проведено несколько крупных международных конференций, где рассматривались этико-правовые вопросы обеспечения прав пациента и медицинского работника:

- Мультидисциплинарная международная конференция «Добровольное информированное согласие как основополагающий принцип защиты прав человека в сфере биомедицины», декабрь 2017 г. (организаторы: Министерство здравоохранения, отдел биоэтики Совета Европы, Комитет по биоэтике Республики Беларусь, Белорусская медицинская академия последипломного образования).

- Международный симпозиум: «10 лет трансплантации пече-

ни в Республике Беларусь: этические проблемы и перспективы», апрель, 2018 г.

- Мультидисциплинарная международная конференция «Права человека и биомедицина. Презентация учебного курса HELP», декабрь 2018 г.

- Практическая конференция «Этико-правовые вопросы обеспечения прав пациента и медицинского работника в условиях современного здравоохранения», апрель 2019 г.

Организовано обучение в сфере биоэтики — тренинги, курсы повышения квалификации врачей:

- сертификационный тренинг по программе Совета Европы «ТОТ (тренинг для тренеров)», апрель 2018 г., г. Минск;

- подготовка в БелМАПО и проведение курсов повышения квалификации врачей: курсы на кафедре общественного здоровья и здравоохранения «Биоэтические аспекты коммуникации в здравоохранении», «Этико-правовые основы биомедицинских исследований и клинической медицины в практике деятельности этических комитетов»;

- работа на всех курсах переподготовки и большинстве курсов повышения квалификации на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО;

- тренинг для молодых учёных «Надлежащая практика биомедицинских исследований», 22-25 апреля 2019 г.

Важным событием в биоэтической жизни республики стало проведение республиканского студенческого конкурса по биоэтике «Доступная биоэтика», апрель–октябрь 2018 г. (охвачены все регионы Беларуси, представлено более 300 работ в 3-х номинациях: эссе, плакат, видеоролик).

По итогам конкурса 15 победителей (1–3 места в трёх номинациях) награждены поездкой в г. Страсбург (учебный визит в Совет Европы). Там же, на заседании комитета по биоэтике Совета Европы (DH-Bio) награждение победителей, в фойе Совета Европы была размещена выставка работ победителей конкурса. Лучшие плакаты, представленные на конкурс, напечатаны в виде постера и брошюр (по 2.000 экз. каждого вида и переданы для распространения в организациях здравоохранения как наглядно-информационный материал).

Следуя общемировым тенденциям, а также опираясь на запросы современной практики, первоочередными задачами развития биоэтики в республике сегодня становятся развитие биоэтической основы практического здравоохранения (через организацию биоэтических семинаров и выездных тренингов для всех категорий медицинских работников, развитие биоэтической составляющей в системе последиplomного образования врачей), биоэтическое просвещение населения, формирование системы биоэтического консультирования, создание дискуссионной площадки для диалога представителей медицины, права, общества в целом.

БИОЭТИКА В СВЕТЕ ТРАНСФОРМАЦИЙ НАУКИ И МЕДИЦИНЫ

*А. А. Заздравнов, д-р мед. наук, профессор, кафедра общей практики
— семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет

*О. И. Заздравнова, д-р филос. наук, профессор, кафедра философии,
исторических и социальных дисциплин*

Харьковский национальный аграрный университет
г. Харьков (Украина)

Одной из важнейших проблем человечества на всех этапах его развития были проблемы его социокультурных трансформаций. Таковыми являлись аграрная, урбанистическая, информационная революции. Современная информационная революция стала социотехнологической основой для фундаментальных трансформаций всего научного потенциала социума, задавая ему вектор универсальности и формируя потребность гуманизации.

Осмысление современной кризисной ситуации в социуме позволяет сделать вывод, что её корни локализованы в существенных атрибутах человека. Обнаруживается откровенное противостояние двух составляющих: человека как части природы и человека как её преобразователя в угоду своим эго-

истическим потребностям и интересам. Вторая составляющая своим результатом имеет среду, в значительной степени уже преобразованных природных ресурсов, которую человек «вынуждает жить» не по законам природы, а по человеческим пожеланиям и требованиям. Тем не менее, эта среда долгое время сосуществует с природой, ещё не затронутой человеческой деятельностью. Но интенсивная технологическая активность человека начинает вносить постоянные коррективы в эволюцию биосферы, подрывая основы их сосуществования. Угроза экологической катастрофы становится реальной и обнаруживает явные признаки перерастания в антропологическую катастрофу.

Неклассическая философия XIX века (А. Шопенгауэр, Ф. Ницше) развенчивает антропоцентризм. Человек, как считают вышеназванные мыслители, действительно выпадает из цепочки природных животных, из эволюционирующего природного мира, но этот факт может лишь свидетельствовать о вырождении человеческого рода. При сохраняющемся порядке вещей человек обречён на вымирание. Философия жизни в лице А. Шопенгауэра, Ф. Ницше, Х. Ортега-и-Гассета выказывает явный пессимизм относительно будущего человечества. Но эта философия, выявляя негативные стороны в эволюции социума, в большей или меньшей мере провозглашает желательность если не полного отказа от услуг научного знания, то, по крайней мере, существенного ограничения пространства его применения. Иррациональность социума для своего постижения требует адекватного иррационального же знания.

Необходимость переориентации современной науки обусловлена разочарованием в рационалистической традиции вообще, а архетип разумного человека ставится под сомнение. М. Хайдеггер в связи с этим отмечает, что наука в её классической форме оказалась не в состоянии раскрыть истины человеческого бытия, поскольку она сама не способна очертить границы и векторы собственного развития. Она утрачивает пафос поиска целостности и универсальности всего сущего, расслабляется, а учёные разбредаются по отдельным кельям-лабораториям, надёжно отгородившись от жизненных реалий [2].

Возникновение биоэтики задает новый контекст, как оценки современной цивилизации, так и новому видению науки и её функций. Возникают вопросы: наука несёт добро или зло? Должна ли она отвечать за жизненные ситуации? Послушаем Экклесиаста: «Ибо кто знает, что хорошо для человека в жизни, во все дни суетной жизни его, которые он проводит как тень? И кто скажет человеку, что будет после него под солнцем? ... во многой мудрости много печали; и кто умножает познание, умножает скорбь» [1]. Пожалуй, мысли Экклесиаста не утратили актуальность и достойны глубокого размышления. Современное состояние науки свидетельствует об утрате ею духовных корней, морального измерения плюсов и минусов своих открытий. Стало очевидным, что так называемые точные науки и технизация всех сфер социальной жизни сыграли свою узкую техническую роль в разработке программы освоения природы.

Стоящий у истоков биоэтики немецко-французский философ, теолог, музыкант и врач Альберт Швейцер разрабатывает оригинальную этику благоговения перед жизнью. Жизнь, а не знания, постоянно продуцируемые наукой, должны составить главную ценность в человеческой жизнедеятельности. Изначальным пунктом этики А. Швейцера становится факт наличия жизни среди иных жизненных формообразований, поэтому он отвергает формулу Декарта «Мыслю, следовательно, существую». Факт наличия мыслей вторичен, первичным является факт наличия живого носителя мысли. В системе своих взглядов А. Швейцер отдаёт первое место благоговению перед жизнью (*Veneratio vitae*). Стремление сохранять и развивать все существующие жизненные формообразования должно стать основой морального обновления человечества. Витациентризм А. Швейцера плавно переходит в современную биоэтику.

Как бы в развитие идей А. Швейцера биоэтика акцентирует внимание на проблеме сбережения жизни, т.е., казалось бы, на сугубо медицинской проблеме. Но теперь к решению этой проблемы с различной степенью участия привлекается практически весь наличный корпус наук, новейших технологий и социальных проектов. «Биоэтику можно назвать новым синтетическим направлением современной науки, так как она

рассматривает нравственные проблемы, выходящие за рамки традиционной медицинской этики, а её знания находят применение в медицинской и научной практике... Биоэтика — это комплексная дисциплина, находящаяся на стыке философии, теологии, биологии, медицины, права» [3].

Биоэтика, кроме наук о живом (молекулярная биология, генетика, геновая инженерия, нейронауки и т.д.) включает в своё поле деятельности своеобразный ансамбль негуманитарных наук о человеке (геномика человека, наномедицина, протеомика человека, нанофармакология и т.д.), благодаря чему открывается доступ к наследственной информации, закодированной в генах. Мощная индустрия сверхтехнологий начинает использоваться в целях преобразования человека, его интеллекта, телесности, поведения. Человек обретает возможность перестраивать собственную биогенетическую природу с целью её улучшения. Мораль трансгуманизма с её девизом «Всё во имя человека, всё для блага его» превратилась в инструменты крайне рискованных социальных действий: гены, хромосомы, ДНК, стволовые клетки, даже утробы матерей теперь используется в качестве биофабрик, производящих лекарственных младенцев [4]. Возникает целый комплекс экзистенциальных и этических проблем, от решения которых зависит и эволюция социума и само существование человечества.

В условиях информационной цивилизации базисные компоненты человеческой жизнедеятельности, такие как жизнь, репродукция, здоровье становятся приоритетными проблемами в развитии не только медицины и биологии, но и всего комплекса наук о человеке. Практика показала, что без комплексного подхода решение проблемы сохранения, поддержания и возвращения здоровья человека, как необходимой предпосылки самосохранения и развития человечества, невозможно. В рамках биоэтики осуществляется разработка новых ценностных и этических подходов к решению проблем, сконцентрированных вокруг проблемы отношения человека к жизни как таковой. Преодолевается традиционный подход к здоровью как к отсутствию болезней. Здоровье, прежде всего, представляет индивидуальную форму воспроизводства основных атрибутов

человеческой жизни в процессе самой жизни. Оно синтезирует в себе ценностные и личностные аспекты. Ценностный аспект здоровья отражает индивидуальную значимость и социальную ценность и выражается в виде возможности осуществления человеком полноценной жизнедеятельности. Личностный аспект выражает специфику индивидуального отношения к своему здоровью, раскрывает значение индивидуальной творческой активности. То есть к проблеме здоровья следует подходить с учётом как индивидуального отношения к здоровью, так и социокультурных факторов жизнедеятельности.

Это положение полностью вписывается не только в этику современного врача, но и может служить базисной установкой биоэтики. Академик Национальной Академии Наук Беларуси Б. М. Бабосов следующим образом определяет масштабы и основные направления применения установок биоэтики: «Именно биоэтика своими интегративными подходами позволяет с гуманистических позиций решать следующие вопросы, поставленные современной наукой перед человечеством: допустимо ли клонирование человека, оправдано ли создание человеческими методами «новой породы» людей, обладающих высокими физическими, биологическими и интеллектуальными качествами, должен ли пациент оставаться пассивным исполнителем врачебных предписаний или он может и должен быть активным участником процесса излечения от различных болезней? Речь во всех этих и подобных случаях идет о нравственно и социально оправданном активном привлечении пациента к принятию решений о сохранении и укреплении здоровья человека» [5].

Литература

1. Библия. М.: Российское Библейское Общество, 2015. — 1048 с.
2. Хайдеггер М. Бытие и время. — Москва: Ad Marginem, 1997. — 451 с.
3. Агеева Н. А. Биоэтика как новое синтетическое направление современной науки // Гуманитарные и социальные науки. Философия. — 2012. — № 2. — С. 100-108.
4. Фукуяма Ф. Социальные последствия биотехнологических новаций // Человек. — 2008. — 2. — С. 80-88.
5. Бабосов Б. М. Взаимодействие философии, физики, космологии и генетики в истолковании человекомерности развития науки // Социология. — 2015. — № 1. — С. 3-12.

НОВАЯ ХАРТИЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НОВЫЕ ФОРМЫ ЗАВИСИМОСТИ

*Отец Кристоф Махар, профессор философии и моральной теологии,
официал Дикастерии по содействию целостному человеческому
развитию*

Ватикан

1. Наркотические препараты и зависимость.
2. Кризис смысла, горизонты надежды.
3. Реабилитация и целостное человеческое развитие.

Новая Хартия — разделы:

1. Рождение.
2. Жизнь.
3. Смерть.

Зависимость

«Зависимость, с точки зрения медицины и здравоохранения, является состоянием привыкания к некоему веществу или продукту, — такому, как лекарственное средство, алкоголь, наркотические средства, табак, — в которых индивид испытывает непреодолимую потребность и лишение которых может вызвать психофизические расстройства».

Виды зависимости:

- Наркозависимость
- Психотропные препараты
- Алкоголизм
- Никотиновая зависимость
- Интернет, порнография
- Игры компьютерные/азартные

Наркотики:

Кокаин связан с ростом уровня потребления героина, на который приходится большинство новых потребностей в лечении опиоидной зависимости.

Канабис занимает первое место по потреблению, продолжают международные дебаты о его использовании в терапевтических целях.

Опьяняющие новые психотропные препараты и чрезвычайно сильные синтетические наркотики, пользующиеся популярностью у молодёжи, легко доступны, стоят недорого, могут быть заказаны онлайн.

31 миллион человек страдает от расстройств, вызванных употреблением наркотиков (вид наркомании, требующий лечения). Только 1 из 6 человек фактически получает это лечение.

Новые психотропные вещества

«Вещества, являющиеся предметом злоупотребления либо в чистом виде, либо в виде препаратов, которые не регулируются Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года или Конвенцией 1971 года, но которые могут представлять угрозу для здоровья населения» (Управление ООН по наркотикам и преступности).

- фентанил (североамериканский опиоидный кризис)
- трамадол (Западная и Северная Африка, Ближний Восток)
- ксанакс, прозак, ативан и др.
- кетамин (ветеринарный, хирургический препарат, галлюциноген)
- «соль для ванны»

Алкоголь, табак и др.

Моральным долгом является защита и сохранение здоровья, а вместе с ним и жизни.

Алкогольная зависимость имеет крайне пагубные последствия для физического, психологического и духовного здоровья человека.

Стратегия в области здравоохранения, работники здравоохранения: профилактика и сдерживание, просветительская деятельность.

Кризис смысла, горизонты надежды

Феномен зависимости связан с:

- кризисом ценностей и смысла жизни, ставшим болезнью современного общества и культуры;
- стрессом и фрустрациями, порождаемыми стремлением к максимальной самоотдаче, активной жизненной позицией, высоким уровнем конкуренции и анонимности социального взаимодействия.

«Проблема развития тесно связана и с нашим представлением о душе человека... Человеческое существо развивается, когда растёт в духе, когда его душа познаёт саму себя и истины, посеянные в ней Богом, когда беседует с собой и со своим Творцом. Вдали от Бога человек беспокоен и болен. ...Новые формы рабства – наркомания и отчаяние, которым подвержены многие люди, – зависят не только от социологических и психологических, но и, главным образом, от духовных факторов. Пустота, в которой душа чувствует себя покинутой, при всём многообразии терапевтических методов для тела и для психики, причиняет страдание» (Папа Бенедикт XVI, *Caritas in Veritate*).

Реабилитация: свобода от рабства

«Суждение о незаконности принятия наркотиков не является суждением, приговаривающим человека. Он проживает собственную ситуацию как тяжёлую форму рабства» (*Новая Хартия работников здравоохранения*).

«Наркотики нанесли глубокую рану нашему обществу и замамили многих людей в свою паутину. Многие жертвы потеряли свою свободу и были порабощены ими; порабощены зависимостью, которую мы могли бы назвать «химической».

Каждый наркоман имеет уникальную личную историю и должен быть выслушан, понят, любим и, насколько это возможно исцелён и очищен. Мы не можем опускаться до несправедливости, классифицируя наркоманов как предметы или сломанные машины; каждый человек должен быть ценен и признан достойным, чтобы позволить ему исцелиться. Достоинство человека — это то, что мы призваны искать. Они по-прежнему, как никогда, сохраняют достоинство детей Божьих» (Папа Франциск, 2016).

«И я хочу повторить всем вам, кто борется с наркоманией, и тем членам семей, которые разделяют ваши трудности: Церковь не далека от ваших бед, но сопровождает вас с любовью. Господь рядом с вами и он берёт вас за руку. Обращайтесь к нему в самые трудные моменты, и он даст вам утешение и надежду» (Папа Франциск, 2013).

Общие рекомендации

Ответственность взрослых за особую заботу о молодёжи. Суждение молчания и безразличия.

ВЛИЯНИЕ АБОРТА НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ. ФЕНОМЕН ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМА

Н. В. Спиридонова

ГУЗ «Витебская городская центральная поликлиника»
г. Витебск (Беларусь)

Про последствия аборта последнее время говорят и пишут довольно много. Постабортный синдром — это психологическая, эмоциональная, физическая и духовная травма, причинённая абортom и выводящая человека за границы привычного состояния. По своей сути — это один из видов посттравматического стресса. Проявления постабортного стресса могут варьировать от недомогания и депрессии до глубокой травмы. В последнем случае стресс называют постабортным синдромом (ПАС).

На основе опыта работы с пациентками, совершившими аборт, можно выделить некоторые группы симптоматики характеризующие ПАС.

К примеру, за 2019 год за консультацией обратилось четыре женщины с тревожно-депрессивной симптоматикой, в анамнезе которых аборт разной давности (от двух месяцев до 15 лет). Жалобы: упадок сил, негативное мышление и страх за жизнь, страх болезни. У трёх женщин в анамнезе онкологические заболевания (удалены матка и придатки).

Что происходит с женщиной после аборта? Кто-то скажет: «Ничего, жизнь идёт своим чередом»... На самом деле, аборт ложится шрамом на душу и тело женщины и тех близких людей, которые её окружают. Даже если на первый взгляд все хорошо, боль и страх «уходят» в зону бессознательного и оттуда начинают действовать. Это не значит, что происходит катастрофа мирового порядка, а значит, что тело «само» начинает реагировать. У кого-то панические атаки, у кого-то заболевание по женской части. Организм как бы говорит: «Хочу ребёнка», а сознание: «Не сейчас... Потом когда-нибудь». Вот и получаются «пустышки» в виде опухолей, миом и т.д. Вроде женщина чем-то наполнена, но это что-то не жизнеспособно и даже для неё губительно.

Статистика и анализ, которые ведут консультанты, показывают, что часто женщину на аборт подталкивает не только материальная нужда.

Причины такие:

1. Нежелание близкого окружения (в первую очередь, мужчины) взять на себя ответственность за произошедшее и убедить женщину от такого насилия над собой и ребёнком.

2. Нежелание женщины и её семьи поступиться кусочком комфорта ради ребёнка (приоритет других ценностей).

Когда женщина беременеет, физиология её нервной системы начинает работать таким образом, чтобы с самых первых дней развивалась привязанность к ребёнку. Это эволюционные механизмы, подкреплённые влиянием гормонов, сохраняющих беременность. В то же время могут появиться различные сложные жизненные обстоятельства, которые идут вразрез с этими изменениями. Это могут быть сложные взаимоотношения внутри пары, карьерные интересы, бытовые сложности и ещё много различных обстоятельств. И сложившиеся обстоятельства подталкивают женщину сделать аборт. Таким образом, её глубокие материнские чувства вступают в конфликт с действительностью. И семена постабортного стресса сеются ещё на стадии принятия решения.

Получается, что постабортный синдром — отражение беспокойного состояния в момент аборта.

Что же делать? Необходимо, прежде всего, формировать положительный образ семьи уже в детском возрасте.

Достаточно вспомнить, как раньше дети играли в куклы. Причём в игре участвовали и девочки, и мальчики. Что сейчас? Дети играют в развивающие игры. Что они развивают? Они развивают рациональную часть мышления. При этом эмоциональная часть оказывается недоразвитой. Они начинают чувствовать радость победы от достижения цели. При этом утрачивается радость единства. Конечно, чувство индивидуализма очень важно, но в семье кроме слова «Я», должно быть слово «Мы». Особенно это важно при воспитании ребёнка. Когда ребёнок ещё младенец, слово «Я» вообще растворяется в «Мы», так как младенец зависим от матери. Готова ли к этому современ-

менная мама? Кто-то да, но, к сожалению многие нет. Отсюда и возникает конфликт интересов. Взрослый побеждает ребёнка.

В период после аборта женщина уже не верит в то, что она нежная и мягкая, способная любить и воспитывать, уже полагает, что не заслуживает настоящей любви. Причём говорить о любви она может, но верить — нет. Тем не менее, старается быть женственной или, наоборот, считает, что для неё невозможно быть снова нежной, и очень часто становится жёсткой и агрессивной.

Женщина по своей природе призвана быть матерью. Способность вырастить в себе новую жизнь даёт полноту и ценность женской душе. Даже если на уровне рассудка женщина считает аборт допустимым и неизбежным, в глубине души он вызывает у неё чувство сильной боли, вины, невозможной утраты. Даже сознательное решение в пользу аборта сосуществует с полным его отрицанием в подсознании. Это проявляется в ощущениях пустоты, утраты, скорби и постоянной ноющей душевной боли — и это только в начальный постабортный период. С одной стороны, это влияние гормонов. Во время беременности гормоны обуславливают в организме женщины сильные физиологические изменения, а прекращение беременности ведёт к гормональному срыву. С другой стороны, в большинстве своём женщины после аборта становятся апатичными, боязливыми, напряжёнными, впечатлительными и усталыми, после аборта многие часто впадают в депрессию, а некоторые в психоз.

Можно ли как то предупредить необратимые последствия решения сделать аборт и развитие постабортного синдрома?

В декабре 2014 года в Беларуси закон о здравоохранении вышел в новой редакции, в частности, одна из поправок была посвящена организации предабортного консультирования. «В организациях здравоохранения должны быть созданы условия и обеспечено проведение предабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за искусственным прерыванием беременности», говорится в документе.

На данный момент в качестве профилактики ПАС, в каждой консультации города проводят доабортную консультацию

(ДАК), которую проводят врачи кабинета «Планирования семьи» и психологи. Женщину к психологу, направляет врач.

За 2019 год на ДАК обратились 33 женщины, из них 11 решили сохранить беременность. ДАК — это ещё один способ профилактики, и даже предотвращения постабортного синдрома. Это не способ убеждения, что «женщина должна рожать», а способ ещё раз поговорить на эту тему и осознать возможную неотрефлексированную потребность женщины в том или ином решении.

Таким образом, можно отметить, что профилактика аборт в системе здравоохранения даёт положительные результаты. Женщины, которые сделали осознанный выбор в пользу жизни, выбрали путь, который не повлечёт за собой тяжёлые последствия разрушающие женщину и её семью.

Литература

1. Пултавская В., Психологические последствия прерывания беременности. Москва, 2002. — 44 с.
2. Бондаревская Р., Прерванная жизнь. Аборт. Раскаяние. Исцеление. Никя, 2017 г. — 130 с.

PALLIATIVE MEDICINE

Chris Harris

Colombo (Sri Lanka)

Palliative care is considered as a type of health care which focused on reducing the severity of disease symptoms and to relieve pain. In addition according to Florence Nightingale to use the word nursing as is very essentials of but unknown (McEwen & Wills, 2007). Palliative care is very important aspect for the patients and their families especially who suffer from pain, which can leads them enjoy the life easily without suffering until they died (Becker, 2010).

The World Health Organization recently describes palliative care as “an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threaten-

ing illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual" (WHO, 2010).

Palliative care goals are much more than comfort in dying and focusing on relief from physical and psychological suffering, provide psychological and spiritual care and support family by rehabilitate the individual's (Lugton, 2009).

Teamwork in palliative care is very important, and the team consists including of doctors, nurses, social worker, physiotherapist, pharmacist, dietitian and the patient is an essential of the team as well their family. The priority of this team is to provide as much as possible quality of life for the patient. Each member need to contribute in the decision making, as well as teamwork based on three effects; good communication, leadership and coordination (Lugton, 2009).

Symptoms management is an essential corner of palliative care regardless of other symptoms such as physical, psychological, social or spiritual. The role of symptoms management is centered on patients and their families to provide a good quality of life through teamwork and communication with patients and their families. Specifically the role of the nurse must have a broad knowledge in medicine and nursing in order to be ready to provide care for patients and their families in palliative care, however, should be to show kindness and compassion and patience (Becker, 2010).

The role of nurse in palliative care

The relationship between Nurse and patient the is the therapeutic relationship in order to be successful the relationship must be a presence the partnership, familiarity and mutuality come together in curative encounter between nurse and patient (Lugton, 2009). The role of nursing in palliative care plays an important role in the teamwork as it is in the individual and group which patient and family. To offer an important role in Supportive care which can helps the patient and family to cope with their condition and treatment process from pre-diagnosis, passing through diagnosis and treatment, to the cure, continuing illness and death. This helps the patient to get the most benefits of treatment and to live with the

effects of the illness (NCPC, 2009). The nursing role includes relief physical and psychological suffering, treatment of pain, and treatment of associated symptoms, relief psychological pain and social isolation and rehabilitation to achieve a good quality of life to and die in comfortable situation (Lugton, 2009).

Quality of life (QOL)

Quality of life is defined as: "The product of the interplay among social, health, economic and environmental conditions which affect human and social development" (Sirgy, Rahtz&Lee, 2004). Also the quality of life (QOL) can be defined in several ways, since the illness and its treatment affect the psychological, social and economic wellbeing, as well as the individual's biological integrity, so any definition should allow the individual components to be delineated. The impact of QOL will determined by allow of different disease states and interventions on overall or specific aspects. Moreover the approaches of quality of life within the health care field usually focus on illness and disability, with an inadequate attention to environmental factors of health and welfare. This considered as the components and determinants according to the quality of life profile. There are two types of quality of life.

1. Health-related quality of life (HRQOL)

Related to health directly affected by changes in health. HRQOL aspect are improve when the physician dealing with patient in a successful manner, by providing necessary health care and follow-up daily, and alter the medication or treatment. HRQOL include symptom states (e.g. allergy, pain), mental health or emotional wellbeing (e.g. depressive symptoms), social engagement and functional status.

2. Non health or environment-based quality of life (Non-health-related QOL)

Non-health-related QOL are including: the personal resources (e.g. the capacity to form friendships) and the natural and the created environment (e.g. economic resources, water and housing).

Although the non-health-related QOL can affect to HRQOL with that non-health-related QOL is not related to health, but HOW? That is because the components of non-health related QOL for example (environment resources or personal resources) could

be affect on results of HRQOL, such as (functional status, mental health or emotional wellbeing) (Medicine Encyclopedia, 2010).

Quality of life Measurement as a general Quality of End-of-Life Care Questionnaire (QEOLC)

To assess the skills of the physician whose dealing with special group of patients with life limiting illnesses such as cancer, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and acquired immune deficiency syndrome, at end-of- life care using and the family members who had lost a loved one, nurses and physicians with expertise in end of life care based on conceptual model. Which identifies five domains of physician skills; communication, symptom, affective, patient centered values, and patient centered systems. And to using this model, the QEOLC was developed. (Engelberg et al, 2010).

The palliative care can be used to relief from suffering in many cases (e.g. cancer, COPD and HIV) and let the patient to die in comfortable condition. For Example: the patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease COPD. Certainly he has difficulty in breathing, fatigue, frustrated and suffering from pain, and the pain has a major effect on the psychological state such as depression, anxiety, fears. So, we can provide the palliative care by: the most important element of palliative care which is the physical support where include providing personal hygiene, control the pain and relieve the difficulty of breathing, healthy nutrition and elimination.

Depression, anxiety, fears and psychological problems suffering by the patient because of his condition which its need to psychological support.

Promote spiritual support through discussion on his religion, faith and belief. Also encourage and support the patient to live of daily life in comfortably and let him look to the future with optimism. And provide full assistance for the practice of his rituals and spiritual beliefs.

Family support by showing compassion and sympathy and provide the advice to them and urged them to lift the morale of the patient through the presence near of him and beside him also encourage them to coexistence with situation of the patient. In addition the family support has a major impact on the psyche of the patient.

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КАК ВЫРАЖЕНИЕ ГУМАННЫХ ЦЕЛЕЙ БИОЭТИКИ

*Е. Л. Богдан, заместитель министра здравоохранения
Республики Беларусь,*

*Н. Г. Наркевич, главный врач ГУ «Больница паллиативного ухода
«Хоспис», главный внештатный специалист по паллиативной
медицинской помощи Министерства здравоохранения
Республики Беларусь,*

*Т. В. Ясюля, гл. специалист Главного управления организации
медпомощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц
Министерства здравоохранения Республики Беларусь*
г. Минск (Беларусь)

Даже при высоком уровне развития медицины некоторые хронические болезни лечению всё же не поддаются. Вместе с тем, в любой ситуации медицинские работники помогают пациентам: снимают болевые приступы, оказывают психологическую поддержку, несколько улучшают самочувствие.

Такая помощь называется паллиативной, подразумевает особую философию лечения, в центре которой не болезнь, а человек. Паллиативная помощь позволяет повысить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся со смертельными заболеваниями, она основывается на комплексном подходе и предусматривает предупреждение и облегчение страданий за счёт раннего выявления, корректной оценки и лечения болевого синдрома, а также решения других проблем — будь то проблемы физического, психологического и духовного характера.

Общепризнанным фактом является то, что с учётом старения населения, по мере того как растёт число пожилых людей с комплексными проблемами здоровья, потребность в паллиативной помощи будет только возрастать. По данным Всемирной организации здравоохранения, по всему миру паллиативную помощь получают лишь 14% людей, нуждающихся в ней.

Являясь относительно новым компонентом современной медицины, паллиативная помощь получает всё большее при-

знание. В республике она имеет почти 30-летнюю историю и выделена в отдельный вид медицинской помощи. Этот вид медицинской помощи признаётся неотъемлемой частью права человека на здоровье.

Именно в этом разделе медицины раскрываются во всей полноте принципы биомедицинской этики, так как оказание медицинской помощи, общение с пациентом в терминальной стадии заболевания и его родными является важной составляющей паллиативной помощи.

В идеальной ситуации услуги паллиативной помощи должны предоставляться с момента постановки диагноза и учитывать растущие потребности пациентов и их семей по мере прогрессирования заболевания. Паллиативная помощь может применяться на самых ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами лечения — химиотерапией или лучевой терапией — и должна включать обследования, необходимые для выявления и обеспечения отклика на возможные клинические осложнения, причиняющие страдания.

Задача паллиативной помощи — не ускорить или отдалить смерть, а повысить качество жизни человека; при этом, иногда, она может положительно повлиять на течение заболевания и выживаемость. Паллиативная помощь, оказываемая на раннем этапе, также сокращает количество случаев ненужной госпитализации и обращений в лечебные учреждения.

В настоящее время паллиативная медицинская помощь осуществляется в соответствии с идеями концепции качества жизни и предполагает использование, в соответствии с конкретной ситуацией, экстраординарных и ординарных средств медицинской помощи. Сегодня применение экстраординарных медицинских средств эксперты ВОЗ и Римско-католическая Церковь (в лице Папы Пия XII) признали нецелесообразным в случаях, когда пациент находится в терминальном состоянии. Это новое понимание гуманного отношения к умирающему пациенту — не использовать имеющиеся в арсенале медицины методы и средства для продления процесса умирания человека, которое, как правило, сопровождается физическими и душевными страданиями. Оказание паллиативной помощи не

должно оттягивать наступление смерти умирающего человека.

Считается, что выбор между ординарными и экстраординарными мерами медицинской помощи должен осуществляться в соответствии с принципом пропорциональности, согласно которому польза от медицинского вмешательства для больного должна превышать степень причиняемого при этом вреда. Концепция разграничения ординарного и экстраординарного лечения лежит в основе философии современной паллиативной медицины, призванной способствовать реализации права человека на достойную смерть. Прежняя тактика ведения умирающих пациентов (продления их жизни во что бы то ни стало), конечно, если речь идёт о безусловно безнадежных случаях, теперь трактуется как унижительное для пациентов, бессмысленное пролонгирование умирания, превращение участи тех, кому выпал «ужасный конец», в «ужас без конца».

Этическая максима безусловного уважения жизни пациента в паллиативной медицине приобретает следующий вид: если невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, если пациент обречён, качество жизни становится более важным, чем её продолжительность. При данном подходе решение о том, что важнее для пациента — продолжение его жизни вообще или продолжение жизни определённого качества — решает фактически не сам человек, а кто-то другой за него. В связи с этим возникает вопрос о праве этого другого (врача, родственников) на такое решение.

В 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке и активной поддерживающей терапии дал системное определение понятия «паллиативное лечение»: паллиативное лечение поддерживает у больного стремление к жизни, рассматривает смерть как естественный процесс; не торопит смерть, но и не оттягивает её наступление; обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов; включает психологическую и духовную поддержку больного; предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой его смерти; предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни, а также после его кончины. В своём до-

кладе эксперты ВОЗ отметили также, что «...агрессивное под-
держание жизни по неприемлемой для больного цене нельзя
считать правильным».

В католической Хартии работников здравоохранения, при-
нятой Папским Советом по апостольству для работников здра-
воохранения в 1994 г. в разделе «Умирание» сказано: «При
неизбежности и неминуемости смерти, несмотря на все упо-
треблённые средства, дозвоительно принять по совести ре-
шение об отказе от лечения, которое обеспечивало бы только
хрупкое и тяжкое продление жизни, однако, не прерывая при
этом нормальные виды лечения...».

Таким образом, этической нормой провозглашено оказы-
вать медицинскую помощь умирающему пациенту в соответ-
ствии с его интересами, что означает оказание её в разумных
пределах, не препятствуя естественным процессам жизни и
смерти. Продление жизни терминального пациента при помо-
щи современных реанимационных средств признано не бла-
гом для пациента, а вредом. Если медицина не может избавить
человека от смерти и процесс умирания уже начался, то негу-
манно его затягивать при помощи современных медицинских
технологий.

Основываясь на положениях отечественных и международ-
ных этико-правовых документов, можно в обобщённом виде
выделить следующие этические нормы деятельности медра-
ботников по оказанию медицинской помощи умирающим и на-
ходящимся в критическом состоянии пациентам:

- медицинский работник должен облегчать страдания умирающего всеми доступными и разрешёнными способами, независимо от медицинского прогноза исхода болезни;
- медицинский работник не должен прекращать лечебных действий у постели умирающего пациента до тех пор, пока пациент добровольно не выразит своего компетентного информированного решения о прекращении проведения у него активной лечебной терапии и перехода на паллиативную помощь или отказ от лечения вообще. Пациент не только должен получить полную, достоверную информацию о своём заболевании, проводимом лечении и вероятном про-

гнозе в доступной для него форме, но он должен и психологически принять факт приближающейся смерти. Пациент имеет право использовать оставшееся время своей жизни по своему усмотрению (подвести итог в своих делах, изменить режим питания, отказаться от какого-то вида лечения и т.д.);

– изменения в тактике лечения могут проводиться без согласия пациента только в том случае, если он находится в коматозном, персистирующем вегетативном состоянии или имеет такие изменения психики, которые не позволяют ему принимать самостоятельные компетентные решения.

Для иллюстрации важности оказания паллиативной помощи приведём данные проведённого в США в 2006 г. опроса 988 тяжёлобольных, находящихся дома или в больницах: 60% из них, поначалу, выказывали желание подвергнуться эвтаназии, однако, когда их поместили в хосписы, этот процент снизился до 10. Данные этого опроса подтверждают мнение о том, что желание умереть у пациентов с тяжёлыми, причиняющими страдания неизлечимыми заболеваниями, связано с отказом от именно такой жизни, а не от жизни вообще. Поэтому единственной альтернативой эвтаназии является организация хосписов и предоставление качественной паллиативной помощи.

В 1994 году в Республике Беларусь зарегистрировано ОБО «Белорусский детский хоспис». В 2005 году в г. Минске начало функционировать первое государственное учреждение «Больница паллиативного ухода «Хоспис» для взрослого населения. С этого момента паллиативная медицинская помощь получила своё дальнейшее развитие во всех остальных регионах Республики Беларусь.

В 2014 году термин «паллиативная медицинская помощь» впервые был внесён в новую редакцию Закона о здравоохранении Республики Беларусь как один из видов медицинской помощи

В настоящее время в 33 организациях здравоохранения осуществляется оказание паллиативной медицинской помощи, из них в 23 учреждениях здравоохранения развёрнуты 463 круглосуточные стационарные койки и 18 коек дневного пребывания

ния. Функционирует 15 кабинетов паллиативной медицинской помощи. Организована работа 10 выездных патронажных служб для оказания паллиативной медицинской помощи на дому.

Паллиативная медицинская помощь в Республике Беларусь организована на всех уровнях. Вместе с тем организаций здравоохранения, оказывающих специализированную паллиативную медицинскую помощь (хосписов), имеющих статус юридического лица, в Республике Беларусь только две — в г. Минске и в г. Бресте.

В настоящее время разработана нормативная правовая база, регулирующая оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе протоколы лечения хронической боли у пациентов с онкологической и неонкологической патологией.

Число пациентов, поступивших под опеку служб паллиативной медицинской помощи, на протяжении последних лет неуклонно растёт и составило в 2018 году 15 918 человек. Около 90% охваченных паллиативной медицинской помощью взрослых — это пациенты с онкологической патологией.

Согласно рекомендациям ВОЗ число нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, независимо от нозологии заболевания, составляет 377 на 100 000 населения старше 15 лет. По оценочным данным число нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в нашей стране реально составляет более 75 тыс. человек.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ, ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ

В. Ю. Земко

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Ю. Ю. Земко

УЗ «Минский городской клинический онкодиспансер»

г. Витебск (Беларусь)

Паллиативная медицинская помощь — междисциплинарная область здравоохранения, задача которой улучшать качество жизни пациентов с различными нозологическими

формами хронических заболеваний, преимущественно в терминальной стадии развития. Главный принцип: от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжёлым это заболевание не было, какие бы средства не были бы использованы на его лечение, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Если нет способа остановить прогрессирование основного заболевания, нельзя говорить пациенту, что «больше ничего нельзя сделать». Это никогда не бывает абсолютной истиной и может выглядеть как отказ от оказания помощи. В такой ситуации нужно оказывать психологическую поддержку и контролировать патологические симптомы. Паллиативная помощь не допускает эвтаназию при посредничестве врача. Просьба об эвтаназии или содействии самоубийству обычно свидетельствует о необходимости улучшения ухода и симптоматического лечения больного, большинство которых лица пожилого и старческого возраста.

Проблема старения населения актуальна для многих развитых стран мира и для Беларуси, где в последние годы увеличивается доля пожилых людей в общей структуре населения. По оценочным данным, к 2050 г. численность людей старше 60 лет удвоится: в развивающихся странах — с 10% до 20%, в развитых — с 18% до 35%. Прогнозы показывают, что к 2020 г. основной причиной смерти людей старше 60 лет будут хронические заболевания, из которых 5 сформируют основную группу: ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения, онкологическая патология (преимущественно рак лёгкого), хронические респираторные заболевания, инфекции нижних дыхательных путей.

Несмотря на индивидуальные различия, многие симптомы и расстройства у больных в течение последнего года жизни одни и те же. Общими являются следующие проблемы: необходимость поддерживать общение с близкими и медицинскими работниками, необходимость противостоять развивающейся инвалидизации, боли, тревоге и депрессии. Члены семей больных и лица, ухаживающие за ними, зачастую нуждаются в посто-

ронней помощи как для осуществления ухода за больными, так и для того, чтобы справиться с тревогой и депрессией.

Каждый год в мире умирает 52 млн. человек. Ежегодно около 5 млн. от рака. К этому числу можно добавить умирающих от генетических и др. заболеваний, при которых требуется специализированная помощь. В многочисленных исследованиях отмечено, что как в развитых, так и в развивающихся странах многие больные живут и умирают в неоправданных страданиях, без адекватного лечения боли и других патологических симптомов, без решения психосоциальных проблем и удовлетворения духовных запросов, зачастую в состоянии постоянного страха и одиночества. Эти страдания можно предотвратить или облегчить с помощью паллиативной медицины. Декларация ВОЗ 1990 г. и Барселонская декларация 1996 г. призывают все государства мира включить паллиативную медицину в национальные системы здравоохранения.

Облегчение страданий — это этический долг медицинских работников. Каждый пациент с активным прогрессирующим заболеванием, приближающийся к смертельному исходу, имеет право на паллиативную помощь. Целью паллиативной медицины является максимальное повышение качества жизни пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни, не предусматривающее ускорение или отдаление смертельного исхода. Активная форма и прогрессирующий характер заболевания подтверждаются или оцениваются с помощью объективных клинических критериев и исследований. Поздние стадии заболевания труднее поддаются чёткому определению, примерами могут служить обширное метастазирование злокачественных опухолей, рефрактерная сердечная недостаточность, и др.

Понятно, что основная роль отводится медицинским работникам при ведении пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Они должны организовать и обеспечить заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учёт культурных особенностей и права выбора места пребывания. Это

означает: выражение сочувствия и сострадания, внимание ко всем нуждам больного, помощь в решении любых проблем, встающих перед больными, подход к каждому пациенту как к личности, а не как к «клиническому случаю», уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов больного, учёт пожеланий пациента при выборе места пребывания. Лечение и забота складываются из свободного общения, качественного ухода, непрерывной адекватной всесторонней медицинской помощи, предотвращения кризисов, систематической оценки состояния пациента и помощи его близким. Это требует партнёрских взаимоотношений в ходе лечения с больными, лечения в соответствии со стадией заболевания и прогнозом, избегающего излишних инвазивных вмешательств, качественной помощи врачей, медсестёр, волонтеров и других в уходе в соответствии с обстоятельствами и имеющимися возможностями, всестороннего внимания ко всем аспектам состояния больного, обеспечиваемого междисциплинарной бригадой специалистов, недопущения резких, непредвиденных и неоправданных изменений в ходе лечения, координации работы комплексной бригады специалистов для оказания оптимальной помощи.

Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом, и во многом зависит от родственников паллиативных пациентов. Готовы ли они принять и понять сущность заболевания близкого родственника, нуждающегося в паллиативной помощи, создать условия по месту жительства таких пациентов. В первую очередь, обеспечить соответствующий уход, заботливое отношение, не перекладывая эти вопросы на стационарные медицинские учреждения. К сожалению, нередко в реальной жизни, родственники доставляют в стационарные медицинские учреждения пациентов, нуждающихся в уходе, в терминальной стадии. В это время для таких пациентов исключительно важно поддерживать общение с близкими, противостоять боли, тревоге и депрессии.

Проведено анкетирование 25 родственников пациентов умерших в первом полугодии 2019 года от онкозаболеваний в

терминальной стадии, наблюдавшихся в Минском городском онкодиспансере. Из 25 отказались от анкетирования 9 человек. Согласились — 16. Из них 9 человек вынуждены были доставить родственников в последний месяц жизни в стационарные учреждения, так как считали, что им ещё можно было помочь, 7 человек в последний месяц жизни часто вызывали скорую медицинскую помощь, чтобы облегчить страдания родственников. В г. Витебске проведено анкетирование 25 родственников инвалидов 1-й группы с хроническими терапевтическими заболеваниями в терминальной стадии, которые умерли в первом полугодии 2019 года. Из 25 отказались от анкетирования 6 человек, согласились — 19 человек. Из них родственники доставили 9 пациентов в стационарные медицинские учреждения, где они и умерли. К 10 пациентам в последний месяц вызывали скорую медицинскую помощь ежедневно или через день.

В любом государстве необходимо разработать собственную модель паллиативной помощи, взяв на вооружение опыт и знания, накопленные в развитых странах. В Республики Беларусь издан приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.11.2019 № 1314 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», регулирующий паллиативную медицинскую помощь. Вместе с тем решать эти вопросы должны не только медицинские работники, но и социальные служащие, волонтеры, духовенство и другие общественные организации. Необходимо создавать общества паллиативной помощи, с учётом нозологических форм заболеваний и последствий травм, где родственники могут получить необходимые сведения, в том числе по телефону и через социальные сети. Есть потребность принять Закон о паллиативной помощи взрослому населению в Республике Беларусь.

ОБ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*О. А. Федчук, ст. преподаватель,
Н. Н. Семёнова, ст. преподаватель,
Е. В. Цыбульская, преподаватель*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Ежегодно в мире умирают миллионы людей, при этом большинство от онкологических заболеваний, СПИДа и других заболеваний, при которых требуется специализированная помощь. Недопустимо, чтобы люди с неизлечимым заболеванием жили и умирали в неоправданных страданиях, без адекватного лечения боли, без решения психосоциальных проблем, в состоянии постоянного страха и одиночества.

Основным законодательным актом в сфере охраны здоровья — Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» — установлены виды медицинской помощи, оказываемые медицинскими организациями, к которым относится и паллиативная медицинская помощь. Паллиативная медицинская помощь представляет собой вид медицинской помощи, которая оказывается при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента [1].

Оказание паллиативной помощи осуществляется в стационарных и амбулаторных условиях, а также в условиях отделения дневного пребывания и вне организаций здравоохранения.

К основным принципам паллиативной медицинской помощи относятся:

– доступность паллиативной медицинской помощи;

– непрерывность мероприятий паллиативной медицинской помощи;

– избавление от боли и облегчение других проявлений заболевания;

– индивидуальный подход;

– комплексный подход.

Основной целью паллиативной медицинской помощи является достижение, насколько это возможно, наилучшего качества жизни пациента. Качество жизни (ВОЗ) — это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей данного индивидуума, его планов, возможностей, степени общего неустройства.

Исходя из указанной цели, можно выделить задачи паллиативной помощи:

– адекватное обезболивание и купирование других тяжёлых симптомов заболевания;

– психологическая поддержка больного и его родственников, ухаживающих за ним;

– выработка отношения к смерти, как к закономерному этапу жизненного пути человека;

– решение социально-юридических и этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека.

Важной составляющей в оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях (в т. ч. на дому) является доступность для пациента обезболивающих, в том числе наркотических препаратов, т.е. соблюдение права пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием, доступными методами и лекарственными препаратами.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться как взрослому населению, так и детям.

Перевод больного ребёнка в группу паллиативной медицинской помощи или вывод ребёнка из данной группы по результатам оценки динамики заболевания и его прогноза осуществляется врачебным консилиумом государственной организации здравоохранения, которая оказывает ему медицин-

скую помощь [2]. Решение консилиума доводится до сведения родителей (законных представителей) в устной форме в порядке беседы.

Паллиативная медицинская помощь направлена на повышение качества жизни пациента, несмотря на предполагаемую непродолжительную жизнь. Независимо от тяжести заболевания, переносимых пациентом страданий, используемых методов лечения, всегда необходимо прилагать усилия для избавления от боли и облегчения других проявлений заболеваний.

Литература

1. «О здравоохранении: Закон Республики Беларусь» [Электронный ресурс]. — Национальный интернет-портал Республики Беларусь. — Режим доступа: pravo.by. — Дата доступа 11.11.2019.

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.04.2019 № 403 «О некоторых вопросах оказания паллиативной медицинской помощи детям» [Электронный ресурс] / Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. — Минск, 2011. — Режим доступа: <http://www.pravo.by/>. — Дата доступа: 11.11.2019.

3. «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи» / Постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь 24 декабря 2014 г. № 107 [Электронный ресурс] / Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. — Минск, 2019. — Режим доступа: <http://www.pravo.by/>. — Дата доступа: 11.11.2019.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

М. А. Трофимова

УО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность темы паллиативной помощи в том, что, к сожалению, процент неизлечимо больных пациентов в мире растёт. Паллиативная медицина — область здравоохранения, которая призвана улучшать качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний, преиму-

щественно в терминальной стадии развития, в тех ситуациях, когда исчерпаны или ограничены возможности специализированного лечения. Основным принципом паллиативной помощи является то, что независимо от того, с каким бы тяжёлым заболеванием не столкнулся пациент, какие бы средства не использовались для его лечения, всегда есть способ улучшить качество жизни пациента в оставшиеся дни. Обычно ограничение продолжительности жизни предполагает ожидаемый срок жизни менее года, а чаще менее 6 месяцев.

Паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением), второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. С точки зрения паллиативной медицины смерть рассматривается как естественный процесс; эвтаназия и самоубийство при посредничестве врача недопустимы. Просьба об эвтаназии или содействии самоубийству свидетельствует о необходимости улучшения ухода и лечения больного. При качественной, всесторонней и развитой паллиативной помощи пациенты не должны испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых чаще всего и возникают подобные просьбы.

Наряду с развитием паллиативной помощи взрослым пациентам происходит развитие паллиативной помощи и детскому населению. В некоторых странах паллиативная помощь детям формируется в качестве самостоятельной медицинской специальности. В Республике Беларусь существует центр, специализирующийся на помощи детям — Государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям». Центр начал свою работу 15 августа 2016 года. Совместно с благотворительной организацией «Белорусский детский хоспис» он оказывает помощь тяжело больным детям, с каждым годом повышая эффективность оказания паллиативной помощи детям в Республике Беларусь.

Согласно статистике Всемирной Организации Здравоохранения, дети имеют недостаточный доступ к паллиативной помощи: по сравнению со взрослыми людьми они с большей ве-

роятностью не получают надлежащего облегчения боли. 98% детей, нуждающихся в паллиативной помощи, живут в странах с низким и средним уровнем дохода, а почти половина из них — в Африке.

Паллиативная помощь детям основана на тех же принципах, что и паллиативная помощь взрослым, но у неё есть свои особенности. Заболеваемость детей онкологическими заболеваниями значительно ниже, но дети в раннем возрасте страдают от тяжелых аномалий и пороков развития, генетических заболеваний, ряда хронических прогрессирующих заболеваний (например, муковисцидоз, миодистрофию и пр.).

В настоящее время в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) существует около 600 диагнозов, которые определены в паллиативной помощи как заболевания, ограничивающие жизнь. Из них злокачественные заболевания составляют не более 5-10%. Оставшуюся часть составляют заболевания нервной системы, нейродегенеративные, метаболические заболевания, хромосомные и пр.

Паллиативная помощь детям в РФ осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения от 04.04.2019 г. № 403 «О некоторых вопросах оказания паллиативной медицинской помощи детям». Согласно ему выделяют следующие группы детей, нуждающихся в паллиативной помощи:

1 группа (краткосрочная паллиативная медицинская помощь) — дети с тяжёлыми, угрожающими жизни состояниями или ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, в терминальной стадии (например, с онкологическими заболеваниями).

2 группа (долгосрочная паллиативная медицинская помощь) — дети с ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, имеющими разную степень прогрессирования, при которых преждевременная смерть неизбежна, но прогнозируется в относительно отдаленном периоде при условии проведения паллиативных мероприятий (генетические заболевания, тяжёлые неврологические заболевания и другие).

3 группа — дети с угрожающими жизни состояниями или ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями,

имеющими неопределенный прогноз, в том числе, с возможностью восстановления функций (последствия черепно-мозговой травмы, врождённые пороки развития и другие).

Необходимо понимать различие между понятиями «состояния, приводящие к преждевременной смерти» и «угрожающие жизни состояния».

Состояния, приводящие к преждевременной смерти — состояния, при которых нет обоснованной надежды на излечение и от которых ребёнок/подросток погибнет или в возрасте до 40 лет, или до смерти его родителей (в соответствии с определением Ассоциации поддержки детей с угрожающими жизни и терминальными состояниями и их семей, Королевский колледж педиатрии и детского здоровья). При ряде таких заболеваний наступает прогрессивное ухудшение состояния ребёнка, приводящее его к полной зависимости от родителей или опекунов.

Угрожающие жизни состояния — состояния, при которых существует высокий риск летального исхода; радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не даёт результатов. В эту группу не входят дети, находящиеся в длительной ремиссии или после удачно проведённого радикального лечения.

Паллиативная помощь детям развивается самостоятельно и формируется в самостоятельную медицинскую специальность, что требует специальной подготовки врачей, медицинских сестёр и психологов, специалистов по социальной работе и педагогов для работы с этой особой группой больных. В некоторых странах существуют сертификационные курсы по паллиативной медицине, например, в Великобритании, США и Австралии, а в программу обучения студентов-медиков входит раздел паллиативной помощи.

Паллиативная помощь является неотъемлемой частью медицинской помощи нуждающимся в ней пациентам. Важнейшим условием для эффективной работы паллиативной и хосписной помощи является тщательный отбор квалифицированного персонала и постоянный процесс обучения.

Литература

1. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ, Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/383463/palliative-care-guide-rus.pdf?ua=1.
2. Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://palliativ.by/>.
3. Особенности хосписной и паллиативной медицины в педиатрии / Леветаун М., Фраждер Г. — Минск, 2008. — 90с.

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Н. Г. Харкевич, д-р мед. наук, профессор,
М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор,
А. А. Буйнов, ст. преподаватель*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

*Л. Я. Ермолова, врач УЗ «Витебская областная
клиническая больница»*

г. Витебск (Беларусь)

По определению ВОЗ, паллиативная помощь — активная всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием. Её основными задачами являются: купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и других проблем. Цель паллиативной помощи — достижение наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

По данным ВОЗ, потребность в паллиативной помощи только для детей в целом мире составляет 63 случая на каждые 100 000 населения младше 15 лет [1].

Согласно многочисленным исследованиям, как в развитых, так и в развивающихся странах многие пациенты с онкологией живут и умирают в неоправданных страданиях, без адекватного лечения боли и других патологических симптомов. Эти страдания можно предотвратить или облегчить с помощью паллиативной медицины [2].

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) является составной частью паллиативной помощи и признана мировым медицинским сообществом особым видом медпомощи лицам, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни прогрессирующими заболеваниями, с целью повышения качества их жизни [3].

В Республике Беларусь ПМП является востребованным видом медицинской деятельности. Созданы предпосылки для дальнейшего формирования и развития системы паллиативной помощи, обеспечивающей качество жизни пациентам, страдающим неизлечимыми заболеваниями: организована работа хосписов и структурных подразделений паллиативной медпомощи, разработана программа курсов повышения квалификации по паллиативной медицине для врачей и медсестёр.

Паллиативная помощь — это активная помощь больным, которые находятся на поздней стадии прогрессирующего неизлечимого заболевания. Это концепция ухода за неизлечимо больными пациентами, призванная повысить качество жизни пациента и его родных, столкнувшихся с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Помощь заключается в мерах, направленных на предотвращение и облегчение страданий посредством раннего выявления, точной оценки, лечения боли, других симптомов и прочих физических, психо-социальных и духовных проблем (определение ВОЗ).

Потребность в паллиативной медицине огромна.

Развитие паллиативной медицины и современное хосписное движение началось в Англии в 1960-х годах с оказания помощи онкологическим больным. Однако потребность в паллиативной медицине ещё выше в странах с ограниченными ресурсами, так как излечение там зачастую невозможно из-за позднего обращения к врачу и ограниченных возможностей лечения. Эпидемия ВИЧ-инфекции привлекла внимание к необходимости паллиативной медицины. Даже там, где доступна антиретровирусная терапия, пациенты всё ещё страдают от тяжёлых симптомов. Сознание того, что есть много больных, которым они не в силах помочь, может деморализующее действовать на работников здравоохранения.

В 2007 г. более 7 млн. человек умерло от рака и 2 млн. человек умерло от СПИДа. Более 70% онкологических больных или больных СПИДом испытывают сильную боль. В настоящее время 33 млн. человек по всему миру ВИЧ-инфицированы. По разным оценкам, базовая паллиативная медицина может помочь 100 млн. человек по всему миру.

Паллиативная медицина приносит пользу людям с различными заболеваниями. Она может помочь каждому пациенту с жизнеугрожающим заболеванием — молодому и старому, богатому или бедному, в больнице или на дому.

Существует три вида паллиативной помощи. Одной из форм её является хосписная помощь, основной целью которой является постоянная забота о пациенте как о личности. Хоспис помогает в решении всех проблем больного — начиная от снятия болевого синдрома до предоставления места для проживания и обеспечения других физических, эмоциональных, духовных и социальных потребностей человека в последние дни жизни, на обеспечение больному максимально комфортных условий в конце жизни.

Называются ещё и такие виды паллиативной помощи как терминальная и помощь выходного дня.

Паллиативная медицина признаёт тяжесть человеческих страданий и стремится облегчить их, но не признаёт правомерность эвтанази как средства прекращения страданий. Терминальные пациенты не должны подвергаться бесполезным медицинским вмешательствам. Поддержание жизни любой ценой неоправданно и этого нельзя требовать от врача. Врач не имеет права продлевать или растягивать процесс умирания. Ускорение смертельного исхода можно предвидеть, но нельзя стремиться к этому.

Во всём мире увеличивается потребность в паллиативной помощи детям. Самая большая потребность отмечается в возрастной группе до 1 года, самый высокий прирост регистрируется в группе подростков (16-19 лет).

Заключение. Паллиативное лечение — это лечебный подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом

заболевания, угрожающего жизни. Цель достигается путём облегчения и предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование боли и других тягостных симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи. Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента.

Паллиативная помощь должна быть оказана всем без исключения больным с неблагоприятным прогнозом для жизни.

Каждый пациент имеет право выбора, как и где получать помощь, паллиативное лечение должно осуществляться только с согласия пациента или его родственников. В процессе оказания паллиативной помощи к пациенту необходимо относиться с уважением и чуткостью, принимая во внимание его личные и религиозные ценности. Доброжелательное общение увеличивает эффективность паллиативного лечения.

Литература

1. Вайнилович Е. Г., Лёгкая Л. А., Горчакова А. Г., Бурькин П. С. Международные принципы организации паллиативной помощи детям // *Здравоохранение*: 2015. — № 5. — С. 22-27.

2. Приказ Комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 01.07.2010 г. № 394 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению г. Минска». — Минск, 2010.

3. Behalf of the ESMO Guidelines Working Group Management of Cancer Pain: ESMO clinical recommendations//<http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/1749-1065/>.

РОЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Н. В. Малик, канд. мед. наук, доцент кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней*

*Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)*

Нет ни одной мирной профессии, представители которой присягали бы на верность своему долгу. На самом деле, врач сродни воину: по окончании вуза он вступает в нелёгкую, пол-

ную неожиданностей борьбу за здоровье человека. Борьбу, требующую полной самоотдачи, самоотверженности, готовности рисковать ради спасения больного собственным здоровьем. Врач в этом клянётся. Клятва врача — традиция давняя, её связывают с именем Гиппократов. По-разному звучала клятва в разные времена, но неизменно её смысл: всегда быть готовым оказать помощь больному [1]. Клятва Гиппократов и в наше время остаётся основой медицинской этики.

Как не редко болезнь, тем более тяжёлая, делает самого сильного и рассудительного человека самым слабым и нерешительным, по-детски беспомощным. В его глазах врач — средоточие ума и силы, бодрости, уверенности в благополучном исходе заболевания. Больной хочет верить своему врачу, чувствовать его постоянное и искреннее желание оказать необходимую помощь.

Одной из серьёзных проблем, с которой сталкивается в своей практике семейный врач, являются некоторые хронические заболевания, приводящие к инвалидизации, вызывающие прогрессирующее нарушение функции организма, в результате чего пациент нуждается в постоянной посторонней помощи. К сожалению, некоторые хронические болезни не поддаются лечению (онкологическая, неврологическая патология). Но в любой ситуации врач помогает больному — купирует болевой синдром, оказывает психологическую поддержку. В таких случаях на помощь приходит паллиативная медицина, целью которой является оказание поддерживающих мероприятий в борьбе с тяжёлыми симптомами для улучшения качества жизни неизлечимо больного человека и его родственников[4].

Паллиативная помощь может оказываться в условиях хосписов или в домашних условиях. Отсутствие системности в наблюдении за неизлечимо больными пациентами, недостаточность гериатрического обслуживания, профилактической реабилитационной направленности; недостаточность социально-бытовой и психологической поддержки со стороны социальных структур и волонтерских организаций, отсутствие хосписов во многих регионах страны приводит к тому, что таких пациентов в домашних условиях наблюдают семейные врачи. Поэтому

обучение семейных врачей, а также членов семей ведению таких пациентов в амбулаторных условиях приобретает все большее значение.

Другая проблема в ведении больных долгосрочного наблюдения заключается в том, что пребывание пациента в условиях хосписа пугает многих, как самих пациентов, так и их родственников, и, тем более, посторонних людей. Родственники переживают, что об этом подумают окружающие и из-за этого часто испытывают чувство вины по отношению к своему близкому человеку. К сожалению, психология многих людей, сторонних обывателей, далека от критического понимания данной проблемы. Ничего не зная о паллиативном подходе ведения «лежачего» больного, они дают критическую оценку этому факту. Часто можно услышать осуждение окружающих в адрес семьи больного, что те хотят от больного человека избавиться, «спихнуть». Но люди должны быть информированы, им нужно рассказывать, что данное решение не принимается на ровном месте, это вынужденная ситуация. И для кого-то это просто является спасением. Пребывание в таком лечебном учреждении ни в коем случае не является полной изоляцией пациента от семьи, а наоборот, только в полном комплаенсе семьи и специально обученного медицинского персонала можно достигнуть положительных результатов [2].

Лечение пациентов долгосрочного наблюдения необходимо проводить в тесном сотрудничестве с самим пациентом и его семьей. В данной ситуации информирование пациентов и их родственников об особенностях данного заболевания и его лечения, дополнительных методах терапии и социальной поддержке, а также разъяснение необходимости планирования жизни и финансов, что связано с возможной недееспособностью пациента, является одним из главных условий их ведения и наблюдения врачом общей практики.

Паллиативная медицина касается не только смертельно больных, а всех, кто испытывает боль и страдания. Сегодня паллиативная медицина вышла за рамки онкологии и проникает во все сферы (детская и гериатрическая медицина) [7].

Паллиативная медицина должна включать как медикаментозную, так и психологическую поддержку пациента, которая должна быть направлена на коррекцию высокого уровня тревоги, страха, паники, депрессии и суицидальных мыслей. Очень важно, чтобы такие люди постоянно ощущали внимание к себе и заботу, особенно при пребывании не в домашних условиях [3, 6].

Поэтому, несмотря на все сложности, необходимо расширять систему хосписов, где больному будет оказана высококвалифицированная паллиативная помощь, где пациент не будет чувствовать себя покинутым, так как в домашних условиях эта задача остаётся во многом трудновыполнимой.

Литература

1. Гиппократ. Этика и общая медицина (Перевод с древнегреческого В. И. Руднева; под ред. С. Ю. Трохачева. — СПб.: Азбука, 2001. С. 5 — 28 (Личность. Труды. Гиппократовская этика).

2. Гоглова О. О. Этика взаимоотношений врача и пациента на этапах оказания медицинской помощи // Правовые вопросы в здравоохранении. — 2011. № 10. — С.106 — 112.

3. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. Ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — С.46-49.

4. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни. Методические рекомендации. / под ред. Мишина О. С., Москва. — 2016 г.

5. Принятие этических решений в контексте здравоохранения. Организация ухода на дому. — Санкт-Петербург. — 2009. — С. 5-41.

6. Психология и психотерапия семьи, 4-е издание. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Издательство «Питер», 2010 г. — С.80.

7. Хетагурова А. К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. — 2-ое изд. — М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. — С. 80.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Л. М. Пасиешвили, д-р мед. наук, проф.; зав. кафедрой общей практики — семейной медицины и внутренних болезней,
О. Н. Ковалева, д-р мед. наук, проф. кафедры общей практики — семейной медицины и внутренних болезней,
В. С. Гниденко, врач-интерн кафедры общей практики — семейной медицины и внутренних болезней
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

«Речь идёт не о том, чтобы дать жизни больше дней, но о том, чтобы дням дать больше жизни».

Сесилия Сондерс

На протяжении многих веков умирание больных происходило в обстановке привычного домашнего окружения, и самый тяжёлый период больной находился в кругу родных и близких. Их поведение определялось семейными традициями, нормами социального поведения, религиозными ритуалами, либо опиралось на интуицию и чувства к больному. Во всяком случае, вопрос потребностей больного и необходимости научно выверенной стратегии поведения фактически не стоял. Врачи прошлого (Египет, античный мир) не лечили больных, которым не могли помочь, помощь им считалась оскорблением богов.

Однако, с возникновением христианства идея любви к ближнему, вера в возможность исцеления умирающих способствует развитию помощи таким пациентами. На сегодняшний день все большее число больных завершают свои дни в медицинских учреждениях. Это связано с медикамизацией смерти, развитием помощи умирающим больным, а также с более осознанной и ответственной позицией современного врача. Когда исчерпаны возможности патогенетического лечения основного заболевания, для облегчения страданий больного прибегают к паллиативному лечению.

Под паллиативным лечением (лат. *palliat* — покрытый плащом) понимают применение лекарств, средств и методов,

которые приносят временное облегчение, но не излечивают болезнь. Главной его целью является создание максимально возможного комфорта для больного, улучшение качества его жизни. Как отмечают многие исследователи, этические аспекты паллиативной медицины складываются в результате определения главных ценностей.

В последнее время признание мировых ученых завоевали принципы биоэтики, сформулированные американскими исследователями Т. Beauchamp и J. Childress в 1994 г.: принцип уважения автономии пациента и его человеческого достоинства, принцип непричинения зла — «не навреди», принцип благодеяния, принцип справедливости. Из этих принципов вытекают требования правдивости, приватности, конфиденциальности, верности и информированного согласия. Выделяются 4 уровня паллиативной помощи: паллиативный подход, общая ПП, специализированная ПП, центры передового опыта. Именно общая ПП оказывается медработниками первичного звена медицинской помощи — врачами общей практики (семейными врачами). Как правило, больные, которые получают медицинскую помощь от семейного врача, находятся на дому.

Паллиативная помощь на дому — это предоставление ухода и лечения на дому по месту проживания пациента с хроническими, угрожающими жизни проблемами здоровья, такими как рак, прогрессирующие кардиологические, почечные или респираторные заболевания, ВИЧ/СПИД и хронические неврологические расстройства. Многие пациенты чувствуют себя гораздо комфортнее дома, нежели в медицинском учреждении. Оказание услуг на дому предусматривает вовлеченность членов семьи в этот процесс, что, в свою очередь, означает облегчение доступа пациента к лечению и уходу. С одной стороны, уход и лечение на дому помогают пациенту и семье сохранять право на личное пространство и конфиденциальность, с другой — они помогают повысить осведомлённость местного населения о паллиативной помощи.

Основные принципы работы семейных врачей с пациентами, нуждающимися в ПП: устранение болевого синдрома (НПВС, лёгкие наркотические анальгетики, морфин и его ана-

логи), борьба с кахексией, устранение тошноты и рвоты, профилактика и лечение декубитальных язв, обучение родственников уходу за больным, психологическая помощь больному и его родственникам. Итак, целью профессиональной деятельности врачей в паллиативной медицине является такой результат, когда смерть пациента может быть определена как «достойная». И, наконец, главное: сама постановка вопроса о необходимости паллиативной медицины, её развитие, совершенствование ПП доказывает, что человечество становится мудрее, милосерднее, несмотря на все катаклизмы, с которыми оно сталкивается на пути своего развития.

ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ЦИКЛЕ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ — СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВЗГЛЯД СТУДЕНТОВ НА СОБСТВЕННУЮ ПОДГОТОВКУ И БИОЭТИЧЕСКУЮ СОСТАВЛЯЮЩУЮ ОБУЧЕНИЯ

*В. Е. Шапкин, канд. мед. наук, доцент кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Актуальность паллиативной медицинской помощи во всём мире возрастает. С одной стороны, это связано с феноменом старения населения, а с другой — с увеличением в популяции количества пациентов с хроническими неизлечимыми болезнями, нуждающимися в перманентной медицинской помощи, которая продлевает им жизнь, но не излечивает. Многообразие данных патологий (онкологические, сердечно-сосудистые, эндокринные, неврологические заболевания, патология психики, лёгких, почек, печени и многое другое) обуславливает необходимость понимания и знания аспектов паллиативной помощи врачами различных медицинских специальностей. Именно поэтому Всемирная организация здравоохранения призвала к тому, чтобы изучение паллиативной помощи было «интегри-

ровано в качестве обычного элемента» для всех студентов при изучении дисциплин, связанных со здоровьем [1].

Своеобразие обучения паллиативной медицине связано, в том числе с тем, что она является не только системой сугубо медицинских технологий. Она не может рассматриваться отдельно от своей социальной, этической и духовной составляющих, что делает процесс обучения более многогранным. Собственно, Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную помощь как «подход, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, которые сталкиваются с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путём предотвращения и облегчения страданий посредством раннего выявления и адекватной оценки, лечения боли и других физических, психосоциальных и духовных проблем» [2]. Поэтому процесс обучения паллиативной медицине требует серьёзной и всеобъемлющей проработки.

Сейчас в мире наблюдается устойчивый интерес к преподаванию паллиативной помощи [3,4]. На сегодняшний день в Украине в медицинских ВУЗах студенты изучают «Паллиативную и хосписную медицину» как элективный предмет (курс по выбору). Однако вопросы паллиативной помощи в той или иной степени интегрированы в рабочие программы многих клинических дисциплин. В наибольшей степени эти вопросы представлены в программе по «Общей практике (Семейной медицине)», что является отражением большого значения паллиативной помощи в работе будущих специалистов общей практики — семейной медицины. В настоящее время с одной стороны паллиативная медицинская помощь количественно больше представлена на амбулаторном уровне, а с другой — именно семейная медицина доминирует на этой стадии оказания медицинской помощи. В учебной программе по «Общей практике (Семейной медицине)», преподаваемой студентам VI курса всех факультетов в Теме №2 имеются вопросы, освещающие основные аспекты паллиативной медицины:

1. Концепция и основные отличия паллиативной медицинской помощи.

2. Основные принципы и методы паллиативной помощи.

3. Порядок предоставления хосписной помощи в амбулаторных условиях.

4. Ведение пациентов в терминальных стадиях заболеваний в практике семейного врача, взаимодействие со специалистами.

Для того, чтобы оптимизировать преподавание паллиативной медицины, сделать его более согласованным с перспективами и потребностями будущих врачей, важно понимать, как студенты выпускники относятся к паллиативной помощи на данный момент времени и каковы их потребности в обучении.

Для оценки состояния сложившейся ситуации с изучением паллиативной помощи в структуре преподавания семейной медицины нами было проведено исследование, целью которого явился сбор мнений студентов-выпускников о паллиативной помощи с точки зрения её важности, их знаний в этой области и уверенности в себе в случае её оказания на амбулаторном уровне.

Были опрошены студенты VI курса медицинских факультетов Харьковского национального медицинского университета. Анкетирование включало в себя вопросы, касающиеся практических аспектов паллиативной медицины, внесённых в рабочую программу по «Общей практике (Семейной медицине)»:

- основные методы паллиативной помощи;
- порядок предоставления хосписной помощи в амбулаторных условиях;
- ведение пациентов в терминальных стадиях заболеваний в практике семейного врача;
- взаимодействие семейного врача с узкими специалистами в процессе оказания паллиативной помощи населению.

Студенты самостоятельно оценивали своё владение этими вопросами с точки зрения уверенности в случае их практического применения в своей врачебной деятельности по пятибалльной шкале Лайкерта (1 – не смогу практически применить, 2 – едва смогу, 3 – смогу удовлетворительно применить, 4 – хорошо смогу, 5 – смогу квалифицированно применить).

Также студентов попросили указать, насколько важны вышеизложенные аспекты деятельности для будущих семейных врачей. Для чего также использовалась пятибалльная шкала

Лайкерта (1 – совершенно не важно, 2 – едва важно, 3 – нейтрально; 4 – важно, 5 – очень важно).

Последний вопрос был открытым: «Что в преподавании паллиативной помощи в семейной медицине следует изменить или добавить?»

В общей сложности в опросе приняло участие 43 студента. В целом, студенты не чувствовали достаточной уверенности в своем умении предоставлять паллиативную помощь. Балл «2» («едва смогу применить») фигурировал в 24 анкетах (55,8%), особенно при ответе на пункт «ведение пациентов в терминальных стадиях заболеваний в практике семейного врача». Следует отметить, что наиболее частой оценкой своих умений было «3» («смогу относительно удовлетворительно применить»).

Отвечая на вопрос о важности изучения вышеизложенных аспектов паллиативной медицины для будущих семейных врачей большинство респондентов выбрало оценку «4» («важно») в большинстве пунктов. Эта оценка фигурировала в 100% анкет, а в 35 (81,4%) доминировала.

При ответе на вопрос «Что в преподавании паллиативной помощи в семейной медицине следует изменить или добавить?» большинство респондентов (27 человек — 62,8 %) высказалось за увеличения объема практической работы с пациентами. В 20 анкетах (46,5 %) было высказано мнение о необходимости внесения в программу обучения вопросов, освещающие биоэтические аспекты оказания паллиативной помощи.

Следует отметить, что биоэтика как дисциплина преподается студентам на ранних курсах. Говоря о пожелании внесения биоэтической составляющей в программу обучения, студенты сделали акцент на принципе «не навреди» (13 человек — 30,2%) и принципе «автономии и уважения человеческого достоинства» (9 человек — 20,9%). Речь идёт об адекватной оценке соотношения вероятности получения положительных эффектов и осложнений в результате планируемых мероприятий. А также о проблемах, связанных с предоставлением информации пациентам, касающейся состояния их здоровья и прогноза.

Таким образом, студенты-выпускники считают обучение паллиативной медицине достаточно важным для подготовки семейного врача. При этом они не продемонстрировали достаточной уверенности в своем умении предоставлять паллиативную помощь на амбулаторном уровне. Также было отмечено пожелание расширения практической части занятий и включение вопросов по биоэтике. Полученные результаты прямо указывают на меры, которые способны улучшить качество обучения паллиативной медицине будущих семейных врачей.

Литература

1. WHO. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course — WHA67.19 resolution 2014.
2. World Health Organization (WHO). 2018. WHO definition of palliative care. [accessed 2019 July 5].
3. Barclay S., Whyte R., Thiemann P., Benson J., Wood DF, Parker R. A., et al. An important but stressful part of their future work: medical students' attitudes to palliative care throughout their course. *J Pain Symptom Manag.* 2015.
4. Fitzpatrick D., Heah R., Patten S., Ward H. Palliative Care in Undergraduate Medical Education-how far have we come? *AJHPM.* 2017.

ПРИНЦИП ПАТЕРНАЛИЗМА И ХОСПИСНОЕ ДВИЖЕНИЕ

*Л. Н. Бобро, канд. мед. наук, доцент кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет

В. В. Бобро, канд. мед. наук, главный врач МС «Гиппократ»

г. Харьков (Украина)

Хосписное движение сегодня — это новая этико-философская парадигма, которая даёт нам новое понимание окончания человеческой жизни. Она заключается в праве человека на достойное умирание, лишённое физических, психологических и моральных страданий.

Один из основополагающих подходов в концепции работы хосписа — «принцип открытости диагноза» [1,2,5]. Дилеммой является то, что в нашей стране до сих пор решения по данному

вопросу принимаются патерналистски, т.е. станет ли известна пациенту достоверная информация о смертельной болезни, об отрицательных результатах анализов и неблагоприятном прогнозе, по существу, не зависит от него самого. Сегодня очень часто решение принимают за него врачи, родственники или те и другие вместе [2,3].

На протяжении всей своей европейской истории, начиная с античности, медицина опиралась на фундаментальный тип взаимоотношения между врачом и пациентом, который известен как патернализм.

Патернализм — это классический тип взаимоотношений между врачом и пациентом, который пользовался в профессиональной врачебной этике абсолютным признанием на протяжении более 20 столетий. В чём его суть? Она фиксировалась в корне понятия — слове «pater» (лат. отец). Врач, как отец, заботящийся о своём ребёнке, сострадает больному, помогает ему, берёт ответственность за принимаемые решения о его лечении. Патерналистская установка присутствует и в клятве Гиппократова — в положении об управлении процессом лечения, режим которого определяется сообразно с силами и разумением врача в интересах и для пользы больного.

Патернализм, как норма взаимоотношений между врачом и пациентом, распространяется и на фундаментальные основы христианской морали. В профессиональной врачебной этике на протяжении более 20 столетий никогда и никем не оспаривалось значение ценностей милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые являлись краеугольными понятиями морально-нравственного отношения врача к больному, страдающему человеку. Врач призван быть носителем и проводником любви и милосердия Божия. С этим в значительной степени связаны знакомые многим больным феномены: облегчение состояния при одном лишь появлении врача и излечение, базирующееся на безусловном доверии к врачу [1,4].

Вместе с тем к концу XX в. в обществе стали набирать силу антипатерналистские настроения. Всё чаще стали появляться суждения о крахе патернализма. Вместо последнего стали разрабатываться и внедряться новые модели взаимоотношения между врачом и пациентом.

С точки зрения западных исследователей, в настоящее время классический патернализм уступает место современной модели взаимоотношения «врач-пациент» — информированному согласию. Информированное согласие реализует принцип автономии больного, подчёркивая не только определённый правовой статус пациента, в границах которого должно осуществляться лечение, но и право пациента на решение, соответствующее его собственным ценностям и представлениям о жизни и смерти [1,5].

Готов ли современный врач в нашей стране использовать принцип информированного согласия не только при лечении пациента, но и при оказании паллиативной помощи умирающему пациенту?

Нами проведено анкетирование студентов VI курса медицинского университета, врачей-интернов и семейных врачей-курсантов ресертификационных циклов в системе непрерывного последипломного образования.

При анкетировании студентов медицинского университета на вопрос «Имеют ли право умирающие больные получить правдивую информацию о состоянии своего здоровья?» — «да» ответили 47% опрошенных, 41% указали, на то, что это должен решать врач.

На вопрос семейным врачам-курсантам «Предоставляете ли вы достоверную информацию пациентам о диагнозе и прогнозе?» 40% ответили «почти всегда», 30% — «часто», 19% — «иногда». На вопрос «Полагаете ли вы, что больной человек обязан знать о смертельном прогнозе заболевания?» утвердительно ответили 27%, а негативно — 46% врачей. Наконец, на вопрос о действительном, фактическом информировании безнадежно больных 61% врачей ответили «обычно нет», 11% — «иногда», 2% — «часто», 3,5% — «почти всегда».

Можно сделать вывод, что 27% участвовавших в исследовании врачей в принципе за правдивое информирование умирающих больных. И только порядка 5% практикуют в своей клинической практике неправдивое общение с умирающим человеком. Большая часть работающих врачей допускают возможность не говорить пациенту информацию при определён-

ных обстоятельствах (86%), что типично для врачей, которые следуют патерналистской модели взаимоотношений между врачом и пациентом. Наиболее подходящей причиной для этого врачи считают физический, психологический, моральный и социальный вред, который наносится пациенту при правдивом информировании (68%). При этом основания применения добродетельного обмана оказывают меньшее влияние на мнение респондентов в возрасте до 40 лет в сравнении с группой врачей, имеющих продолжительный профессиональный стаж. По данным, полученным в ходе нашей работы, процент студентов, поддерживающих критерий правды, достоверно больше ($p < 0,05$) по сравнению с другими категориями опрошенных. Вместе с тем нужно отметить, что, как и врачи, большая часть студентов (64%) считают возможным исказить информацию, если она может навредить пациенту.

Проводя анализ данных показателей, можно сделать следующий вывод: сегодня мы наблюдаем смену общефилософских и морально-этических установок по отношению к проблемам жизни и смерти. Она заключается в переходе от традиционного медицинского менталитета к современному. Первостепенной задачей врача при оказании паллиативной помощи становится соблюдение принципа информированного согласия. Вместе с тем большинство опрошенных (в том числе и студентов) продемонстрировали амбивалентность сознания, готовность нарушить базовый биоэтический принцип — автономию пациента. Учитывая глубокие корни патернализма в нашей стране и менталитет нации, необходимо, по-нашему мнению, внедрять принцип информированного согласия не как альтернативу патернализму, а как дополнение, а базовые принципы хосписного движения обсуждать, начиная с первых курсов обучения студента-медика.

Литература

1. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2010. — 496 с.
2. Миллионщикова В. В., Лопанов П. Н., Полишкис С. А. Хосписы. Литературный обзор. Рекомендательные, информационные и справочные материалы. — Москва. — 2002г. — С.21 — 31.

3. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни. Методические рекомендации / под ред. Мишина О. С., Москва. — 2016 г. — 26 с.

4. Принятие этических решений в контексте здравоохранения. Организация ухода на дому. — Санкт-Петербург. — 2009. — С.5 — 41.

5. Хетагурова А. К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. — 2-ое изд. — М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. — С. 80.

ХОСПИСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Л. М. Пасиешвили, д-р мед. наук, проф.; зав. кафедрой общей практики — семейной медицины и внутренних болезней

*Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)*

В последние годы ведётся активная работа по раннему выявлению вторичного остеопороза (ОП) у пациентов с различными заболеваниями внутренних органов. За последние 10 лет отмечена негативная динамика распространённости остеопороза (ОП). Главной причиной увеличения пациентов с метаболическими нарушениями в костной ткани является естественное увеличение количества пожилых людей. Кроме того, возникновение остеопоротических изменений связывают с изменением экологии, нездоровым питанием, малоподвижным образом жизни, а также увеличением распространённости кальцийзависимых заболеваний, таких как, гипертоническая болезнь, ИБС, заболевания пищеварительного тракта, болезни эндокринной системы и другие.

По результатам аудита, проведённого Международным Фондом остеопороза (IOF), в развитых странах в группе потенциального риска по остеопоротическим переломам находится от 20 до 25% населения. Наибольшее число потенциальных больных определяется среди женщин: установлено, что общее число койко-дней в связи с ОП превышает таковое при диабете, инфаркте миокарда и раке молочной железы. Причём необхо-

димо отметить, что ранняя диагностика заболевания, несмотря на возможности её проведения, практически не используется, а обращение к врачу происходит только при возникновении осложнений, при этом из трёх переломов позвонков определяется только один [7].

Остеопороз — заболевание, характеризующееся снижением плотности и качества костной ткани, приводящее к повышенному риску переломов. Остеопороз и связанные с ним переломы во всём мире представляют собой серьёзную проблему здравоохранения с удручающими последствиями, приводящими к повышенному уровню смертности и инвалидизации. Каждые 3 секунды в мире происходит остеопоротический перелом, а, начиная с возраста 50 лет, каждая вторая женщина и каждый пятый мужчина в течение оставшейся жизни будут иметь перелом кости.

Из-за недостатка специально спланированных эпидемиологических исследований и данных официальной статистики определить конкретную заболеваемость, распространённость и социально-экономические последствия остеопороза и переломов в Восточной Европе и Центральной Азии очень сложно [4]. Как следствие, важность остеопоротических переломов для здоровья нации недооценена, а диагностика и лечение не организованы на должном уровне. В тех странах, где имеются эпидемиологические данные, они свидетельствуют о том, что частота переломов очень высока и варьируется в зависимости от возраста популяции. Вместе с тем, очевидно, что остеопороз и переломы несут серьёзную нагрузку на систему здравоохранения, и в будущем тяжесть проблемы будет только увеличиваться по мере старения населения и увеличения доли людей старше 50 лет. Из 21 страны, представленной в отчёте IOF, только в двух (Беларусь и Болгария) остеопороз признан государством как важная проблема здравоохранения. В Украине 7 млн. женщин в постменопаузе имеют остеопороз или остеопению, что составляет 28% от общего числа женщин; в популяции жителей старше 50 лет частота перелома шейки бедра в 1997-2002 гг. была практически вдвое выше у женщин по сравнению с мужчинами и колебалась от 117,1 до 171,1 на

100 тыс. населения. Прогнозируется, что к 2050 г. 50% населения Украины будут составлять люди 50 лет и старше и 21% — 70 лет и старше [3,5].

Самыми тяжёлыми по своим последствиям являются переломы шейки бедра, сопровождающиеся высокой летальностью и инвалидизацией. Согласно мировой статистике, в течение 6-12 месяцев умирают 20% больных, перенёсших этот тип перелома. Вместе с тем, в некоторых странах в данном аудите уровни летальности и инвалидизации существенно превышают эти показатели. Основной причиной этого является отсутствие стандартов специализированной помощи больным с переломом шейки бедра. Во многих странах, представленных в данном отчёте, отмечен исключительно низкий уровень госпитализации пациентов с переломом шейки бедра, в зависимости от региона составлявший от 25 до 40%.

Нами на базе университетской клиники национального медицинского университета создан центр по диагностике и лечению остеопороза. Основные пациенты этого центра — лица, проходившие амбулаторное лечение у различных специалистов или находившиеся на стационарном лечении в эндокринологическом, общесоматическом или неврологическом отделениях. К сожалению, ранняя диагностика остеопороза проводится не на должном уровне, что обусловлено как отсутствием знаний пациента об этой патологии, так и настоятельностью медицинского персонала, особенно при кальцийзависимых заболеваниях [1]. Позднее попадание таких больных в центр затрудняет проведение лечения; на его эффективность также влияет невозможность больного длительно оплачивать медикаменты, применяемые как с целью профилактики, так и лечения.

В то же время, оперативное лечение таких больных, особенно в случае переломов шейки бедра или компрессионных переломов позвонков — дорогостоящее мероприятие, которое не может себе позволить большинство пациентов. Также на сегодняшний день наблюдение за больными, перенёсшими остеопоротические переломы, практически не осуществляется. И этому есть несколько причин. Во-первых, при невоз-

возможности оперативного лечения ортопеда-травматологи становятся незаинтересованными в их наблюдении. Во-вторых, система семейной медицины ещё недостаточно развита, что также способствует оставлению таких пациентов «бесхозными». В-третьих, медикаментозная терапия в такой ситуации не даёт эффекта. В-четвертых, хосписные больницы также не видят необходимости в госпитализации таких пациентов. Т.е. больной остаётся наедине с болезнью, а в случае одиноких лиц — и не защищённым в бытовых условиях. Ещё более тяжёлая ситуация складывается у пациентов, которые ранее были очень активны, как в физическом, так и эмоциональном плане. Возникающий вокруг таких больных эмоциональный, профессиональный и общечеловеческий вакуум способствует возникновению негативных эмоций. Поэтому страдает не только качество жизни таких больных, но и создаются дополнительные негативные условия для его прогрессирования. Работа с такими пациентами является прерогативой психотерапевта или семейного врача, при этом одними из основных направлений такой работы будут биоэтические подходы.

К сожалению, мы не можем обеспечить постоянный диспансерный контроль за этим контингентом больных. Однако активно внедрять раннюю диагностику остеопоротических состояний, целенаправленно выявлять «претендентов» на такие осложнения, при кальцийзависимых состояниях использовать диеты, активную физическую нагрузку, а также курсовые назначения пищевых добавок (препаратов кальция), несомненно, поможет уменьшить численность такого контингента и позволит улучшить качество жизни больных [2].

Литература

1. Вьюн Т. И. Приоритеты диагностического поиска остеопенических состояний у пациентов с хроническим панкреатитом и гипертонической болезнью / Т. И. Вьюн, Л. М. Пасиешвили // Сучасна гастроентерологія. — 2018 — № 3 (101) — С. 14-20. ISSN 2521-649X.
2. Вьюн Т. И. Диагностическая роль биохимических маркеров костного метаболизма и гена FDPS в оценке вторичного остеопороза у пациентов с хроническим панкреатитом и гипертонической болезнью / Т. И. Вьюн, Л. М. Пасиешвили // Наука и здравоохранение (Казахстан) — 2018. — № 4 — Том 20 — С. 5-21. ISSN 2410 — 4280.

3. Корж Н. А. Остеопороз и остеоартроз: патогенетически взаимосвязанные заболевания? / Н. А. Корж, Н. Н. Яковенчук, Н. В. Дедух // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2013. — № 4. -С. 102-110.

4. Лесняк О. М. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010 / О.М. Лесняк // International Osteoporosis Foundation. — 2011. — 68 с.

5. Романов Г. Н. Современные проблемы возраст-ассоциированных заболеваний: остеоартроз и остеопороз / Г. Н. Романов, Э. В. Руденко // Медицинские новости. — 2012. — № 8. — С. 26-29.

6. Genant H. K. Conventional radiography in assessment of osteoporosis and osteoarthritis in clinical research / H. K. Genant // Osteoporosis Int. — 2013. — Vol. 24. — S. 1. — P. 74.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*М. В. Папко, психолог, отдел по образованию
Витебского райисполкома
г. Витебск (Беларусь)*

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип: от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжёлым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Большое значение в системе паллиативной помощи имеет оказание психологической поддержки как самому умирающему, так и его близким. Говоря о психологической поддержке больного, нельзя не сказать об отношении «к смерти, которое выработалось у современного человека: страх, отвержение, чувство, будто смерть — худшее, что может с ним произойти, и что надо всеми силами стремиться выжить, даже если выживание очень мало напоминает настоящую жизнь» (Митрополит Антоний Сурожский).

Старение, смертельные болезни и умирание воспринимаются не как составные части процесса жизни, а как полное по-

ражение и болезненное непонимание ограниченности наших возможностей управлять природой. С точки зрения присущей нам философии прагматизма, подчёркивающей значение достижений и успеха, умирающий является «потерпевшим поражение».

К смерти в современном обществе не готовят. Ни в школе, ни в институте тема смерти ни в каком контексте не обсуждается. Узнав о смертельном недуге, человек находится в очень тяжёлой психологической ситуации.

Главной психологической проблемой умирающего человека становится страх. Он боится неизвестности, его страшат предстоящие физические и душевные мучения, связанные с умиранием, прекращением жизни, он боится остаться в момент смерти один. Тяжело переживает умирающий и то, что он вынужден оставить всё, что любил и с чем был тесно связан: близких, детей, жену или мужа. Переживает он и то, что оставляет незавершённые дела, важные обязательства.

Молодые умирающие люди часто не могут смириться с самим фактом невозможности избежать смерти, невозможностью исцелиться, с тем, что смертельный недуг поразил именно их, а не кого-то другого.

Ещё одной важной психологической проблемой становится переживание одиночества. Тяжелобольные люди жалуются на то, что ощущают себя существующими как бы отдельно от всех других людей.

Преодоление этих тягостных переживаний — важная задача психотерапии. Как показывает анализ конфликтов, возникающих в процессе ухода за умирающим больным, основная причина конфликта состоит в том, что сам больной и его окружение не могут до конца смириться с мыслью о неизлечимости заболевания и неизбежности смертельного исхода.

К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подо-

зрительность и недоверие. Умиравшие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей. Речь умирающих часто бывает символической. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

Людам, которые общаются с умирающим и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними, прежде всего, следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Лишь в редчайших случаях человек заранее готов к смерти близкого. Гораздо чаще горе настигает нас неожиданно. Что делать? Как реагировать?

Когда умирает близкий человек, мы ощущаем, что связь с ним рвётся — и это доставляет нам сильнейшую боль. Болит не голова, не рука, не печень, болит душа. И невозможно ничего сделать, чтобы эта боль раз — и прекратилась.

Стадии принятия неизбежного. Сначала — шок и отрицание, затем гнев и обида, депрессия и, наконец, принятие (хотя важно понимать, что любое обозначение стадий — условное, и что у этих этапов нет чётких границ). Некоторые проходят их гармонично и без задержек. Чаще всего это люди крепкой веры, у которых есть ясные ответы на вопросы, что такое смерть и что будет после неё. Вера помогает правильно пройти эти этапы, пережить их один за другим — и в итоге войти в стадию принятия.

Нужен психолог, не впадающий в их присутствии в жалость, чувство вины, страх, агрессию, равнодушие, обесценивание. Необходим не идеализированный, а адекватный взгляд на ситуацию. Ведь задача психолога в паллиативной помощи — достойное принятие жизни и смерти...

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

А. В. Горбач, И. И. Ефременко

УО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

В современном мире потребность в паллиативной медицине велика. Паллиативная помощь является составляющей и неотъемлемой частью здравоохранения, и направлена на улучшение качества жизни пациентов с неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями. Создание хосписной службы в системе здравоохранения Республики Беларусь позволило решить важную медико-социальную проблему ухода за тяжелыми неизлечимыми пациентами с позиции гуманности. Следует отметить, основными принципами паллиативной медицины являются: избавление от боли и других симптомов заболевания; оказание поддержки пациентам, позволяющей жить настолько активно, насколько позволяет жизнь до самой смерти; психологическая и духовная помощь пациенту; убеждение пациента не приближать и не оттягивать наступление смерти, а считать умирание естественным процессом; психологическая поддержка родственников пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты.

Кроме оказания медицинской помощи пациентам, паллиативная помощь в хосписах осуществляется ещё в трёх направлениях: социальном, духовном и психологическом. Социальный работник помогает семье пациента в решении социальных и юридических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью. Священнослужитель сопровождает пациента и окружающих его людей в вопросах веры. Психологическое сопровождение в хосписе осуществляет психолог (онкопсихолог).

Лечение онкологического пациента понимается не только как устранение непосредственно болезни и восстановление физических функций организма, но и как максимально прием-

лемое восстановление способности человека жить. Психологическая реабилитация — неотъемлемая часть реабилитации онкологического пациента в хосписе. Главная цель всей системы медицинской и психологической помощи в хосписе — это восстановление или сохранение качества жизни. Качество жизни онкологического пациента — это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определенном протяжении как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской помощи [1,3].

Около 70-80% пациентов хосписа имеют те или иные психические нарушения, связанные либо с метастазами в головной мозг, либо с раковой интоксикацией. Фактически в хосписах имеются койки для психиатрических пациентов. В соответствии с этим атмосфера хосписа нередко чем-то напоминает клинику пограничных психических расстройств. Очень остро поднимается вопрос о необходимости срочной психологической помощи пациентам. Психологическая реабилитация онкологическим пациентам, психологическая помощь в хосписе должна быть направлена на то, чтобы помочь пациентам справиться с психологическими последствиями, вызванными онкологическими заболеваниями, и адаптироваться к ситуации заболевания. Психологическая адаптация пациента к заболеванию состоит в возможности жить в условиях болезни и принимать все те перемены, которые она вносит или может вносить в жизнь. Традиционно психологическая помощь в хосписе осуществляется медицинскими психологами и психотерапевтами на протяжении всего процесса лечения и пребывания пациента в хосписе [2].

Проведение онкопсихологом индивидуальной работы с пациентами и психопрофилактической работы с близкими направлено на преодоление депрессивных состояний, установления доверия к врачам, мобилизацию душевных сил в борьбе с болезнью.

Следует отметить, что в настоящее время совершенствование методов психологической помощи онкологическим пациентам связано с исследованиями стратегий совладающего

поведения. Групповая и индивидуальная психотерапия, направленная на выработку у пациента более адаптивных способов реакции на стресс, влияет на качество и продолжительность жизни.

Пациенты с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии являются одной из основных категорий пациентов, нуждающихся в психологической помощи. Данная проблема актуальна, так как распространенность онкологических заболеваний не имеет тенденции к снижению. С другой стороны, она уникальна и многогранна, что требует определенной компетенции от специалиста в области психологии.

Литература

1. Медико-психологическое обеспечение в системе лечения онкологических больных // Психология и практика. Ежегодник российского психологического общества. — Ярославль. — 1998. — Вып. 4. — с. 103-107.

2. Клиническая онкология и психотерапия в онкологии, паллиативной помощи и паллиативной медицины // Сб. трудов Российской психотерапевтической конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике» — Иваново, 1999. — с. 47-49 (В соавт.).

3. Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник / Под ред. Проф. Г. А. Новикова и проф. Е. П. Куликова. Учебник. — М.: Российская ассоциация паллиативной медицины, 2016. С.12-35.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ В ХРОНИЧЕСКОМ ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ

*А. А. Солкин, канд. мед. наук, доц. кафедры неврологии
и нейрохирургии,*

*И. А. Коровко, старший преподаватель кафедры неврологии
и нейрохирургии,*

Я. А. Хоронько, студентка лечебного факультета

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Вегетативное состояние (вегетативная жизнь) — отсутствие возможности к самопроизвольной психической активности (декортикация) из-за обширного повреждения или

дисфункции полушарий головного мозга с сохранением вегетативных функций (цикла «сон-бодрствование», спонтанного дыхания, адекватной гемодинамики).

Цель работы. Провести анализ литературных данных и оценить возможности паллиативной помощи пациентам в хроническом вегетативном состоянии.

Материал и методы. Изучены источники научной литературы по вопросу паллиативной помощи пациентам в хроническом вегетативном состоянии [1-5]. В работе использован аналитический метод исследования.

Результаты исследования. Согласно литературным данным вегетативное состояние принято классифицировать по длительности: 1) транзиторное (до 1-го месяца); 2) персистирующее (от 1-го месяца до 3-х месяцев при нетравматическом повреждении, до 12-ти месяцев при травматическом повреждении головного мозга); 3) перманентное/хроническое (больше 3-х месяцев после нетравматического повреждения, больше 12-ти месяцев после травматического повреждения мозга).

Основываясь на данной классификации, можно прогнозировать исход вегетативного состояния у пациентов. Чаще всего сознание (обычно не в полном объёме) возвращается к пациентам в сроки до 3-х месяцев после нетравматического повреждения, до 12-ти месяцев после травмы головного мозга. По прошествии данного срока шансы на восстановление психической деятельности неуклонно снижаются. Кроме того, отмечается, что пациенты с повреждением головного мозга, получающие лечение и уход в условиях стационара, выходят из вегетативного состояния в 2-3 раза чаще, чем пациенты, находящиеся вне больничных условий.

Причины вегетативного состояния: 1) черепно-мозговая травма; 2) цереброваскулярные заболевания; 3) гипоксия; 4) нейроинфекция; 5) опухоли головного мозга; 6) несвоевременная коррекция гипогликемии; 7) пороки развития головного мозга; 8) хронические дегенеративные заболевания мозга в далеко зашедшей стадии.

В 1994 году Multi-Society Task Force были установлены критерии вегетативного состояния, которые были одобрены в 2001

году на Европейском конгрессе по интенсивной терапии в Брюсселе.

Критерии вегетативного состояния:

1. Отсутствие признаков осознания пациентом себя и окружающего.

2. Отсутствие осознанных, повторяющихся и целенаправленных ответов на слуховые, зрительные, тактильные и болевые стимулы.

3. Восстановление цикла сон-бодрствование.

4. Функциональная активность гипоталамуса и ствола головного мозга, достаточная для поддержания спонтанного дыхания и адекватной гемодинамики.

5. Характерны различные варианты краниальных (зрачковых, окулоцефалических, корнеальных, окуловестибулярных), глоточного и спинальных рефлексов.

6. Недержание мочи и кала.

Диагностика вегетативного состояния, как показывает практика, достаточно часто бывает весьма неточной. Данный диагноз может быть ошибочно выставлен пациентам с имеющимися признаками сознательной деятельности (т.н. «состояние минимального сознания»), иногда даже пациентам в коме. В основном это связано с тем, что нет чётких разграничений между понятием вегетативного состояния и другими (часто устаревшими и неправильными) смежными понятиями (например, «апаллический синдром», «бодрствующая кома»). Более того, даже сам термин «вегетативное состояние» был заменён S. Laureys при поддержке Европейской рабочей группы по проблемам нарушения сознания. Новое определение «синдром бессознательного бодрствования» было признано наиболее этичным.

Инструментальные и лабораторные методы диагностики (ЭЭГ, КТ, МРТ, скрининг на метаболические нарушения, исследование ЦСЖ) при данной форме патологии малоинформативны, но они позволяют исключить органическую патологию головного мозга.

Специфического лечения хронического вегетативного состояния нет. Но, поскольку нельзя точно прогнозировать ис-

ход, всегда есть вероятность, что к пациенту может вернуться сознание, а, следовательно, ему в обязательном порядке должна оказываться паллиативная помощь, которая включает:

1. Профилактику осложнений, связанных с иммобилизацией.

При нарушениях мышечного тонуса: коррекция положения пациента в постели, обеспечение соответствующих опорных систем в положении сидя (акцент делается на фиксации туловища, шеи и головы), регулярная пассивная гимнастика, пассивная поддержка позы.

При спастике: устранение факторов, ускоряющих появление повышенного мышечного тонуса (ноцицептивные раздражители); поддержание правильной позы лёжа и сидя (ключевое мероприятие для борьбы со спастикой); допустимы пероральные миорелаксанты, может быть более эффективным субарахноидальное (интратекальное) введение миорелаксантов, но, учитывая серьёзные побочные эффекты, этот метод следует применять только при наличии опытных специалистов; эффекты физических методов: холод, тепло, вибрации — кратковременны. При мышечной гипотонии: возможности коррекции низкого тонуса мышц очень ограничены, требуется ЛФК; для защиты суставов от чрезмерного растяжения показано ограничение объёма пассивных движений; применение ортопедических сидячих систем для поддержки туловища во избежание деформаций позвоночника.

2. Профилактику инфекций. Лёгочные инфекции: полноценное раннее искусственное питание через зонд; гигиена полости рта (включая чистку зубов 1-2 раза в день); профилактика аспирации: подбор консистенции пищи с помощью загустителей; предотвращение гастро-эзофагеального рефлюкса; повышение pH желудочного сока (применение ингибиторов протонной помпы, H₂-гистаминоблокаторов); при нарушении защитных рефлексов и откашливания — ранняя трахеостомия с использованием канюли с герметизирующей манжетой; раннее выполнение перкутанной эндоскопической гастростомии для энтерального питания; поза, удобная для лёгочного дренирования и уменьшающая вероятность аспирации; при респираторной недостаточности можно укладывать пациента

на живот на 8-12 часов. Инфекции мочевыводящих путей: использование длительной катетеризации мочевого пузыря (по сравнению с пелёнками и подгузниками) связано с высоким уровнем инфекционных осложнений. Важно их правильное применение, так как есть риск мацерации и повреждения кожных покровов. Необходимо поддерживать водно-электролитный баланс, избегать дегидратации.

3. Профилактику тромбоза глубоких вен. Методы профилактики включают раннюю мобилизацию и компрессионные чулки (подбираются индивидуально, должны обеспечивать градиент давления 10-14 мм рт. ст.). Поскольку есть основания считать приподнимание ног на 10-15° столь же эффективным вмешательством, как и компрессионные чулки, широко используется данное профилактическое мероприятие. Всем иммобилизованным больным рекомендуется назначение профилактических доз антикоагулянтов. С этой целью могут применяться низкомолекулярные гепарины или нефракционированный гепарин или гепариноиды.

4. Уход за кожей: оптимальное питание; поддержание тургора, чистоты и влажности кожи (крайне нежелательна обработка спиртосодержащими жидкостями без последующего увлажнения); регулярная смена постельного белья; оснащение соответствующими средствами профилактики (кровати, матрацы, кресла).

5. Питание: в начальной фазе повреждения мозга часто отмечается гиперкатаболическое состояние, при этом иногда тяжело приостановить потерю массы тела, ведущее к хроническому истощению и дистрофии; даже высококалорийная диета может не привести к немедленной прибавке в весе после длительного недоедания, что объясняется вторичными нарушениями всасывания, предпочтение отдаётся кормлению через тонкую перкутанную гастростому, поскольку назогастральный зонд при длительном использовании повышает риск аспирации, гастро-эзофагеального рефлюкса, изъязвлений слизистой оболочки. Важен периодический мониторинг веса пациента, оценка нутритивного статуса, расчёт адекватного поступления калорий и протеинов (калорийность 35 ккал/кг/сут, белки 1,2-

1,5 г/кг/сут), обязательное включение витаминов, микроэлементов, ненасыщенных жирных кислот. Необходимо заменить болюсное введение, повышающее риск аспирации, на постоянное (в т.ч. ночное) или комбинированное питание, особенно если пациент не получал его несколько суток, а также уделять внимание позе больного во время кормления (подъем туловища на 45-60°).

6. Нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. При запорах опорожнение кишечника контролируется характером питания (достаточное содержание клетчатки и жидкости), использованием ректальных свечей, приёмом пероральных слабительных 2-3 раза в неделю (предпочтительно на растительной основе). При диарее избегать гиперосмолярной пищи, включать в рацион «живые» йогурты и биокефиры для нормализации микрофлоры, выявлять и лечить бактериальную инфекцию.

При медикаментозном лечении вегетативного состояния рекомендуется избегать седативных средств, снизить медикаментозную нагрузку, выбирать препараты, имеющие минимальные побочные действия.

Обязательным при оказании паллиативной помощи является обучение и вовлечение в процесс семьи и близких родственников пациента.

Выводы. Проанализированы источники научной литературы по вопросу паллиативной помощи пациентам в хроническом вегетативном состоянии. Специфического лечения хронического вегетативного состояния нет. Так как точно прогнозировать исход данного состояния достаточно затруднительно, т.е. к пациенту в любой момент времени может вернуться сознание, то ему в обязательном порядке должна оказываться комплексная паллиативная помощь.

Литература

1. Устойчивое нарушение сознания: о вопросах терминологии / Н. В. Лихолетова [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2017. — № 62 (5). — С. 393-399.

2. Сложности клинической диагностики хронических нарушений сознания и рекомендации по клинико-инструментальной оценке пациентов после

их выхода из комы / Л. А. Легостаева [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2017. — № 62 (6). — С. 449-456.

3. Структурно-функциональные основы хронических нарушений сознания / М. А. Пирадов [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2018. — № 12. — С. 6-15.

4. Брильман, Дж. Неврология / Дж. Брильман, С. Коэн. — Пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 152.

5. Определение признаков сознания и прогнозирование исхода у пациентов в вегетативном состоянии / Е. А. Кондратьева [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2016. — № 71 (4). — С. 273-280.

К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

*А. Г. Денисенко, канд. мед. наук, доцент,
Е. В. Цыбульская, преподаватель*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Заболевания, связанные с новообразованиями, занимают в Беларуси второе место в структуре смертности после болезней системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и др.). Причиной смерти около 15% умерших в 2018 году стал рак. Больные злокачественными новообразованиями относятся к одной из групп риска суицида. Применительно к самоубийствам, совершаемым онкологическими больными, конкретных цифр нельзя привести, так как частота реализованных попыток суицида, как в ранней, так и в поздней стадии опухолевого заболевания точно неизвестна. По данным зарубежных авторов риск самоубийств онкологических пациентов в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста. По статистике, среди лиц, состоявших на учёте канцрегистре (США, Дания, Швейцария), до 0,32% больных совершают попытки самоубийства, и в 0,13-0,24% случаев они завершаются летальным исходом. То есть один из каждых 300 зарегистрированных пациентов в течение наблюдения

совершает суицидальную попытку, которая в 1-2 случаях из 3-х приводит к смерти.

Цель состоит в комплексном анализе суицидального поведения и выработке профилактических мер по его предотвращению в составе паллиативной помощи у больных распространённым раком.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования стали литературные источники и данные электронных ресурсов. Метод исследования аналитический.

Результаты и их обсуждение. Выбор средств суицида у онкобольных различен. По данным многих авторов, у больных с неонкологическим профилем с суицидальной целью в основном применяются лекарственные средства, различные химические вещества, в основном уксусная кислота, фосфорорганические соединения. Приём указанных средств осуществляется больными, в первые несколько недель после выявления злокачественного новообразования. В дальнейшем, в условиях доступности лекарственных средств различных классов количество самоотравлений увеличивается, особенно у женщин — почти до 100%. У мужчин с высокой частотой отмечается уход из жизни путём самоповешения.

С суицидальной целью пациентами с хронической болью используются анальгетики (баралгин, пенталгин, трамал), психотропные препараты (амитриптилин, феназепам), наркотические анальгетики, и другие препараты (спазмолитики, гипотензивные препараты, антидепрессанты).

Ряд зарубежных авторов подтверждают мнение о высоком риске самоубийств в течение первого года после установления диагноза. Считается, что большинство самоубийств совершается в интервале 3-5 месяцев после выявления злокачественного новообразования, обычно вскоре после выписки из клиники. Доля больных, совершивших суицидальные попытки в течение всего периода наблюдения по поводу онкологического заболевания, может достигать 0,32%.

Анализ периода возникновения мыслей о суициде показал, что в условиях онкологического заболевания суицидальные тенденции впервые возникали на диагностическом этапе

у каждого четвёртого больного. У каждого третьего больного появлялись суицидальные тенденции в период проведения хирургического лечения (мастэктомия, наложение стомы и др.). И у ещё меньшего количества пациентов отмечалась аутоагрессивная настроенность, которая возникала при отказе в специальном лечении из-за распространённости заболевания или выраженной сопутствующей патологии.

Большинство больных высказывались о суициде вследствие пересекающихся и взаимопотенцирующих соматических и депрессивных факторов: прекращение соматического страдания с избавлением от мучительных болей; представления о бесцельности и тяготе существования; отказ от дальнейшего не эффективного лечения; желание освободить родственников и неспособность к самообслуживанию.

С целью уменьшения и предотвращения количества случаев самоубийств депрессивных онкологических больных необходимо полное исключение доступа к различным ядам, потенциально опасным наркотикам и другим фармакологическим сильнодействующим средствам.

Больные с преходящими или постоянными мыслями о смерти, чтобы ускорить наступление смерти (desire for hastened death, DHD), высказывали мысли об уходе из жизни посредством эвтаназии или ассистированного суицида. Каждый четвёртый онкобольной высказывал мысли об эвтаназии или суициде с помощью врача, а 10 % обсуждали их возможность с врачами.

Выводы. Выявление суицидальных идей — важный этап оценки психического статуса больных, но для разработки мер профилактики необходимым условием также является изучение способа и условий совершения суицидальных действий. В беседе с больными можно установить предполагаемый способ суицида, что, в свою очередь, даёт возможность определить направления профилактической работы, например, ограничение доступности к имеющемуся дома огнестрельному оружию, лекарственным средствам и др.

Для предотвращения и снижения случаев суицида пациентам необходимо оказывать помощь не только медицинскую, социальную, но и психологическую, духовную.

Литература

1. Любов, Е. Б. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска / Е. Б. Любов, Л. Г. Магурдумова // Суицидология. — 2015. — Том 6, № 4. — С. 3-21.
2. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов / П. Б. Зотов // Суицидология. — 2011. — Том 2, № 4 (5). — С. 18-25.
3. Разводовский, Ю. Е. Суициды и смертность от рака в Беларуси / Ю. Е. Разводовский // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 6. — С. 60-62.
4. Inoue, K. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings / K. Inoue, C. Kawanishi, K. Otsuka [et al.] // Psychiatry Res. — 2017. — Vol. 250. — P. 155-158.
5. Liu, R. T. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review / R. T. Liu, I. Miller // Clin. Psychol. Rev. — 2014. — Vol. 34. — P. 181-192.

К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ СУИЦИДА ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*А. Г. Денисенко, канд. мед. наук, доцент
Е. В. Цыбульская, преподаватель*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Суициды являются одной из наиболее значимых проблем общественного здравоохранения. За последнее полвека показатель самоубийств увеличился на 60% по всему миру. Ряд авторов (Harris E. C., Barraclough V. M.) выделили 63 телесных и неврологических болезней с высоким риском суицида: СПИД, группа новообразований (особенно головы и шеи), сердечные заболевания, рассеянный склероз, язвенная болезнь желудка, почечные болезни, длительный гемодиализ в связи с почечной недостаточностью, болезни простаты и т.д. Другим автором (McGuire N. K.) установлено, что больше 60% больных высказывались о суицидальных мыслях и больше ¼ совершили попытки суицида.

Цель состоит в комплексном анализе суицидального поведения и выработке профилактических мер по его предотвра-

щению в составе паллиативной помощи у больных с соматическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования стали литературные источники и данные электронных ресурсов. Метод исследования аналитический.

Результаты и их обсуждение. По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь в нашей стране за 2016 г. отмечено 21,5 случаев самоубийств на 100 тыс. населения, а в 2018 г. — 19 на 100 тыс. населения. Таким образом, наша республика вернулась в категорию стран со средним уровнем суицидов (менее 20 случаев на 100 тыс. населения). В Витебской области в 2018 г. уровень суицидов составил 24,1 на 100 тыс. населения, что является высоким показателем уровня суицидов.

Нормативно-правовые акты обязывают администрации больниц вести среди пациентов стационаров работу по профилактике самоубийств. Так Приказом Министерства здравоохранения Беларуси от 9 июля 2007 года № 575 «О мерах по профилактике суицидов и оказании помощи лицам, совершившим суицидальные попытки» предписывается всем учреждениям здравоохранения собирать сведения о рисках суицида пациентов с учётом профиля стационара и факторов риска суицидального поведения. В таких случаях должны быть организованы консультации врача психотерапевта, врача-психиатра, врача-нарколога с назначением адекватного лечения. Должен быть ограничен доступ к средствам и способам суицидальных действий: лекарственным средствам, открытым окнам, лестничным проёмам и электрооборудованию.

Каждое самоубийство — трагедия. Но когда это случается в стационаре, где собственно должны оказывать помощь и заниматься профилактикой суицидов, это вызывает вопрос о том, насколько эффективна эта работа. Безусловно, нельзя говорить, что самоубийства в стационарах напрямую связаны с тем, что там происходит. Каждый отдельно взятый случай суицида необходимо рассматривать как отдельную историю. Нет таких признаков, по которым можно было бы достоверно распознать пациента, готового к самоубийству.

Основополагающим принципом паллиативной медицины является признание естественной смерти. Когда исчерпываются все возможности радикальной медицины, то на смену приходит паллиативная медицина. Врачу необходимо помочь пациенту выстоять перед неизбежными страданиями. В таких случаях недопустимо тормозить умирание пациента, также как и стимулировать и ускорять. Пациенту необходима комплексная помощь: медицинская, психологическая, социальная и духовная. При лечении лиц с тяжёлыми соматическими заболеваниями следует исключить следующие факторы: ошибки персонала, которые могут привести к суицидальным попыткам; неправильную оценку тяжести состояния и диагноза; неадекватные меры обеспечения безопасности пациента; пренебрежение должностными обязанностями; преждевременную выписку пациента и неправильное лечение. По указанным критериям следственным комитетом может быть возбуждён судебный процесс о халатности или ошибке. Персонал должен информировать лечащего врача о подозрениях возможности совершения пациентом суицидальной попытки.

Если пациент хочет знать правду о своём состоянии здоровья, то такая информация должна быть сообщена корректно, не сломав его психику. Очень важен алгоритм сообщения диагноза тяжёлого (опасного для жизни) заболевания: «...Всю правду в резкой форме могут перенести немногие, особо больные. Самый тяжёлый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьёзности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого достаточно для больного. Такой подход не гуманнее и умнее, так как мы сами можем ошибиться...» Э. Кречмер «Медицинская психология».

Ежегодно 10 сентября Всемирной организацией здравоохранения отмечается Всемирный день предотвращения самоубийств. Целью этого Всемирного дня предупреждения самоубийств является снижение суицидальной активности (то есть уменьшение уровня суицидов) с привлечением: органов государственного управления, депутатского корпуса, медицинских работников, медицинских судебных экспертов, организаций

и учреждений различной ведомственной принадлежности, общественных и религиозных организаций.

Выводы. Для учёта и профилактики случаев смерти от суицида людей в Республике Беларусь необходимо долговременное плановое комплексное проведение мероприятий силами администрации, организаторов здравоохранения, наркологов и психиатров. Для полной количественной информации суицидов необходимо использовать судебно-медицинские данные и материалы следственного комитета, так как они могут быть затушёваны смертью от основной болезни, не распознаны в отчётах о смерти и административных базах данных. Так необходимо анализировать случаи смерти от падения с высоты и передозировки лекарств (снотворного, наркотиков), которые могут быть скрытыми суицидами.

С профилактической целью в многопрофильных стационарах должна быть безопасная терапевтическая среда с ограниченным доступом к средствам суицида (лекарствам, окнам и лестницам).

Литература

1. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях / П. Б. Зотов, Е. Б. Любов // Тюменский медицинский журнал. — 2017. — Т. 19, № 1. — С. 3-24.
2. McGuire, N. K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review / N. K. McGuire // Montana: Montana State University. — 2011. — 55 с.
3. Bahmanyar, S. Risk of suicide among operated and non-operated patients hospitalised for peptic ulcers / S. Bahmanyar, P. Sparén, E. M. Rutz [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. — 2009. — Vol. 63, № 12. — P. 1016-1021.
4. Harris, E. C. Suicide as an outcome for medical disorders / E. C. Harris, B. M. Barraclough // Medicine (Baltimore). — 1994. — Vol. 73. — P. 281-296.

ДУХОВНАЯ ПОМОЩЬ КАК КОМПОНЕНТ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

*Е. В. Цыбульская, преподаватель,
А. Г. Денисенко, к.м.н., доцент,
О. А. Федчук, ст. преподаватель,
Н. Н. Семенова, ст. преподаватель*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

*«...Возьмите больного за руку и скажите
спокойно: я рад побыть с тобой... И замолчи-
те, будьте с ним, не воздвигайте между вами
целый мир незначительных слов или поверх-
ностных эмоций».*

Митрополит Антоний Сурожский

На современном этапе общественного развития в любом цивилизованном обществе высшей ценностью является человеческая жизнь. Одним из основополагающих показателей уровня демократизации государства является реальность обеспечения права на жизнь. В Республике Беларусь право человека на жизнь закреплено статьёй 24 Конституции. Приоритетным направлением в реализации этого права является государственная политика, направленная на защиту жизни человека от любых противоправных посягательств, а также на обеспечение охраны здоровья, путем создания условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения [1].

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми методами оказания медицинской помощи с учётом лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения.

К сожалению, в настоящее время по данным статистики в Европе ежегодно от онкологических заболеваний умира-

ет 1,6 млн. человек. В паллиативной помощи одновременно нуждаются 320 тысяч больных.

Паллиативная медицинская помощь — вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента [2].

Всемирной организацией здравоохранения паллиативная помощь трактуется как подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания. Данная проблема решается путём предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким [3]. Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов — это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни [4]. Паллиативная помощь — это избавление больного и умирающего от страдания. Страдание складывается из многих компонентов: боль, другие тяжелые физические симптомы, невозможность двигаться, ограничение жизнедеятельности, невозможность себя обслуживать, ощущение собственной беспомощности и обузы для окружающих, чувство вины и страха. Больные испытывают тяжёлые страдания, поэтому купирование боли и других неприятных симптомов, психологическая поддержка со стороны врача и медицинской сестры имеют огромное значение. Общение с такими больными имеет свои особенности и требует отдачи сил и мастерства. Требуется большое умение слушать, сострадать, и в то же время подбодрить. Приобретает особое значение безмолвный контакт с больным, прикосновение руки, тёплый взгляд. Необходимо помнить, что даже если больной находится без сознания, он слышит нас и требует внимания

и поддержки. Паллиативная помощь должна решать каждую из этих проблем. Такой подход, кроме медицинского аспекта, включает в себя психологическую, социальную, культурную и, при необходимости, духовную помощь.

При организации паллиативной помощи необходимо акцентировать внимание на том, что качество жизни больного зависит не только от его физического состояния, но и определяется выраженностью психологических и духовных проблем. На сегодняшний день становится очевидным, что религиозная вера с присущей ей системой ценностей оказывает умиротворяющее воздействие на пациентов с неизлечимыми заболеваниями. Таким образом, особое внимание при организации паллиативной помощи необходимо уделить подготовке кадров для работы с неизлечимыми больными. Мы считаем целесообразным внедрить в систему паллиативной помощи специалистов, способных оказывать не только социально-медицинскую помощь, но и необходимую пациенту духовную поддержку. В такой ситуации материальные и физиологические потребности человека становятся второстепенными, подчёркивая особую значимость духовных вопросов.

Литература

1. Конституция Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Национальный интернет-портал Республики Беларусь. — Режим доступа: pravo.by. — Дата доступа 11.11.2019.
2. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Национальный интернет-портал Республики Беларусь. — Режим доступа: pravo.by. — Дата доступа 11.11.2019.
3. Карташкин, В. А. Всеобщая декларация прав человека и развитие международного права (к 60-й годовщине принятия) / В.А. Карташкин // Международное право International Law. 2008. Т. 33. № 1 — С. 81-87.
4. Ferris F., Heather M, Balfour B., Bowen K. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on National Accepted Principles and Norms of Practice // Journal of Pain and Symptom Management. 2002. 24: p.106-123.

РОЛЬ ИСКУССТВА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

А. Н. Окороков, О. Ю. Сычёв

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Как известно, слово медицина происходит от латинского словосочетания *ars medicina* — «лечебное искусство» («искусство исцеления», «искусство врачевания»). Гиппократ писал, что «медицина — самое благородное из всех искусств». Одновременно медицина — это врачебная наука, комплекс современных научных знаний и практической деятельности с целью предупреждения и лечение болезней, укрепления и сохранения здоровья, продления жизни. Кроме того, медицина — это наука сострадания больному человеку и умение, желание и готовность облегчить его страдания от физических и психических недугов. В наибольшей степени такое определение относится к паллиативной медицине.

Термин паллиативная медицина происходит от латинского слова *palliativus* (дающий временное облегчение болезни, но не излечивающий её) и обозначает деятельность, направленную на предупреждение физических, психологических, социальных и духовных страданий больных с неизлечимым заболеванием и неизбежным смертельным исходом. Занимающиеся паллиативной медициной должны исходить из того, что каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже если излечение невозможно и смертельный исход неизбежен, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

Согласно бюллетеню ВОЗ (2018г.), ежегодно в паллиативной медицинской помощи нуждаются 40 миллионов человек, 78% из которых проживают в странах с низким и средним уровнем дохода.

Паллиативная терапия включает следующие основные направления:

- купирование боли;

- режим физической активности в соответствии с возможностями пациента;
- коррекция кахексии и других метаболических нарушений;
- коррекция диспепсических нарушений;
- коррекция геморрагического синдрома и других гематологических нарушений и осложнений противоопухолевой цитостатической терапии;
- иммунокорректирующая терапия;
- лечение присоединившихся инфекционных осложнений;
- лечение нарушений желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей;
- адекватный гигиенический уход за кожей и полостью рта;
- коррекция психоэмоциональных нарушений.

ВОЗ (2018 г.) [1] указывает на необходимость сочетать фармакологическое лечение с нефармакологическим, в частности, предлагается включать в лечебную программу арттерапию, произведения искусства, музыкальную терапию, а в состав бригады включать музыкального работника.

Французский философ конца XIX в. Ж. Гойо писал: «Самая возвышенная цель искусства — заставлять биться человеческие сердца, и так как сердце — центр жизни, искусство должно постоянно находиться в теснейшей связи со всей моральной и материальной жизнью человека» [2].

Важнейшей составной частью искусства является музыка. Замечательно о роли музыки в жизни человека сказал Л. И. Дворецкий: «Вся вереница событий человеческой жизни — рождение, незабываемые детские годы, счастливые мгновения любви и горечь её утраты, тяжёлые болезни и связанные с ними страдания, наконец, смерть, сами по себе наполнены музыкой разного характера и содержания. Иными словами, музыка постоянно сопровождает нас и в тяжёлые, и в счастливые периоды, превращаясь тем самым в постоянного неизбежного спутника жизни» [3].

Музыкальная терапия широко используется в медицинских учреждениях в странах Европейского Союза и США, в том числе и в паллиативной медицине. Музыкальная терапия в паллиативной медицине — это основанный на доказательных прин-

ципах психотерапевтический метод, использующий музыку для облегчения страданий пациента, улучшения его психоэмоционального состояния, борьбы с депрессией, осуществляется сертифицированным специалистом. В Европе в вузах готовят сертифицированных специалистов по музыкальной терапии, качество их подготовки очень строго контролируется экспертными комиссиями ассоциаций музыкальных терапевтов. Однако, мы полагаем, что и обычный врач отделения паллиативной медицины, который любит музыку, интересуется ею, также может проводить музыкальную терапию, пользуясь современными аудиовизуальными средствами.

В России первые научные исследования, посвящённые влиянию музыки на организм человека, появились в конце XIX – начале XX века. В трудах В. М. Бехтерева, И. М. Сеченова имеются данные о благоприятном влиянии музыки на центральную нервную систему, дыхание, кровообращение, газообмен. В настоящее время доказаны следующие эффекты положительного влияния музыкальной терапии в составе комплексного паллиативного лечения:

- обезболивающий эффект, особенно необходимый в паллиативной медицине, способствует купированию боли у пациентов хосписных отделений [4] и уменьшает потребность в наркотических анальгетиках. Установлено снижение потребления опиоидов на 25%, уменьшение депрессии и тревоги в дни сеанса музыкальной терапии [5]. Объясняются эти эффекты нормализацией функционального состояния центральной нервной системы, лимбической зоны мозга, всех отделов вегетативной нервной системы;
- нормализация психологического состояния пациента, уменьшение его душевных страданий, нормализация эмоционального статуса. Богослов Мартин Лютер писал, что «музыка — лучшее утешение для опечаленного человека»;
- увеличение продолжительности и улучшения качества сна пациентов [6];
- уменьшение чрезмерной адренергической активности, снижение тонуса периферических артерий и артериол и, следовательно, периферического сопротивления, сниже-

ние повышенного артериального давления, нормализация частоты сердечных сокращений. Это обуславливает снижение потребности миокарда в кислороде, положительно сказывается на эффективности кровообращения пациентов с полиорганной недостаточностью [7].

Следует отметить, что музыкальная терапия должна проводиться дифференцированно с учётом музыкальных вкусов пациента и его эмоционального статуса. Одни пациенты предпочитают музыку ритмичную, весёлую, быструю, мажорную, другие — напевную, мелодичную, нежную, медленную, романсовую (кстати, такие предпочтения более характерны для людей пожилого возраста, которые обычно также любят русские народные песни).

Можно ориентировочно предложить следующие музыкальные произведения с учётом настроения, создаваемого музыкой [8]:

- музыка медленная, лирическая, напевная, нежная, задумчивая создаёт настроение спокойствия: Ф. Шопен «Ноктюрны фа-мажор, ре-бемоль мажор»; Ф. Шуберт «Аве Мария»; К. Сен-Санс «Лебедь»; С. Рахманинов «Концерт № 2 для фортепиано с оркестром», начало II ч; А. Вивальди концерты «Времена года»; П. И. Чайковский «Вальс цветов», увертюра к балету «Лебединое озеро», неаполитанские песни и романсы;
- музыка быстрая, радостная создаёт праздничное, весёлое настроение: Ф. Лист финалы венгерских рапсодий №№ 6, 10, 11, 12; В. Моцарт «Маленькая ночная серенада» (I и IV ч.); соответствующие песни по выбору пациента.

Может быть иногда так, что музыкальные предпочтения пациента не соответствуют привычным представлениям врача (например, пациенту с депрессией, подавленным настроением больше нравится печальная, грустная музыка и наоборот).

Проводить сеансы музыкальной терапии лучше в отдельной звукоизолированной комнате, музыка не должна быть чрезмерно громкой, длительность сеанса 35-45 минут. Если пациент плохо слышит, целесообразно воспользоваться наушниками. Желательно сделать комментарий к исполняемым произведениям, рассказать о жизни и творчестве композитора, чьи про-

изведения исполняются. Можно подготовить литературно-музыкальную или музыкально-поэтическую композицию в виде мультимедийной презентации, при этом целесообразно сопровождать звучащую музыку произведениями великих художников, выбор картин производится, конечно, в соответствии с характером звучащего музыкального произведения. Кроме того, необходимо также учитывать преобладающий цветовой фон картин, так как известно, что разные цвета оказывают различное воздействие на организм человека [9]. Оранжевый цвет укрепляет организм, повышает его способность сопротивляться неблагоприятным факторам, активизирует физическую и интеллектуальную деятельность, выделительную функцию почек, перистальтику толстого кишечника. Жёлтый цвет проявляет мягкий стимулирующий эффект, повышает работоспособность, улучшает настроение, активизирует деятельность желудка, поджелудочной железы, кишечника, способствуя выделению желчи и снижая кислотность. Голубой цвет увеличивает физическую и интеллектуальную активность, уравнивает процессы торможения и возбуждения. Зелёный цвет уравнивает эмоции, проявляет лёгкий успокаивающий эффект, уменьшает ощущение тревоги и беспокойства, успокаивает, способствует нормализации сердечного ритма и устранению сосудистых спазмов. Учитывая влияние цвета на эмоциональное состояние, целесообразно рекомендовать просматривать пейзажи И. Е. Репина (например, «Осень в Абрамцево», «Летний пейзаж», «Берег реки, Летний пейзаж», «Берёзы. Солнечный день»), пейзажи И. И. Шишкина («Утро в сосновом лесу», «Рожь», «Ручей в берёзовом лесу»), картины Л. Афремова («Осень», «Букет», и др.).

Использование произведений искусства в лечении больных людей, в том числе нуждающихся в паллиативной помощи, соответствует словам великого писателя и замечательного врача А. П. Чехова: «Где искусство, где талант, там нет ни старости, ни одиночества, ни болезней, и сама смерть вполтину...».

Блестящий представитель серебряного века русской поэзии И. Северянин замечательно написал в одном из своих стихотворений, как следует относиться к больному человеку [10]:

Поэма сострадания

Жалейте каждого больного
Всем сердцем, всей своей душой,
И не считайте за чужого
Какой бы ни был он чужой.

Пусть к вам потянется калека,
Как к доброй матери — дитя;
Пусть в человеке человека
Увидит, сердцем к вам летя.

И обнадёжив безнадёжность,
Всё возлюбя и всё простив,
Такую проявите нежность,
Чтоб умирающий стал жив!

И будет радостна вам снова
Вся эта грустная земля...
Жалейте каждого больного,
Ему сочувственно внемля.

Эти строки особенно актуальны по отношению к пациентам, нуждающимся в паллиативной помощи.

Литература

1. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г. — 92 стр.
2. А. Ф. Яковцева, И. В. Сорокина, И. И. Яковцева, Н. В. Гольева, Медицина и искусство. — Газета «Новости медицины и фармации». — 5(311). — 2010.
3. Дворецкий Л. И. Музыка и медицина. Размышления врача о музыке и музыкантах. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 240с.
4. Sundaramurthi T., Gallagher N., Sterling B. Cancer Related Acute Pain: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions for Putting Evidence Into Practice. *Clinical journal of oncology nursing*. 2017; 21(3): 13-30.
5. Peng C., Baxter K., Lally K. Music Intervention as a Nonpharmacological Tool in Improving Quality of Life of Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 55(2): 700.
6. Vinayak S., Dehkhoda F., Vinayak R. The Effect of Music Therapy on Sleep Quality of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy or Radiotherapy: A Randomized control trial. *Journal of Social Sciences (COES&RJ-JSS)*. 2017; 6(4): 734-743.
7. Warth M., Kessler J., Hillecke T. K., Bardenheuer H. J. Trajectories of Terminally Ill Patients' Cardiovascular Response to Receptive Music Therapy in Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*. 2016; 52(2): 196-204.

8. Арестова Л. В. Паллиативная помощь терминальным больным в условиях прихода святой Елисаветы Феодоровны. Екатеринбург. — 2018г. — 67с.

9. Дворецкий Л. И. Живопись и медицина. — М.: Медиа Медика, 2010. — 312 с.

10. Северянин И. В. Полное собрание сочинений в одном томе. / Составитель М. Петров. — М. : Альфа-Книга, 2014.

АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ

*В. Е. Шапкин, канд. мед. наук, доцент кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней,*

*О. Н. Ковалева, д-р мед. наук, профессор кафедры общей
практики — семейной медицины и внутренних болезней,*

*С. В. Иванченко, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей
практики — семейной медицины и внутренних болезней,*

*В. В. Бойчук, врач — интерн кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

По определению ВОЗ паллиативная помощь — это комплекс медицинских, социальных, психологических и духовных действий, что улучшает качество жизни пациентов и членов их семей в ситуации, связанной с болезнью, угрожающей жизни пациента. Главный принцип высококачественной паллиативной помощи — это активная и всесторонняя психологическая поддержка пациентов и их родных.

Медицинские работники имеют тенденцию сосредотачиваться на медикаментозном облегчении физических симптомов, тогда как человек — это не только тело. Наш разум, дух бодрости, эмоциональная сфера — всё это составляющие нашей целостной личности. В этом заключается главная сложность паллиативной медицины, потому что пациент сталкивается с психологической проблемой принятия и осознания неизлечимой болезни.

Американский психолог Элизабет Кюблер-Росс была одной из основательниц концепции психологической помощи умирающим.

рающим больным. Она одной из первых подняла вопрос об ответственности врача не только за здоровье умирающего, но и за то, чтобы последние дни его жизни были прожиты с достоинством, без страха и мучений.

Общим для всех пациентов в терминальной стадии жизни является патологическое изменение аффективной функции, при этом проявляется целый спектр эмоций и страхов. Страх перед неизвестностью фатального исхода, страх физической боли и других соматических страданий нередко бывает настолько сильным, что у пациента возникает желание приблизить собственную смерть.

К сожалению, врачей и медицинских сестёр не учат искусству оказания психологической помощи умирающим. Для того чтобы помочь больному справиться со страданиями, нужно построить правильное доверительное общение: проявлять терпение; уметь активно слушать; дать возможность ему выговориться; объяснить больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны; спокойно относиться к его гневу и недовольству; избегать неуместного оптимизма. Ещё одним важным принципом является предоставление больному максимальной возможности контактов с другими людьми: врачами, медсёстрами, психологами, психотерапевтами, социальными работниками, близкими людьми. Интенсивные контакты помогают пациенту прийти к примирению с мыслью о неизбежности смерти. Также врачу нужно усиливать факторы, которые поддерживают надежду в неизлечимо больных: ценность личности, значимость взаимоотношений, реальные цели, чувство комфорта и уверенности, обезболивания.

Часто наблюдаются депрессивные расстройства у пациентов, которые имеют реактивный генез, то есть пациенты нуждаются в психологической коррекции и устранении причин, вызывающих данную невротическую поведенческую реакцию, и на первом месте стоит не медикаментозное лечение, а адекватные нефармакологические методы вмешательства.

Психологическое сопровождение является неотъемлемой и важной частью паллиативной медицины. Она должна предоставляться не только психологами, а также и другими специ-

алистами. Необходимой основой для эффективного сопровождения пациентов, являются психологическое образование медицинского персонала.

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*Н. М. Медвецкая, доцент кафедры ТМФК и спортивная медицина
УО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Актуальность. Паллиативная помощь — подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путём предотвращения и облегчения страданий.

В современной медицине даётся чёткое понятие паллиативной помощи, а именно оказание комплекса медицинских и социальных услуг, которые направлены на существенное облегчение болевого симптома тяжелобольных людей для улучшения качества жизни граждан.

Всемирная организация, контролирующая вопросы здравоохранения, предлагает своё определение такого вида помощи: активная и всенаправленная помощь для пациентов неизлечимо больных и с прогрессирующими тяжёлыми заболеваниями. При трактовке определения паллиативной помощи большое внимание акцентируется и на гуманности отношения общества к тяжелобольным людям и к гражданам с онкологическими неизлечимыми заболеваниями.

Главным направлением является комплексное оказание помощи больным онкологическими заболеваниями, которые чаще всего не поддаются лечению. Такие граждане смогут получить высококачественную медицинскую помощь на дому, а также в специализированных медицинских учреждениях и кабинетах паллиативной помощи. Больным будет оказана не

только необходимая медицинская поддержка, но и психологическая поддержка, включая уход и социальное благополучие.

На законодательном и общемировом уровнях ставятся основные цели оказания паллиативной помощи больным: облегчение не только болевых синдромов, но и других факторов в здоровье человека, которые создают причину дискомфорта для нормальной жизнедеятельности; формирование общих принципов гуманности современного общества[1].

Предусматривается формирование комплексного подхода, то есть взаимодействие медицинских работников, органов социального обслуживания населения и родственников больных людей. Оказанию помощи больному человеку в домашних условиях уделяется значительное внимание, в ней участвуют и социальные работники.

Паллиативная помощь — комплекс мер. Среди них наиболее важна работа по следующим направлениям:

1. Купирование боли и симптоматическая терапия. Эти меры крайне важны, так как они облегчают, насколько это возможно, физическое состояние больного. Даже минимальное улучшение в этой области позволяет сделать помощь, оказываемую по другим направлениям, более действенной.

2. Психологическая помощь не менее важна. Онкологическое заболевание — серьёзное испытание для больного и его близких, поскольку пациент находится в состоянии длительного стресса, вызванного госпитализацией, потерей социального статуса, самим процессом лечения.

3. Социальная поддержка онкологических больных предусматривает реализацию программ помощи таким больным, оформление инвалидности, использование льгот. Здесь очень важно отношение социальных структур к больному как к члену общества и гражданину своей страны

Поддержка в социальной сфере включает совокупность средств, приёмов, способов и методов человеческой деятельности, направленных на социальную защиту населения.

Материал и методы. Целью преподавания студентам предмета «Уход за больными» на факультете социальной работы является выработка знаний по организации ухода за различными

категориями больных, основ ухода, приёмам ухода за больными, использование различного рода приспособлений, инструментов, механизмов, применяемых в уходе за больными [2].

Результаты и их обсуждение. При преподавании курса используются различные методы, формы обучения и контроля: устный опрос, работа с больными, разбор и показ техники ухода, знакомство с предназначением и устройством предметов ухода, методами их обеззараживания, гигиены применения.

Задачи изучения дисциплины:

- научить распознаванию заболеваний внутренних органов, отравлений и радиационных поражений;
- научить уходу за больными и поражёнными;
- сформировать навыки оказания больным и травмированным людям неотложной доврачебной помощи;
- сформировать навыки оказания первой медицинской помощи при травмах (остановка кровотечения, наложение бинтовых повязок, транспортная иммобилизация) и терминальных состояниях (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца);
- овладеть простейшими медицинскими приёмами: введению лекарственных средств, термометрии, определению пульса, артериального давления, постановки банок, горчичников, компрессов и др.;
- иметь понятие о клинической и биологической смерти, её признаках;
- изучение и отработка техники искусственной вентиляции лёгких и закрытого массажа сердца. Особенности реанимации у детей.

К основным задачам хосписов на дому относятся следующие: коррекция схем обезболивания, выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций, динамическое наблюдение за состоянием пациента, обучение родственников больного различным методам ухода, психологическая поддержка членов семьи и самого пациента.

Частота посещений пациента медицинскими работниками хосписа на дому зависит от тяжести его состояния, от готовности других членов семьи активно помогать и ухаживать за

своим родственником, осуществляя должный уход в домашних условиях.

В то же время проблемы, с которыми сталкиваются инкурабельные пациенты: боль, тошнота, рвота, икота, запоры, поносы, задержка (недержание) мочи, кровотечения и другие симптомы, могут быть устранены и обученными социальными работниками.

Заключение. Патронирование на дому больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, свидетельствует о высокой социально-психологической и медицинской эффективности паллиативной помощи, позволяющей, насколько возможно, обеспечить качество жизни инкурабельных больных.

Литература

1. <https://ru-act.com/soc/poryadok-okazaniya-palliativnoj-pomoshhi-v-medicine.html>. Дата доступа: 13.12.2019.

2. Учебная программа на основе образовательного стандарта высшего образования ОСВО 1-86 01 01-2013, утверждён и введён в действие постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013г., № 88.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ	5
ПРОГРАММА XVI Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире»	6

БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ И ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

<i>В. И. Сиренко, Ю. Н. Деркач, А. Д. Жилин.</i> ЗАКОН О ЗДРАВООХРАНЕНИИ: РЕШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ	17
<i>Fr. Piotr Aszyk SJ.</i> PERSONAL FREEDOM AND ADDICTIONS — PHILOSOPHICAL REFLECTIONS	25
<i>Т. В. Ясюля.</i> ПРИНЦИП АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА И ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	30
<i>А. А. Заздравнов, О. И. Заздравнова.</i> БИОЭТИКА В СВЕТЕ ТРАНСФОРМАЦИЙ НАУКИ И МЕДИЦИНЫ	38
<i>Отец Кристоф Махар.</i> НОВАЯ ХАРТИЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НОВЫЕ ФОРМЫ ЗАВИСИМОСТИ	43
<i>Н. В. Спиридонова.</i> ВЛИЯНИЕ АБОРТА НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ. ФЕНОМЕН ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМА	46
<i>Chris Harris.</i> PALLIATIVE MEDICINE	49
<i>Е. Л. Богдан, Н. Г. Наркевич, Т. В. Ясюля.</i> ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КАК ВЫРАЖЕНИЕ ГУМАННЫХ ЦЕЛЕЙ БИОЭТИКИ	53
<i>В. Ю. Земко, Ю. Ю. Земко.</i> ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ, ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ	58
<i>О. А. Федчук, Н. Н. Семёнова, Е. В. Цыбульская.</i> ОБ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	63

<i>М. А. Трофимова.</i> ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	65
<i>Н. Г. Харкевич, М. Ф. Яблонский, А. А. Буйнов, Л. Я. Ермолова.</i> ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	69
<i>Н. В. Малик.</i> РОЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	72
<i>Л. М. Пасиешвили, О. Н. Ковалева, В. С. Гниденко.</i> ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	76
<i>В. Е. Шапкин.</i> ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ЦИКЛЕ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ — СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВЗГЛЯД СТУДЕНТОВ НА СОБСТВЕННУЮ ПОДГОТОВКУ И БИОЭТИЧЕСКУЮ СОСТАВЛЯЮЩУЮ ОБУЧЕНИЯ	78
<i>Л. Н. Бобро, В. В. Бобро.</i> ПРИНЦИП ПАТЕРНАЛИЗМА И ХОСПИСНОЕ ДВИЖЕНИЕ	82
<i>Л. М. Пасиешвили.</i> ХОСПИСНОЕ «СОПРОВОЖДЕНИЕ» ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ	86
<i>М. В. Папка.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	90
<i>А. В. Горбач, И. И. Ефременко.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ	93
<i>А. А. Солкин, И. А. Коровко, Я. А. Хоронко.</i> ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ В ХРОНИЧЕСКОМ ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ	95
<i>А. Г. Денисенко, Е. В. Цыбульская.</i> К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ	101
<i>А. Г. Денисенко, Е. В. Цыбульская.</i> К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ СУИЦИДА ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	104
<i>Е. В. Цыбульская, А. Г. Денисенко, О. А. Федчук, Н. Н. Семенова.</i> ДУХОВНАЯ ПОМОЩЬ КАК КОМПОНЕНТ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ	108
<i>А. Н. Окороков, О. Ю. Сычев.</i> РОЛЬ ИСКУССТВА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ	111

<i>В. Е. Шапкин, О. Н. Ковалева, С. В. Иванченко, В. В. Бойчук.</i> АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ	117
<i>Н. М. Медвецкая.</i> ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	119

Проблемы врачебной этики в современном мире :
П78 XVI Международная медицинская конференция (Витебск,
25–26 июня 2020 г.) : тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИ-
СТО, 2020. — 128 с.

ISBN 978-985-7206-38-4.

Конференция организована по инициативе Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом.

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

**XVI Международная
медицинская конференция
(Витебск, 25–26 июня 2020 г.)**

Тезисы докладов

Ответственная за выпуск А. Волчок
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная вёрстка Э. Полиневской

Подписано в печать 10.05.2020.
Формат 84х108/32. Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 6,97. Уч.-изд. л. 5,91.
Тираж 99 экз. Заказ .

УП «ИЗДАТЕЛЬСТВО „ПРО ХРИСТО“».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/145 от 21.01.2014.
Пл. Свободы, 9, к. 2, 220030 г. Минск.
<http://pro-christo.catholic.by>; e-mail: pro-christo@catholic.by

Отпечатано в ОДО «Издательство “Четыре четверти”».
Ул. Б. Хмельницкого, 8-215, 220013, г. Минск.

В **XVI** МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«Проблемы врачебной этики в современном мире»
принимают участие медики, священнослужители, учёные

БЕЛАРУСИ



ИТАЛИИ



УКРАИНЫ



ВАТИКАНА



ПОЛЬШИ



ШРИ-ЛАНКИ



РОССИИ



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ISBN 978-985-7206-38-4



9 789857 120638 4