

Выводы

Половина опрошенных считают, что суррогатное материнство это единственная возможность получить ребенка. Более половины респондентов против запрета суррогатного материнства. В случае, если бы у суррогатной матери родился ребенок, который неизлечимо болен, 97,2 % считают что ответственность и воспитания должны взять на себя приемная семья. По мнению более половины опрошенных, государство не должно финансировать программу суррогатного материнства.

В Республике Беларусь в целях преодоления бесплодия и реализации своего права на материнство и отцовство допускается применение вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе и суррогатное материнство в отношении лиц, достигших 18-летнего возраста, обладающих полной дееспособностью и имеющих медицинские показания для их применения. Вместе с тем, для защиты генетического материнства и отцовства законодательством установлены ограничения, связанные с порядком применения суррогатного материнства.

Каждый сам вправе решать, как же относиться к суррогатному материнству. Для людей, получивших долгожданного ребенка, это благо. Но общество с существующими моральными принципами пока еще с осуждением относится к женщинам, которые становятся суррогатными матерями. Несовпадение религиозных, моральных, нравственных и юридических точек зрения на эту проблему приводит к неутрачивающим спорам. Но приходится признать, что суррогатное материнство — это просто факт, который пришел в нашу жизнь и, по всей видимости, никуда теперь от нас не денется.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силуянова, И. В. Вызовы и заветы. Непростые ответы на трудные вопросы современной медицины / И. В. Силуянова. — М.: Патриаршее подворье храма-домового мц. Татьяны при МГУ. — М., 2015. — С. 32.

УДК 616-083-039.75-053.2:316

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИИ

Беридзе Р. М., Бордовский С. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Угольник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Развитие медицины и внедрение современных технологий выхаживания тяжелобольных пациентов в последние десятилетия позволили сократить смертность детского населения, а также сохранить жизнь тяжелобольным новорожденным. Однако эти положительные во всех отношениях процессы не позволяют уменьшить число детей, умирающих от неизлечимых болезней, страдающих от изнуряющих болей [4]. Существуют сложности, связанные с уходом за такими пациентами, медицинским обслуживанием, дефицитом среднего и младшего медицинского персонала [1]. Эти и другие проблемы обусловили необходимость создания специализированной паллиативной помощи в педиатрии.

Термин «паллиативный» происходит от латинского «pallium», что означает «плащ» или «маска». Можно дать следующее определение паллиативной помощи: это направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий пациента путем раннего выявления, тщательной оценки, купирования боли и других физических симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи [2].

Тема отношения врача к умирающему пациенту проходит через всю историю медицины. Начиная с Гиппократов и вплоть до современной эпохи, история отношения врачей к больным имеет внутреннюю логику. В книге Гиппократов «Об искусстве», в частности, говорится о цели медицины: «она совершенно освобождает больных от болезней, притупляя их силу, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки». Врачебный обычай не учитывать в своей практике проблемы умирающих больных господствовал до Нового времени, поэтому помощь таким людям была делом монастырей, где и возникли первые хосписы [2].

Современная паллиативная медицина складывалась на протяжении второй половины XX века. В 70-е годы прошлого века Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) начала движение за развитие паллиативной помощи более чем в 40 государствах мира, ведущими среди которых являлись Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия. В 1996 г. стал выходить журнал «Паллиативная медицина и реабилитация», что можно считать событием, равнозначным открытию в 1990 г. первого хосписа в СССР. Во второй половине 90-х годов периодически проводились научные форумы, на которых обобщался опыт специалистов, работающих в области паллиативной медицины. Паллиативная помощь приняла статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития [3].

Главной предпосылкой возникновения паллиативной педиатрии послужили успехи и эффективность взрослого паллиативного движения, которое получило новый виток в своём развитии после открытия в 1967 г. в Великобритании первого в мире хосписа св. Христофора. Хотя основатели хосписов поначалу ориентировались на взрослых с онкологическими заболеваниями, вскоре стало ясно, что существует также потребность в создании хосписов и для детей. Самые первые паллиативные программы для детей были инициированы людьми, пережившими на своем опыте столкновение с угрожающим жизни заболеванием у ребенка. В конце 1970-х гг. созданная в США служба ухода на дому за детьми со злокачественными опухолями стала одной из первых моделей, использовавшихся в развитии дальнейших программ педиатрической помощи в хосписах. Хоспис, предлагающий уход на дому для местного населения Вирджинии (Edmarc Hospice for Children), в 1979 г. впервые стал принимать детей. Также первыми детскими хосписами были: Хелен Хаус (программа стационарного лечения, обеспечивающая временный уход, Оксфорд, Англия, 1982 г.) и детская больница святой Марии (в рамках программы комплексного стационарного паллиативного лечения в Бэйсайд, Нью-Йорк, 1985 г.) [5].

Паллиативная педиатрия является подразделом паллиативной медицины и складывается из двух больших компонентов: это облегчение страданий пациента на протяжении всего периода болезни и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Паллиативная помощь детям отличается от таковой помощи взрослым многими аспектами, которые определили необходимость выделения этой области в отдельную службу и в отдельную клиническую специальность.

Скарлатина, корь, коклюш, дифтерия, острая ревматическая лихорадка — лишь небольшая часть заболеваний, которые ежедневно угрожали жизни детей в прошлые века, однако многолетний опыт и прорывы в области медицины позволили сделать их не смертельно опасными. Тем не менее многие заболевания, такие как: муковисцидоз, злокачественные опухоли, нейродегенеративные заболевания все еще не удается вылечить. В связи с этим в систему паллиативной педиатрии вовлечены профессионалы различных профессий: врачи, психологи, медицинские сестры, социальные работники, педагоги, которые в свою очередь умеют грамотно организовать и согласовать свою работу между собой. Каждый ребенок имеет свое особое психоэмоциональное состояние и по-своему видит мир. Поэтому неоценима роль индивидуального подхода к каждому такому пациенту. В связи с этим появляются творческие методики, которые включают в себя терапию творчеством, музыкой и др. Очень важным является общение и взаимодействие с родителями.

Важно уметь объяснить, какие медицинские манипуляции окажут положительный эффект на здоровье ребенка, а также предоставлять возможность осуществлять тот или иной выбор.

Одной из главных проблем является профессиональное выгорание работников, обеспечивающих паллиативную помощь ребенку, что связано с высокой эмоциональной нагрузкой и ежедневным столкновением со смертью. В связи с этим персонал должен быть заранее подготовлен, а также иметь возможность общения с психологами для эмоциональной разгрузки.

Особое внимание уделяется обучению педиатров и врачей скорой и неотложной медицинской помощи, так как именно они являются теми, к кому обращается семья выписанного из больницы умирающего ребенка для обезболивания и организации ухода, а сотрудники скорых и отделений реанимации — теми, к кому эти дети попадают перед самой смертью.

Вывод

Таким, образом, целью профессиональной деятельности медицинских работников в паллиативной педиатрии является такой результат деятельности, когда смерть может быть определена, как «достойная». Слаженные действия высококвалифицированных специалистов различных профессий совместно с действиями родителей отражают неоценимый вклад в судьбу неизлечимо больных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Введенская, Е. С.* Комплексный подход при выборе оптимальной организационной формы паллиативной помощи в конце жизни / *Е. С. Введенская, Л. Е. Варенова* // В сб.: *Современные проблемы социально-демографического развития*. — М., 2012. — С. 67–84.
2. *Современный взгляд на развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации* / *Г. А. Новиков* [и др.]; под ред. *В. И. Чиссова*. — М.: Ин-т «Открытое Общество», 2004. — 652 с.
3. *Методические рекомендации по организации паллиативной помощи* / *Н. В. Эккерт* [и др.]; под ред. *О. П. Модникова*. — М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2008. — 156 с.
4. *Лазуренко, С. Б.* Теоретическое и эмпирическое обоснование паллиативной помощи в педиатрии / *С. Б. Лазуренко, Н. В. Мазурова* // *Медико-психолого-педагогическая помощь детям*, 2013. — С. 101–106.
5. *Притыко, А. Г.* Паллиативная и хосписная помощь детям в Москве: состояние и перспективы развития / *А. Г. Притыко, А. А. Корсунский, А. А. Сонькина* // *Вестник Росздравнадзора*, 2011. — № 3. — С. 17–23.