Интенсивность корешковой боли в раннем послеоперационном периоде составила 1,0 (1,0; 2,0), что также указывает на эффективность вмешательства для купирования этого типа болей по сравнению с дооперационными выраженными болями (p = 0,00002).

Выводы

Применение нейронавигационной станции Brainlab Curve в режиме совместного использования навигации и виртуальных 3D моделей поясничного отдела позвоночника упрощает для хирурга поиск объекта в ране и ориентировку в костной анатомии, что обеспечивает улучшение результатов хирургического лечения поясничных компрессионных корешковых синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Enchev, Y.* Neuronavigation: geneology, reality, and prospects / Y. Enchev // Neurosurg. Focus. — 2009. — Vol. 27(3). — P. 99–109.

2. Can computer-assisted surgery reduce the effective dose for spinal fusion and sacroiliac screw insertion? / M. D. Kraus [et al.] // Clin. Orthop. Relat. Res. — 2010. — Vol. 468(9). — P. 2419–2429.

3. *Schulz, C.* Intraoperative image guidance in neurosurgery: development, current indications, and future trends / C. Schulz, S. Waldeck, U. M. Mauer // Radiology research and practice. — 2012. — P. 2–9.

УДК 301.151+159.922

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Орлова И. И.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В рамках биомедицинских и правовых проблем психиатрии особенно остро ставятся вопросы обеспечения прав граждан при оказании психиатрической помощи, конфиденциальности, предотвращения стигматизации и дискриминации пациентов. Наркология сегодня является частью психиатрии. Однако до настоящего времени она не подвергалась столь же пристальному вниманию биомедэтики, как психиатрия. Это было связано с нерешенностью вопроса об отношении к больным алкоголизмом и наркоманией как к пациентам. Именно поэтому биомедицинская этика на практике обходила острые этико-правовые проблемы наркологии. Отмечались попытки игнорировать распространение действующих в психиатрии правовых и этических норм на наркологию.

Цель

Исследовать этические проблемы оказания медицинской помощи наркологическим пациентам.

Результаты исследования и их обсуждение

Отечественная наркология сегодня активно применяет на практике репрессивную немедицинскую стратегию в оказании помощи пациентам. Один из наиболее ярких примеров – принудительная терапия больных алкоголизмом и наркоманией в условиях т. н. лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП), куда пациент направлялся не на лечение, а на исправление от вредной привычки и аморального (паразитического) образа жизни. В социуме в целом достаточно распространено убеждение в том, что не следует избавлять наркоманов от т. н. ломок, поскольку тем самым снижается их социальная опасность, т. е. исповедуется тактика мучений в назидание. Исходя из взглядов на наркозависимость как психическое расстройство психотического уровня, обычной практикой стала недобровольная госпитализация наркологического пациента в стационар [3].

Сегодня можно отметить следующие острые вопросы биомедицинской этики и медицинского права в наркологии:

1. Проблема реализации принципа «информированного согласия». Больной с алкогольной или наркотической зависимостью в процессе оказания ему медицинской наркологической

Репозиторий ГомГМУ

помощи либо не получает всего объема информации, необходимого ему для осознанного и ответственного принятия решения о выборе терапии, либо получает ее в искаженном виде.

2. Существование принципа «одномоментного отказа от употребления психоактивных веществ» как условия для включения пациента в лечебно-реабилитационные программы (в том числе проблема предоставления АРВ-терапии ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков). Перед пациентом ставится условие — отказ от употребления любых психоактивных веществ до назначения лечения. Этическая сторона вопроса заключается в том, насколько обоснованным может считаться требование врача к пациенту избавиться от симптома патологического влечения к ПАВ до начала терапии. Это условие диктуется позицией врачей-наркологов, рассматривающих влечение к ПАВ в качестве «вредной привычки», от которого можно избавиться усилием воли. В результате из терапевтического процесса исключаются пациенты с отсутствием или недостаточностью мотивации лечиться. Возникает парадокс: если пациент способен самостоятельно преодолеть патологическое влечение к наркотику или алкоголю, то какова дальнейшая роль врача? Ни в одной иной медицинской специальности не существует подобного требования к больным. Можно утверждать, что принцип отказа от ПАВ противоречит этическим нормам, рекомендующим «помогать всем больным без различия.

3. Существование принципа «оплаченной анонимности» при терапии наркологических заболеваний. В соответствии с действующими инструкциями, больной алкоголизмом или наркоманией, изъявляющий желание лечиться анонимно, без оформления наркологического учета, обязан оплачивать терапию, которая могла бы быть ему предоставлена бесплатно в случае отказа от анонимности. Этическая сторона вопроса заключается в том, можно ли считать соответствующей принципам биомедицинской этики взаимосвязь анонимности терапии с ее оплатой.

4. Проблема применения научно необоснованных методик: стереотоксических операций на мозге, «поркотерапии», методик, основанных на формировании у пациента мифологического мышления и иррационального страха (посредством т. н. «кодирования»). Предложенная новосибирскими учеными из НИИ гигиены и НИИ терапии СО РАМН «поркотерапия» построена именно по таким принципам. Авторы обосновывают методику тем, что «поркотерапия» как болевое воздействие вызывает активацию эндорфиновых рецепторов, выброс эндорфинов по окончании процедуры в ответ на болевое воздействие. Практику наркологической помощи, построенную на оказании физического (болевого) воздействия на пациента следует признать выходящими за рамки как норм биоэтики, так и медицинского права.

5. Запрет на т. н. «заместительную поддерживающую терапию». Заместительная терапия — это назначение больным с опиоидной зависимостью (героиновой наркоманией) в медицинских учреждениях под врачебным контролем определенных доз препаратов, являющихся агонистами опиоидов. Цели этого вида лечения — купирование патологического влечения к наркотику, снижение риска передозировки и летального исхода, снижение криминальной активности пациента, связанной с необходимостью получения средств на приобретение наркотика, а также профилактика ВИЧ путем формирования приверженности к лечению. Заместительная поддерживающая терапия может рассматриваться в ее различных аспектах: медицинском, правовом, общественном, экономическом и этическом. Основополагающим для медицинского аспекта является научная обоснованность данного вида терапии, что не вызывает никаких возражений и подтверждено большим количеством научных исследований. В рамках правового аспекта проблемными становятся законодательная регламентация процедур заместительной терапии, соответствие норм, регламентирующих, с одной стороны, оборот наркотических средств, с другой — оказания наркологической помощи. Общественный аспект данной проблемы базируется на понятиях опасности/безопасности для общества внедрения и существования заместительной поддерживающей терапии, а также понятия выгоды/целесообразности. Особое место занимает этический аспект применения заместительной поддерживающей терапии. Именно он ставится во главу угла при дискуссии о необходимости запрета этой методики, именно его используют противники в споре. По мнению противников заместительной поддерживающей терапии, существует ряд кардинальных этических проблем, ставящих ее вне рамок морали. Этично ли предлагать один наркотик вместо других

Репозиторий ГомГМУ

для того, чтобы человек стал менее опасен для окружающих. Однако, замещение наркотика, добываемого пациентом криминальным путем, легальным лекарственным — лишь одна из целей подобной терапии. Существуют и такие гуманные цели, как улучшение «качества жизни» пациента, снижение риска передозировок, суицидального поведения и летальных исходов. Перечисленные цели не могут рассматриваться как выходящие за рамки биомедицинской этики. В настоящее время в мире около 1 млн. пациентов проходят заместительную поддерживающую терапию. В Европейском союзе отмечается тенденция увеличения числа таких пациентов. С накоплением опыта изменяются модели заместительной поддерживающей терапии с учетом стремления создать для пациентов более щадящие режимы. В Иране и Китае в последние годы активно внедряется этот вид лечения. В подавляющем большинстве стран бывшего СССР (Литва, Латвия, Эстония, Украина, Кыргызстан, Молдова, Азербайджан) [5] отмечается рост числа пациентов, которым официальная медицина предоставляет возможность получения заместительной поддерживающей терапии. В других — Беларуси, Грузии, Армении, Узбекистане — приняты законодательные акты, позволяющие проводить пилотные исследования с целью определить место и роль заместительной поддерживающей терапии в системе наркологической помощи. Учитывая тенденцию к росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом, Всемирная организация здравоохранения, Управлением ООН по наркотикам и преступности, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу в 2003 г., после проведения анализа эффективности заместительной терапии, выпустили официальное заявление: заместительная поддерживающая терапия — один из наиболее эффективных способов лечения наркомании и профилактики ВИЧ/СПИДа [1]. В 2005 г. метадон и бупренорфин были включены в «Список основных лекарственных средств» ВОЗ, куда входят «... препараты, которые требуются для обеспечения минимального стандарта охраны здоровья во всех странах...» и которые должны быть «...доступны постоянно, в адекватном количестве и по ценам, которые может позволить общество...». Программы заместительной поддерживающей терапии включаются в систему оказания наркологической помощи больным опиоидной зависимостью в качестве дополнительного способа лечения. Дискуссионными остаются вопросы о том, как часто и в каких случаях следует прибегать к их помощи, должно ли быть ограничение времени пребывания в данных программах, какие дозы препаратов считать допустима. Однако сам вопрос о возможности и этической стороне применения заместительной поддерживающей терапии в медицинской среде этих стран не поднимается.

6. Диагноз наркологического заболевания несет негативные социальные, психологические и нравственные нагрузки, равных которым нет в других областях медицины. Наркологический диагноз не дает возможности поступления в вуз служить в армии, устроиться на определенные виды работ и т. д. Это становится предпосылкой стигматизации, а так же существенно ограничивает права и свободы пациентов [2].

Выводы

Следует учесть тот факт, что, являясь частью психиатрии, наркология на деле исповедует иные принципы и другие этические положения, основывающиеся на «амбивалентном» отношении к наркологическому больному (с алкоголизмом или наркоманией), отличном от отношения к больному шизофренией, неврозом или с умственной отсталостью. Все вышеперечисленное диктует необходимость активизировать дискуссию в медицинских кругах и выработать новые положения биомедицинской этики и медицинского права в условиях специфики и особенностей современной ситуации в наркологии. Биомедицинская этика не должна уклоняться от анализа и оценки реальной наркологической теории и практики. Поэтому одной из этических задач наркологии является повышение толерантности общества к лицам с наркологическими заболеваниями, минимизация социальных санкций наркологическими заболеваниями, и преодоление предвзятого отношения к ним.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аргунова, Ю. Н.* Незаконное помещение в психиатрический стационар в оценке нового уголовного законодательства / Ю. Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. — 1996. — № 4. — С. 59–61.

2. Духовные основы наркомании / под ред. иером. Анатолия (Берестова). — М: Изд-во Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского, 2010.

Репозиторий ГомГМУ

3. *Максимчук, В. П.* Итоги работы наркологической службы Республики Беларусь за 2006 / В. П. Максимчук // Вестник Белор. психиатр. ассоциации. — 2007. — № 13. — С. 130–140.
4. *Плоткин, Ф. Б.* Профилактика наркомании в Республике Беларусь: состояние, проблемы, перспективы / Ф. Б. Плоткин // Здравоохранение. — 2008. — № 9. — С. 14–18.
5. *Сирота, Н. А.* Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. — М.: Академия, 2003. — С. 176.

УДК 616–021.3 : 616.711–007.55] – 036.82/.865

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ СКОЛИОЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Осипов Ю. В., Лущинская С. И., Шнигир А. А.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема лечения сколиоза была и остается одной из самых актуальных в ортопедической науке и практике. Для этого существуют множество причин: появление заболевания на фоне полного здоровья, прогрессирующее течение, достаточно низкая эффективность общепринятого консервативного лечения, сложность и дороговизна хирургических коррекций, а зачастую и недостаточная удовлетворенность ими, нарушение нормальной работы основных соматических систем при грубых деформациях позвоночного столба, косметические дефекты, приносящие моральные страдания формирующейся личности. Изменение формы позвоночника и грудной клетки лишь демонстративное проявление сколиоза, а следствием его является глубокое нарушение функций основных органов и систем организма, приводящее к ранней инвалидизации больных [1, 2].

Цель

Изучить показатели первичной инвалидности (ПИ) у пациентов с о сколиозом, ее нозологическую структуру и региональную распространенность.

Материал и методы исследования

Исследование ПИ вследствие сколиоза в Республике Беларусь за 2006–2015 гг. проведено с использованием автоматизированной информационной системы «Инвалидность», функционирующей на базе ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации». Первичная инвалидность — инвалидность, устанавливаемая пациенту впервые в его жизни в связи с наличием у него ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, вызванных последствиями заболевания или травмы. Исследованы нозологическая структура и тяжесть ПИ вследствие сколиоза, ее региональные значения. Нозологическая структура первичной инвалидности вследствие сколиоза исследовалась по следующим кодам Международной классификации болезней (МКБ-10): M41.0 Инфантильный идиопатический сколиоз (ИС); M41.1 Юношеский ИС; M41.2 Другие ИС; M41.3 Торакогенный сколиоз; M41.4 Нервно-мышечный сколиоз; M41.5 Прочие вторичные сколиозы; M41.8 Другие формы сколиоза; M41.9 Сколиоз неуточненный; Q67.5 Врожденная деформация позвоночника; Q76.3 Врожденный сколиоз, вызванный пороком развития кости [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ ПИ вследствие сколиоза среди всего населения Республики Беларусь за период 2006–2015 гг. определил, что среднее значение ПИ составило 0,7 ± 0,018 на 10 тыс. населения. Наиболее высокой значение ПИ — первое ранговое место — отмечалось в Витебской области — 0,1 на 10 тыс. населения, на втором ранговом месте — Гродненская область — 0,09 на 10 тыс. населения, на третьем — Гомельская область — 0,08 на 10 тыс. населения. Наиболее низкое значение ПИ отмечалось в Брестской и Минской областях, составив по 0,05 на 10 тыс. населения (таблица 1).

Репозиторий ГомГМУ