

Отмечена тенденция к увеличению числа госпитализированных пациентов, росту пациентов с мочекаменной болезнью, инфекционно-воспалительными заболеваниями органов мочеполовой сферы и доброкачественной гиперплазией предстательной железы, что и подтверждается прогнозными показателями. Уменьшение количества пациентов с травмами мочеполовой системы свидетельствует об улучшении качества жизни городского населения и факторов социально-экономического развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Богданов, Р. Х.* Анализ состояния и развития заболеваемости, моделирование и алгоритмизация диагностик и процесса рационального управления лечением урологических заболеваний / Р. Х. Богданов. — М.: Практика, 2000. 159 с.
2. *Гланц, С. И.* Медико-биологическая статистика / С.И. Гланц. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
3. Образование в урологии — [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://uroweb.ru>.

УДК 614.253

ДОЛЖЕН ЛИ ВРАЧ СООБЩАТЬ БОЛЬНОМУ О ДИАГНОЗЕ

Рафальская Н. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Развитие общества и медицины ведет к установлению отношений между врачом и пациентом на основе сотрудничества и доверия. При этом на первый план выходит проблема полной информированности пациента о состоянии его здоровья и врачебной правды. Реакция на болезнь и отношение к ней у больных могут быть разными — это зависит от эмоционально-психологического склада и мировоззрения больного.

Многие годы, принимая решение, сказать ли больному правду о его болезни, врачи основывались на этических принципах Гиппократов, главный из которых — «не навреди» — требовал от врача «окружить больного любовью и разумным убеждением», но при этом «оставить его в неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что угрожает».

Этическая проблема, оправданна ли «ложь во имя спасения», важнее всего для онкологии. В Советском Союзе врачи долгое время опирались на работы по медицинской этике выдающихся русских врачей. Родоначальник советской онкологии академик Николай Петров настаивал на том, что терминов «рак», «саркома» лучше избегать, заменяя их словами «язва», «сужение» и т. п. Другой онколог, президент АМН, академик Николай Блохин, писал, что, сообщая пациенту о диагнозе, врач должен учитывать настрой и психологию больного: «В отношениях врача и больного никогда не должно быть шаблонов, и обязательное сообщение больному всей правды о его болезни столь же неоправданно, как и обязательное сокрытие правды». Его последователь, директор РОНЦ им. Н. Н. Блохина Николай Трапезников, в конце 90-х годов прошлого столетия настаивал на том, чтобы пациент был полностью информирован по поводу диагноза и прогноза болезни, потому что благодаря достижениям онкологии диагноз «рак» перестал ассоциироваться с безысходностью.

Профессор ММА им. Сеченова Александр Недоступ утверждает: «Право больного на знание точного диагноза неэтично. Давать больному знакомиться с медицинской документацией — это безжалостно!» Врач-онколог, профессор Александр Киселев убежден, что сообщать больному диагноз можно лишь в тех случаях, когда человек не соглашается на лечение, без которого он умрет. «Даже когда пациент умоляет сказать ему правду и уверяет, что он все знает о своем диагнозе, на эту провокацию нельзя идти. Многие люди, считавшие себя «сильными личностями», на самом деле оказываются слабыми. Человек, узнав свой диагноз, может умереть не столько от болезни, сколько от отчаяния». Чтобы сообщить больному неприятный диагноз, врач должен обладать талантом психоаналитика, потому что трудно представить, какой будет реакция. Для одних суровая правда станет вы-

зовом, в ответ на который организм мобилизует все силы на борьбу. Для других может стать непреодолимой преградой, отняв силы и желание бороться.

В настоящее время специалистам доступны многочисленные зарубежные исследования психологии терминальных больных (*terminus* — конец, предел). Выводы и рекомендации ученых, как правило, не совпадают с принципами советской деонтологии. Исследуя психологическое состояние терминальных больных, узнавших о своем смертельном недуге, доктор Е. Кюблер-Росс и ее коллеги пришли к созданию концепции «смерти как стадии роста». Схематично эта концепция представлена пятью стадиями, через которые проходит умирающий (как правило, неверующий человек). Первая стадия — «стадия отрицания» («нет, не я», «это не рак»); вторая стадия — «протест» («почему я?»); третья стадия — «просьба об отсрочке» («еще не сейчас», «еще немного»), четвертая стадия — «депрессия» («да, это я умираю»), и последняя стадия — «принятие» («пусть будет»).

Результаты научных медико-психологических исследований совпадают с христианским отношением к умирающему человеку. Православие не приемлет лжесвидетельства у постели безнадежно больного, умирающего человека. «Соккрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами».

Врачи-онкологи очень часто стараются до последнего момента не сообщать больному раком его истинный диагноз, либо сознательно смягчают его, потому что боятся. Боятся за больного — что он сойдет с ума, умрет от инфаркта, сляжет с клинической депрессией. Боятся — и правильно делают: правда для онкологического пациента может оказаться хуже метастазов. Если лечит раковые заболевания современная медицина все успешнее, то предупредить, допустим, самоубийство, возникшее на почве канцерофобии, пока не в ее власти. Правда, тем, кто впервые услышал слово «рак» в отношении собственной персоны, от этого не легче. Страшное известие действует почти на всех одинаково: почти у половины развивается глубокая депрессия. Человек подсознательно начинает искать виновного в том, что заболел именно он. И находит! Как правило, в ближайшем окружении: в семье или на работе. Гораздо реже винит самого себя. Потом наступает вторая фаза реакции. Отчаяние сменяется надеждой: человек либо перестает верить, что у него действительно рак, либо, напротив, без остатка доверяется лечащему врачу, уповая на возможности современной медицины. Психологи называют это «охранительным торможением». Именно оно часто становится последним прибежищем безнадежных больных. И врачебная «ложь в успокоение» превращается в вариант святой лжи «во спасение».

Еще Гиппократ говорил, что лечение будет иметь успех лишь в том случае, если пациент доверяет врачу. Спору нет: больной в буквальном смысле доверяет врачу свою жизнь. У него просто нет другого выхода. Но доверяет ли врач пациенту?

В США от сокрытия точного диагноза онкологическим больным отказались в начале 50-х годов. Американцы руководствовались следующим соображением: пациент имеет право решать не потому, что его решение более разумно, а потому, что это его решение. Выберет он жизнь или смерть — это его выбор. Ему и отвечать.

Как ведет себя онколог в Европе или США? Приглашает к себе пациента, причем иногда не одного, а с близкими родственниками, и говорит примерно следующее: «Не пугайтесь, но у вас рак. Лучше всего немедленно сделать операцию. Есть альтернативные варианты: химиотерапия, лучевая терапия. Эти мероприятия обеспечат вам 10 лет качественной жизни. Операция стоит столько-то, терапия — столько-то. Выбирайте...» По сути, это разговор двух деловых людей — продавца и покупателя медицинских услуг. Пусть даже предмет сделки — здоровье и жизнь одного из них, переговоры проходят в деловой обстановке без обмороков и «заламываний» рук.

А что же у нас? Врачи долго, внимательно приглядываются к пациенту, прежде чем рискнут раскрыть хотя бы частично тайну его болезни. К сожалению, пациенты, сами часто не готовы принять правду о себе. Видимо, наши врачи все же лучше знают нашу ментальность и... жалеют нас. Не стоит навязывать этот разговор, если человек не готов к нему, именно поэтому правду о диагнозе лучше сообщать дозированно, постепенно подготавливая пациента. Иногда лучше, если эту миссию возьмут на себя родственники больного. И, наверное, надо всегда оставлять человеку надежду, что ему помогут если не вылечатся, то хотя бы облегчить страдания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 82.
2. Калиновский П. Переход // Последняя болезнь, смерть и после. — Екатеринбург, 1994. — С. 125.
3. Сгречча, Э. Биоэтика: учебник / Э. Сгречча, В. Тамбоне. — М., 2002. — С. 362–363.

УДК-616; 36-002-085:578.245

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ВНЕ БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ИЛИ С МИНИМАЛЬНОЙ БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Романова Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский институт»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический гепатит С (ХГС) остается одной из наиболее значимых проблем в здравоохранении. По данным ВОЗ в мире вирусом гепатита С инфицировано более 170 млн жителей (около 3 % населения) и ежегодный прирост инфицированных составляет более 3 млн человек [1]. Высокая распространенность ХГС, преобладание среди пациентов лиц молодого возраста, сложности ранней диагностики, возможность развития цирроза печени или гепатоцеллюлярной карциномы определяют актуальность совершенствования методов терапии хронических форм HCV-инфекции [2].

За последние годы достигнуты значительные успехи в терапии HCV-инфекции. Из всех ранее предлагаемых режимов терапии наиболее оптимальным является комбинированная терапия, как правило, сочетание альфа-интерферонов (ИФН) с аналогами нуклеозидов [3].

Унифицированы критерии оценки эффективности лечения с выделением биохимического (нормализация АлАТ) и вирусологического ответа (элиминация РНК или снижение титра РНК ВГС на 2 Iq и более). При этом выделяют следующие варианты вирусологического ответа: ранний ответ (оценивается спустя 12 недель от начала терапии), первичный ответ (оценивается на момент окончания терапии), устойчивый ответ (оценивается через 6 месяцев после окончания терапии), длительный ответ (оценивается через 12 месяцев после окончания терапии, не-ответ (отсутствие биохимического и вирусологического ответа), частичный ответ (только биохимический ответ) [5].

Факторы, прогнозирующие положительный ответ вируса гепатита С на лечение включают генотип (не 1b), низкий уровень РНК HС (менее 500000 МЕ/мл), отсутствие признаков формирования цирроза или фиброза печени, наличие раннего вирусологического ответа, незначительный стаж продолжения болезни (менее 5 лет), возраст (менее 45 лет) [4].

Однако эффективность терапии остается достаточно низкой. При использовании пегилированных интерферонов с рибавирином при 1b генотипе HCV около 50 %, при других генотипах — до 70–80 %. При использовании «стандартных» ИФН эффектив-