

тивная эвтаназия, по крайней мере в наше время, не имеет права на жизнь, так как скрывает в себе массу возможностей для неправильного применения акта эвтаназии. Например, в условиях нашего государства при бедности медицины эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих онкологией и СПИДом, на содержание и лечение которых недостает денежных средств. Единственным способом проявления эвтаназии в нашем обществе может являться добровольная и пассивная эвтаназия. Нужно четко и недвусмысленно сформулировать законодательную норму, согласно которой больной имеет полное право знать диагноз своей болезни, ее возможные последствия, степень риска неблагоприятного исхода при отказе от лечения, степень надежды на выздоровление. Также следует не допустить физического страдания умирающего, даже путем применения тех средств, которые в иных случаях были бы противопоказаны. Только в этом случае в итоге возможна смерть, но уже по воле самого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яровинский, М. Я. Хорошая смерть. Медицинская помощь. — М. Я. Яровинский. — М., 1996. — № 9. — С. 35–42.
2. Судо, Ж. Эвтаназия / Ж. Судо. — М., 1987.
3. Иванюшкин, В. Я. Правовые и этические аспекты эвтаназии / В. Я. Иванюшкин, Е. А. Дубова // Вестник АМН СССР. — 1984. — № 6. — С. 72–77.
4. <https://news.tut.by/society/133737.html> (11.03.12).
5. [https://medconfer.com/node/1785\(11.03.12\)](https://medconfer.com/node/1785(11.03.12)).

УДК 616-083-006

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ

Сазоненко А. Л.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

До периода Просвещения, чтобы констатировать смерть больного, его родственники приглашали тех, кто был далек от знания физиологии человека, а врач, который не смог вылечить пациента, избегал находиться с ним, руководствуясь аксиомой Гиппократов: «... и не подобает врачу навещать мертвеца...» (Афоризмы Гиппократов). Сегодня, именно врач стал тем человеком, который констатирует смерть. Именно больница стала основным местом рождения и смерти человека. В современном мире медицина достигла таких высот, что даже в самых сложных ситуациях при помощи необходимого оборудования можно сохранить жизнь человека, даже если при этом он находится в очень тяжелом состоянии.

Паллиативное лечение (от лат. *pallium* — покрывало, покров, покрытие, маска, плащ) — это активная всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются: купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем (ВОЗ, 2002 г.).

Паллиативная медицинская помощь — специализированная медицинская помощь, оказываемая пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания, предусматривающая купирование боли и других симптомов, когда дальнейшее применение специальных, сложных, высокотехнологических или уникальных методов оказания медицинской помощи ограничено либо исчерпано [1].

Формы оказания паллиативной помощи: помощь на дому; стационарная помощь в специализированных (хоспис) или традиционных медицинских учреждениях; дневные стационары и поликлиники; в домах для престарелых и инвалидов; неотложная помощь; «помощь выходного дня» (respite care), предоставляющая возможность дать отдых лицам, постоянно ухаживающим за больным.

Паллиативная медицинская помощь охватывает период от момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до смерти; длительность этого периода может варьировать от нескольких дней, недель или лет (из рекомендаций Комитета Министров Совета Европы государствам — участникам по организации паллиативной помощи).

Принципы паллиативной помощи:

- обеспечивает избавление от боли и других симптомов;
- утверждает жизнь и считает умирание естественным процессом;
- не имеет намерения ни приблизить и ни отсрочить наступление смерти;
- включает в себя психологические и духовные аспекты помощи пациенту;
- предлагает систему поддержки, позволяющую пациенту жить настолько возможно активно до самой смерти;
- предлагает систему поддержки родственникам пациента во время его болезни и смерти;
- для удовлетворения всех нужд пациента и его семьи использует командный метод работы, в том числе, при необходимости, психологическое консультирование в период тяжелой утраты;
- повышает качество жизни пациента и может оказать положительное влияние на течение заболевания;
- начинается на ранних стадиях болезни в совокупности с другими методами лечения, направленными на продление жизни, такими как химиотерапия, радиотерапия, и включает исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования неприятных клинических осложнений.

Как любое лечение, данная терапия имеет свои положительные и отрицательные стороны:

Положительные:

- облегчение симптомов, беспокоящих пациента;
- ощущение того, что было сделано все возможное;
- увеличение продолжительности жизни;
- улучшение качества жизни тяжелобольных людей.

Отрицательные: развитие побочных эффектов от приема лекарственных средств; развитие осложнений; неэффективность проводимого лечения; ощущение того, что в результате лечения пациенту стало хуже.

Говоря о паллиативном лечении нельзя не сказать о хосписах. Хоспис (от лат. *hospitium* — гостеприимство) — медико-социальное учреждение для оказания паллиативной помощи неизлечимым больным в последней стадии заболевания.

Этим термином с VI в. н. э. обозначали места отдыха паломников. Первые хосписы обычно располагались вдоль дорог, по которым шли основные маршруты христианских паломников. Это были, в определенном смысле, дома для уставших, истощенных или заболевших странников. Однако хосписы помогали также и местным жителям.

Основные положения концепции хосписов:

- хоспис оказывает помощь неизлечимым больным в последней стадии заболевания, подтвержденного медицинскими документами;
- первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются пациент и его семья. Уход за пациентами осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники пациентов и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписах;
- хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь пациентам;
- в хосписе может быть реализован принцип «открытости диагноза». Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально;
- вся совокупность медико-социальной и психологической помощи пациенту должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей;

— каждому пациенту в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт (осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд);

— источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций [2].

Однако, попасть в хоспис не просто. Количество койко-мест ограничено. На помощь больным и умирающим людям выделяются средства, которых не хватает. Лекарства от этих заболеваний, как правило, оцениваются по двум параметрам: насколько они продлевают жизнь пациента и каким оказывается качество этой жизни? Для этого используется так называемый показатель QALY (Quality-adjusted life years — добавленные годы жизни с поправкой на качество). К примеру, лекарство, продлевающее жизнь на год, но ухудшающее ее качество на половину, имеет показатель QALY примерно 0,5. А препарат, который восстанавливает качество жизни с 50 % уровня до полноценного, не продлевая ее, тоже оценивается в 0,5 QALY. В связи с этим можно устанавливать ценовой порог, при превышении которого лекарство становится экономически нецелесообразным. В Британии, например, рекомендовано не превышать цену в 20–30 тыс. фунтов (30–45 тыс. долларов) за год полноценной продленной жизни, то есть, лечение препаратом с показателем 0,5 QALY не должно обходиться дороже 10–15 тысяч фунтов (15–22,5 тыс. долларов) в год.

Пожалуй, самыми удивительными оказались результаты опроса в Сингапуре. Его проводили как среди пожилых, но в целом, здоровых респондентов, так и среди пациентов на поздних стадиях неизлечимых заболеваний. Большинство участников опроса, каждой из групп, было готово заплатить до 7,5 тыс. долларов за курс лечения, продлевающего жизнь на год. Но при этом, они с готовностью отдали бы в два раза больше денег (15 тыс. долларов) на паллиативные меры — к примеру, на оплату медицинского ухода, позволяющего им умереть дома, а не в больнице [3].

При паллиативном лечении не все зависит только от врача, поддержка и помощь близких и родных людей очень важна в достижении положительных результатов. Даже Гиппократ говорил: «...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности...» (Афоризмы Гиппократа).

Пока мы здоровы и полны сил, пока можем решать наши проблемы, общаться с людьми, мы не задумываемся о том, что рядом с нами живут люди с неизлечимыми заболеваниями. Они живут сегодня, а завтра... Завтра у них может и не быть. Если заглянуть в их глаза, то вы увидите, сколько там грусти и боли, отчаяния и надежды. Но ни у кого из них мы не увидим равнодушия.

Заключение

В жизни каждому человеку нужна эмоциональная поддержка, удовлетворение от достижения поставленной цели, радость от общения со своими родными и близкими. Особенно в этом нуждаются люди, больные неизлечимым заболеванием. Паллиативное лечение — одно из тех средств, которое предоставляет такую возможность. Оно дает надежду на продление жизни, шанс закончить начатое, сказать родным и близким о своих чувствах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2008 № 225 «О некоторых вопросах организации оказания медицинской паллиативной помощи пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания, утверждении Инструкции о порядке организации деятельности хосписа и признании утратившими силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июля 2001 г. № 48 и пункта 8 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2006 г. № 117».

2. Хосписы. Сборник материалов: литературный обзор, рекомендательные и справочные материалы. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», — 2011. — С. 4–10.

3. David Robson. Сколько стоит дополнительный год жизни? / David Robson // BBC Future (Электронный ресурс). — Режим доступа: http://ichef.bbci.co.uk/wwfeatures/wm/live/1600_640/images/live/p0/39/tp/p039tp5b.jpg. — Дата доступа: 19.03.2017.