

это источник получения каких-либо социальных льгот, пособий, у них нет желания выздороветь, так как это влечет за собой потерю материальных средств, иногда это средство манипулирования близкими и окружающими людьми. В таких случаях болезнь является страшным злом и разрушает личность человека. К счастью, в обследованной группе количество таких пациентов оказалось небольшим. Развитие болезни у людей, испытывающих раздражение и задающих вопрос «чем я хуже?», в нравственном отношении можно рассматривать двояко. Во-первых, подобная ситуация может привести к размышлениям о Боге, о своей греховной сущности и привести к изменению жизненной позиции. Во-вторых, раздражительность, гнев разрушают работу сердечно-сосудистой системы и чреваты развитием неврозов. Болезнь в данном случае может стать и судьбоносной ситуацией, и наказанием. Неприятие болезни можно расценить как бегство от себя, уход от реальной действительности, что впоследствии может привести к худшему результату — потере себя, что с богословской точки зрения является карой за богоотступничество.

Итак, в результате проведенного исследования выявлено, что большая часть пациентов-пожарных имеет смиренное отношение к своей болезни и жизнеутверждающий настрой на выздоровление. Только 9,4 % пожарных (20 человек) нуждаются в помощи психолога и врача.

В заключение, хочется отметить, что нравственная польза болезни состоит в том, что человек задумывается о смысле своей жизни, переоценивает жизненные ценности и пациент движется к покаянию, к Богу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. — М.: Российское Библейское общество, 2008.
2. Когда поставлен диагноз: о науке болеть и выздоравливать: сборник. — М.: Изд-во Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2011. — 80 с. — (Православие в жизни).
3. Христианское отношение к здоровью и болезни. — М.: Центр Благо», 2000. — 32 с.
4. Кириллов, О. В. Здоровье и болезнь: Из жизни и поучений святых отцов XIX–XX веков / О. В. Кириллов. — М.: Изд-во Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2016. — 112 с. — (Православие в жизни).
5. Зорин, К. В. Встань и ходи: шаги к выздоровлению / К. В. Зорин. — 2-е изд., исправ. и доп. — М.: Русский Хронограф, 2011. — 336 с.

УДК 616-083

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Похожай В. В., Карнович А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

*Мы не можем добавить времени
к ограниченной жизни наших пациентов,
но обязаны добавить Жизни
к ограниченному времени...*

Вальтер Ханс Штрибель

Введение

Онкологические заболевания являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем современного общества. Данные экспертов ВОЗ свидетельствуют, что ежегодно в мире регистрируется более 10 млн случаев впервые диагностированных злокачественных новообразований.

В нашей стране число пациентов с онкологическими заболеваниями составляет ~2,5 тыс. на 100 тыс. населения, впервые установлен диагноз у 43 тысяч жителей республики. Каждый 32-й взрослый белорус состоит на диспансерном учете как пациент с онкологическим заболеванием.

Цель

Определить роль паллиативной помощи в современном общественном здравоохранении.

Материал и методы исследования

Анализ и обобщение научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Инициатором рождения системы помощи инкурабельным раковым больным — паллиативной помощи, является Всемирная организация здравоохранения. В начале 80-х гг. отдел онкологии ВОЗ начал развитие глобальной инициативы по внедрению мероприятий, обеспечивающих адекватное обезболивание и доступность опиоидов для больных раком во всем мире. Хотя в то время купированию боли у онкологических больных уделялось уже большое внимание, именно эта проблема стала краеугольным камнем в развитии паллиативной помощи. На многих языках были изданы руководства, некоторые из которых стали бестселлерами, началась борьба за обеспечение доступности опиоидов для раковых больных. В связи с быстрым ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями во всем мире в 1982 г. ВОЗ объявляет о необходимости создания нового направления здравоохранения и предлагает его определение. В соответствии с этим определением паллиативной помощью называлась «активная всесторонняя помощь пациентам в том случае, когда лечение оказывается уже неэффективным». Главной задачей этой помощи является купирование боли и других патологических симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем больных. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни больных и их семей.

В прежнем определении ВОЗ (1982 г.) паллиативная помощь понималась, как помощь больным, радикальное лечение которым уже не показано. Эта формулировка суживала определение паллиативной помощи, и она должна была трактоваться как помощь на последних стадиях заболевания. Сегодня общепризнанно, что принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае любого хронического инкурабельного заболевания. Это изменение появилось благодаря новому пониманию того, что проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях болезни. Симптомы, лечение которых не было начато сразу, очень трудно устранить в последние дни жизни больного.

В связи с «выходом на арену» СПИДа, стремительным старением населения и увеличением числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями в 2002 г. ВОЗ дает новое определение паллиативной помощи. В то время как ранее паллиативной помощью должна была быть предоставлена больным злокачественными новообразованиями, сейчас паллиативная помощь распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями, представляющими угрозу для жизни пациента, среди которых, конечно, основную массу составляют больные раком.

Паллиативная помощь — направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного (уносящего жизнь) заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий, путем раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других симптомов — физических, психологических и духовных.

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. Неправильным было бы считать, что умирающий больной нуждается только в уходе. На самом деле существует много профессиональных тонкостей, необходимых для облегчения страдания, которые могут решить только подготовленные специалисты.

Можно выделить три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни: пациенты, страдающие злокачественными новообразованиями 4 стадии; пациенты, страдающие СПИДом в терминальной стадии; пациенты, страдающие неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и

почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

По мнению специалистов паллиативной помощи, критериями отбора являются: ожидаемая продолжительность жизни не более 3–6 мес.; очевидность того факта, что последующие попытки лечения нецелесообразны (в том числе твердая уверенность специалистов в правильности поставленного диагноза); наличие у пациента жалоб и симптомов, которые требуют специальных знаний и умений для проведения симптоматической терапии и ухода.

Существуют многообразные формы оказания паллиативной помощи пациентам. Однако все многообразие можно разделить на две основные группы — это помощь на дому и в стационаре. Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные в структуре больниц любого уровня, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты населения. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, которая может быть, как самостоятельной структурой, так и подразделением стационарного учреждения.

В Гомельской городской больнице № 4, которая находится в рабочем поселке Костюковка, в 2015 г. открылось отделение паллиативной помощи. В регионе оно пока единственное, в стране — четвертое (еще есть в Минске, Витебске и Могилеве). По стандартам на полумиллионный город положено 25 «обреченных» мест. Необходимость открытия данного отделения обусловлена тем, что в Гомеле и Гомельском районе в настоящее время проживают более 17 тыс. жителей, страдающих онкологическими заболеваниями, часть из которых нуждается в подборе индивидуального симптоматического лечения. Кроме этого, отделение предназначено для лечения пациентов, страдающих иными заболеваниями в стадиях, когда требуется специальное лечение. В первую очередь оно будет ориентировано на пациентов в тот момент, когда уже исчерпаны все возможности радикального лечения, но пациенту и его близким людям по-прежнему необходима врачебная помощь, духовная, психологическая и социальная поддержка. Поэтому в отделении создана атмосфера, максимально приближенная к домашнему уюту. С января 2016 г. планируется формирование бригад медицинских работников для оказания паллиативной медицинской помощи на дому.

Для удовлетворения потребностей больного в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо привлечение различных специалистов, как медицинских, так и немедицинских специальностей. Поэтому бригада или штат хосписа обычно состоит из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку, психолога, социального работника и священника. Другие специалисты привлекаются к оказанию помощи по мере необходимости. Используется также помощь родственников и волонтеров.

Как правило, люди, вовлеченные в оказание паллиативной помощи пациентам, начинают оказывать помощь на добровольной основе. Персонал должен понять и принять принципы паллиативной помощи и иметь квалификацию для ее проведения. Люди, работающие в хосписе, должны быть честными и способными проявить сострадание к пациенту. Люди, перенесшие горе потери своих близких не должны вовлекаться в оказание паллиативной помощи ранее, чем по прошествии 12 месяцев после этого события.

До настоящего времени в нашей стране практически вся работа по оказанию паллиативной помощи инкурабельным больным возложена на участковых терапевтов. Следовательно, значительная часть участковых терапевтов и сегодняшних студентов — будущих врачей неизбежно столкнется с этой проблемой в своей профессиональной деятельности. Поэтому, основы паллиативной помощи должны преподаваться не только онкологам, но и врачам общей практики, терапевтам и студентам медицинских вузов.

А самое главное — желание людей обеспечить терминальных больных и умирающих медицинской помощью и уходом, реализовав на деле тем самым принцип гуманности нашей медицины и основной принцип общечеловеческой и христианской этики.

Заключение

Несмотря на существующие проблемы, данная область медицины постепенно развивается: подготавливаются квалифицированные кадры, обновляется оборудование, внедря-

ются новые способы и методы. Каждый благотворительный фонд имеет под своей опекой не только взрослых и детей, нуждающихся в лечении, но и тех, кому осталось жить совсем недолго.

Все вышеперечисленное позволяет верить, что в ближайшем будущем качественный паллиатив станет обычной практикой, а не исключением, позволяющим смертельно больным людям без страха смотреть в будущее и не чувствовать себя вычеркнутыми из жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Стойчева, М. Г.* Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение / М. Г. Стойчева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 6. — 116 с.
2. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective / C. Sepulveda [et al.] // Journal of Pain and Symptom Management. — 2002. — № 24. — 103 p.
3. *Stjernswärd, J.* Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care / J. Stjernswärd // Journal of Pain and Symptom Management. — 2002. — № 24. — 296 p.

УДК 618.39-057.7-084

ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ У ПОДРОСТКОВ ПУТЕМ ПОВЫШЕНИЯ ИХ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОБРАЗОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Протасовицкая Ю.В.¹, Бондол А. Д.², Протасовицкая Я. В.³

¹Учреждение здравоохранения

«Речицкая центральная районная больница»

г. Речица, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Витебский государственный университет имени П. М. Машерова»,

г. Витебск, Республика Беларусь,

³Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Общеизвестно, что здоровье нации определяется здоровьем лиц репродуктивного возраста, состояние которого во многом зависит от условий роста и развития организма подростков. В настоящее время сексуальное поведение молодежи нередко обозначается, как рискованное и имеет ряд особенностей — ранний половой дебют, приемлемость для большинства юношей и девушек добрых связей, возрастание значимости сексуальной удовлетворенности, наличие непостоянных или нескольких половых партнеров, случайные половые связи [1].

Аборт часто приводит к ранним послеабортным осложнениям (кровотечение, эндометрит), хроническим воспалительным заболеваниям женских половых органов, внематочной беременности, осложненному течению последующей беременности, родов, послеродового периода и таким серьезным последствиям, как бесплодие, невынашивание беременности. У молодых женщин, прерывавших первую беременность аборт, риск развития рака молочной железы увеличивается в 2–2,5 раза. Это определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы профилактики аборт.

Ситуация усугубляется, а во многом и определяется отсутствием элементарных гигиенических знаний и информированности населения, прежде всего молодежи, о физиологии и патологии репродуктивной системы, а так же об основах профилактики нарушений функции репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания [2].

Чтобы уберечь подростков от ранней и опасной для здоровья беременности и ИППП, в Европе с 60-х гг. двадцатого века стали внедрять программы сексуального образования. Впервые они стали обязательным предметом в школах Швеции в 1955 г. В Германии обязательное половое воспитание в школе ввели в 1968 г., а в Австрии, Дании и Финляндии — в 1970 г. В те же годы оно стало внедряться в голландских и швейцарских школах. Одно-