

6. Щинов А.И. Влияние патогенетической терапии на микрофлору толстой кишки и выраженность эндогенной интоксикации у больных острой дизентерией. Автореферат дисс. к.м.н., СПб, 2008. – 22с.

П.А. Филимонова, П.А. Ошурков

**К вопросу об этико-социальных аспектах
ведения пациентов с верифицированным
генерализованным онкологическим процессом**

Аннотация: Современная практическая медицинская наука и деятельность располагается на стыке социального конфликта. Так, большинство заболеваний отражаются на социальной активности человека, оказывая влияние на все большинство сфер его жизни. При этом, косвенным участниками формирующихся проблем в большинстве случаев становится лечащий доктор пациента, вынужденный решать как сугубо медицинские вопросы, так и сопутствующие социальные проблемы. Деятельность практикующего врача-специалиста регламентируется как официальными правовыми законодательными актами, так и морально-этическими принципами и устоями, сформировавшимися в процессе становления медицинской науки.

Пациенты с генерализованным онкологическим процессом и сопряженной низкой ожидаемой продолжительностью жизни, являются сложной в отношении реализуемых социальных и медицинских подходов к лечению категорией лиц, в отношении которой целесообразна реализация индивидуального подхода как к лечению, так и к общению с данной категорией лиц. Целесообразно проведение воспитательных и образовательных мероприятий в отношении медицинских работников, начиная с первых ступеней обучения, для прививания им высоких морально-этических принципов, способствующих принятию достойных, медико – и социально обоснованных решений в последующей практической деятельности.

Ключевые слова: Онкологический процесс, диагноз, медико-социальные аспекты.

Summary: Today's applied medical science and work is settled on a joint of a social conflict.

Thus, the majority of illnesses are reflected the social activity of a person, by influencing on more and more of his life spheres. For all that, in most cases a doctor becomes an indirect participator of patient's forming problems and has to solve not only medical but concomitant social issues as well. The practicing physician's work is regulated by both legislative acts and moral and ethical principles that have being formulated during the process of a medical science formation.

Patients with generalized oncological process and coupled with low life expectancy are a complicated category regarding to realizable social and medical ways of treatment. Due to this reason it is necessary to realize an individual approach to both treatment and intercourse. It is expedient to organize educational procedures to health-care workers from the very beginning of their education in order to engraft moral and ethical principles than can help in making adequate, medical, social and well-founded decisions in their future practical activity.

Key words: Cancer generalized process, ethical aspects

Современная практическая медицинская наука и деятельность располагается на стыке социального конфликта. Так, большинство заболеваний отражаются на социальной активности человека, оказывая влияние на все большинство сфер его жизни. При этом, в силу ряда обстоятельств, косвенным участником формирующихся проблем в большинстве случаев становится лечащий доктор пациента, вынужденный решать как сугубо медицинские вопросы, так и сопутствующие социальные проблемы. Так, на плечи практикующего врача ложится ответственность не только за определение тактики ведения пациента, постановку правильного и полноценного диагноза, но и решение вопросов степени стойкой или временной утраты трудоспособности, имеющих отношение как к качеству жизни пациента, возможности продолжения работы его в той или иной сфере деятельности, так и глобально – влияя на экономику страны в целом. Следует отметить, что в силу особенностей современного общества, в ряде ситуаций лечащий врач оказывается вынужденно вовлеченным в более меркантильные и низменные социальные проблемы, сопряженные с заболеванием

пациента. Так, помимо непосредственной лечебной работы, медицинские работники могут оказаться участником судебных процессов, следствий, сопряженных с этим бесед с представителями органов правопорядка в случае криминальных травм и прочих влияний, полученных пациентами до обращения в лечебное учреждение за медицинской помощью. Следует обратить внимание, что помимо вышеуказанного, лечащий доктор оказывается обязанным работать с родственниками пациента и с самим пациентом, озвучивая медицинское заключение, диагнозы, прогнозы, перспективы и т.п. В подобных ситуациях врач выступает не только как специалист, но и как психолог, работник социальной сферы, реализует свои характерологические, человеческие качества. Наряду с этим, существует ряд спорных, сложных в решении и беседе социальных проблем, в которые врач вовлекается чаще «проблемными» родственниками пациента, в случае неблагоприятного прогноза для жизни пациента, прижизненно начинающих решать, в частности, материальные вопросы перераспределения наследства, принимающих попытки оказывать давление на медицинский персонал, желая получить тот или иной вариант медицинских заключений и т.п. Подобные ситуации, благо, не так часты, однако в значительной степени оказывают негативное влияние как непосредственно на лечебный процесс, так и оставляют след во внутреннем мире, памяти и практической деятельности докторов.

В этой непростой ситуации деятельность практикующего врача-специалиста регламентируется как официальными правовыми законодательными актами, так и морально-этическими принципами и устоями, сформировавшимися в процессе становления медицинской науки. При этом, если первые из них строго диктуют порядок действий, регламентируют права и обязанности медицинского работника, то последние в значительной степени зависят от личностных качеств врача и приверженности его к высоким моральным принципам.

Особой категорией пациентов, ведение которой включает в себя некоторые из озвученных аспектов, является категория больных с верифицированным генерализованным онкологическим процессом. Особенностью данной категории лиц, являются крайне низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни. При этом, в ряде

случаев диагноз генерализованного онкологического заболевания, при котором весьма ограничены возможности хирургического и терапевтических методов лечения, устанавливается пациентам впервые. Так, ранее здоровый, ощущающий себя здоровым пациент, обратившийся, возможно, впервые за медицинской помощью, может оказаться в ситуации, когда лечебные возможности медицины сводятся к симптоматической и паллиативной помощи, направленной больше на улучшение качества жизни пациента, чем на достижение реконвалесценции. Безусловно, в подобных случаях возникает множество вопросов и социальных проблем, при необходимости пояснения диагноза самому пациенту и его родственникам, а также при необходимости в деликатной форме доведения до их сведения прогнозов и ожидаемых показателей продолжительности жизни.

По данным некоторых исследований, на первом месте среди причин страха, испытываемого человеком, на первое место большинство испытуемых вынесли страх смерти. Безусловно, существует некоторая корреляция этого показателя с возрастом испытуемых, однако грань между различными возрастными группами в этой ситуации прослеживается нечетко. С социальных позиций этот факт вполне объясним и вряд ли должен явиться предметом дискуссий. В этой связи предполагается, что пациент, которому должен быть сообщен прогностически неблагоприятный диагноз, испытает сильнейший эмоциональный стресс, который в свою очередь может оказать еще более негативное влияние на основное заболевание, его прогноз и возможности и приверженность пациента последующей терапии. По формальному признаку и официальным требованиям, каждый пациент имеет право знать свой диагноз. Безусловно, это так. Однако же ответственность за окончательное решение о сообщении полной или ограниченной во благо пациента информации о состоянии его здоровья ложится на плечи лечащего врача. С нашей точки зрения, не следует слепо следовать предписаниям, сообщая во всех случаях полную информацию о диагнозе и прогнозах. Так, известны случаи, когда пациент, воспринимая тяжелую информацию, принимает ее, в ряде случаев ограничивая ее для родственников, собирает себя и использует и распределяет время так, чтобы завершить наиболее важные с его точки зрения дела. Безусловно, это тяжелая ноша, но в ряде случаев этот подход

оказывается наиболее оптимальным и благоприятным для пациента в социальном плане. Однако же вопреки этому, известны случаи негативной реакции пациентов, желающих получить достоверную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, с последующими попытками совершения суицидальных действий, отказе от лечения и т.п. С нашей точки зрения, лечащий врач, ведущий такого пациента, должен выступить как тонкий психолог и чуткий человек, в деликатной форме сообщив диагноз и перспективы в том объеме самому пациенту и его законным представителям, в каком в данном конкретном случае он считает это целесообразным и оправданным. С точки зрения социальной проблемы, философии и медицины в целом, этот подход весьма сложен и неоднозначен, поскольку лечащий врач принимает на себя большую долю ответственности за судьбу пациента, принимая то или иное решение, однако же в ряде ситуаций может быть оправдан. В пользу его может быть приведен реально существующий пример, при котором в стационарах онкологического профиля пациенты носят медицинскую документацию в запаянных непрозрачных пакетах. Разумеется, этот вопрос может явиться предметом дискуссий и научного спора.

Второй, проблемой, с нашей точки зрения менее дискуссионной, однако же вызывающей споры в медицинских кругах, является вопрос экономической целесообразности проведения высокозатратных методов диагностики и лечения для пациентов с низкой ожидаемой продолжительностью жизни. Так, существуют два принципиально различных подхода. В одном случае, специалисты придерживаются мнения, что для пациентов, находящихся в терминальных стадиях онкологического процесса следует проводить паллиативную и симптоматическую медицинскую помощь в ограниченном объеме, не задействуя дорогостоящие методы лечения, не влияющие на продолжительность жизни, а преследующих своей целью исключительно повышение качества жизни данной категории пациентов. В качестве аргументов в пользу такого подхода приводятся экономические выкладки, свидетельствующие в пользу наибольшей эффективности вложения средств в «экономически перспективные» трудоспособные слои населения. С нашей точки зрения указанный подход крайне меркантилен, идет вразрез со всеми этическими принципами и моральными устоями

медицинской науки и общества в целом. Так, реализуя вышеприведенную схему, являющуюся порождением западной схемы рыночного общества, можно поставить под сомнение и целесообразность оказания медицинской помощи всем нетрудоспособным слоям населения, что уже имеет больше черт рабовладельческого и общества, общества неразвитого государства, бесчеловечно и не имеет права на жизнь. Медицинская помощь должна оказываться всем слоям населения вне зависимости от экономических интересов в полном объеме, включая все возможные методы диагностики и лечения. Это утверждение кажется истиной, не требующей обсуждения, однако же, как уже говорилось выше, рядом специалистов реализуется иной подход. Для пациентов с неблагоприятным прогнозом в отношении продолжительности жизни, безусловно, достижение высокого с точки зрения медицины качества этой жизни должно являться первостепенной задачей лечебных алгоритмов, лечение же должно оказываться бесплатно. В качестве аргумента в пользу последнего достаточно представить пациента с генерализованным онкопроцессом и множественными метастатическими очагами поражения позвоночного столба, при проведении которому дорогостоящего (но за счет государственных средств) хирургического лечения, ожидаемая продолжительность жизни составит не более 6 мес., но пациент сможет самостоятельно передвигаться и себя обслуживать; и напротив, при отказе от проведения хирургической помощи – продолжительность жизни та же, однако пациент прикован к постели, не способен передвигаться и обслуживать себя в связи с грубой степенью нарушения двигательной функции нижних конечностей, зависит от помощи и ухода окружающих.

Таким образом, пациенты с генерализованным онкологическим процессом и сопряженной низкой ожидаемой продолжительностью жизни, являются сложной в отношении реализуемых социальных и медицинских подходов к лечению категорией лиц, в отношении которой целесообразна реализация индивидуального подхода как к лечению, так и к общению с данной категорией лиц. Целесообразно проведение воспитательных и образовательных мероприятий в отношении медицинских работников, начиная с первых ступеней обучения, для прививания им высоких морально-этических принципов, способствующих принятию достойных,

медико – и социально обоснованных решений в последующей практической деятельности.

Литература

1. Дубских А.О. Оценка частоты лечебных и диагностических оперативных вмешательств, выполняемых по поводу метастатического поражения позвоночного столба: выявление групп интереса. Уральский медицинский журнал / Дубских А.О., Ошурков П.А., Горных К.А., Герасимов М.В., Филимонова П.А., Тарханов А.А., Шершевер А.С., Макеев О.Г. – Екатеринбург: 2015. – 120 с.

К.И.Максимова

Врачебная тайна и онкологический больной

Аннотация: Особенности общения с онкологическими больными и в наше время представляют собой важный аспект в практике врача любой специальности. Особенно это касается врачей, не имеющих большого опыта лечения таких больных. Такое общение осложняется проблемой выбора практикующего врача в вопросе полноты раскрытия медицинской тайны в отношении стадии онкологического процесса и прогноза дальнейшего состояния пациента. Неправильный подход в этом вопросе может только усугубить моральное состояние больного, что непосредственно влияет на качество проводимого лечения.

Материалы и методы: с сентября 2015 по февраль 2016 года было пролечено 20 пациентов с диагнозом опухоль Клацкин 4 тип. Доля мужчин и женщин оставляла 60% и 40% соответственно. Тип исследования – проспективное когортное исследование.

Заключение: объем предоставляемой пациенту информации в случае диагностированного неоперабельного опухолевого процесса должен выбираться индивидуально, основываться именно на том состоянии, которое больше всего влияет на качество жизни пациента в конкретный период времени.

Ключевые слова: врачебная тайна, онкология, этика.