

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.

Summary: Features of communication with oncologic patients still represent an important aspect in practice of the doctor of any specialty. Especially it concerns the doctors who don't have a wide experience of treatment of such patients. Such communication is complicated by a problem of a choice of the practicing doctor in a question of completeness of disclosure of medical secret concerning a stage of oncologic process and the forecast of a further condition of the patient. The wrong approach in this question can only aggravate a morale of the patient that immediately influences quality of the carried-out treatment.

Materials and methods: from September, 2015 to February, 2016 20 patients with the diagnosis a tumor Klatskin the 4th type were treated. The share of men and women left 60% and 40% respectively. Research type – проспективны kogortny research.

Conclusion: the volume of information provided to the patient in case of the diagnosed nonresectable tumoral process has to get out individually, be based on that state which most of all influences quality of life of the patient during the concrete period of time.

Key words: medical secret, oncology, ethics.

В настоящее время врачебная тайна объединяет в себе юридическое, этически-нравственное и философское понятие. Это – древняя, но не стареющая тема, отражающая мораль и мировоззрение общества на отношения врача с пациентом. Врачебная тайна появилась одновременно с профессией врача, и, хотя отношение общества к ней в различные эпохи изменялось, практически все великие врачеватели, гуманисты и философы считали ее соблюдение одним из непреложных принципом лечебной деятельности [2].

Местом зарождения врачебной тайны как понятия исторически считается Древняя Индия. Именно в индийском афоризме «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача – никогда!» находит отражение доверительное отношение пациента к лекарю. Моральный кодекс врачебной этики нашел отражение и в клятве Гиппократата, который обещал – «Чтобы при лечении – а также и без лечения – я не увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной» [2].

Но в дальнейшем наступает изменение в отношении общества в врачебной тайне. Данное понятие не упоминается с VI в н.э. до XVI в., после чего в Германии, Италии, Швейцарии и Франции публикуется «Корпус Гиппократата». Данный период в истории становится «вторым пришествием» Гиппократата, поскольку его авторитет среди европейских врачей достигает своего максимума. В то время врачи, получавшие степень доктора медицины на парижском медицинском факультете, обязаны были давать «Факультетское обещание», созданное на основе «Канона» перед бюстом Гиппократата. Известно, что когда Ф. Рабле получал диплом доктора медицины в Монпелье, ему, по обычаю того времени, не только вручили золотое кольцо, тисненый золотом пояс, плащ из черного драпа и малиновую шапочку, но и книжку сочинений Гиппократата, начинавшуюся «Клятвой» [4].

По аналогии с «Клятвой Гиппократата» в начале XX в. была составлена и сестринская «Клятва Флоренс Найтингейл» (получившая имя основательницы сестринской профессии, открывшей в 1861 г. в Англии первую в мире школу сестринского дела), где также указывалось на необходимость соблюдения в тайне подробностей из жизни больного [3].

В XX веке для регламентации отношений между пациентом и врачом были приняты ряд международных соглашений. Одним из первых документов стал «Международный кодекс медицинской этики». Он был принят Третьей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Лондон, Великобритания, октябрь 1949 года), дополнен 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, август 1968 года) и 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, октябрь 1983 года). В «Кодексе», в частности, провозглашалось, что – «Врач должен хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента» [1].

Врачебная тайна – определенным образом задокументированная информация о болезни, медицинском обследовании, осмотре и их результатах, интимной и семейной сторонах жизни гражданина [5]. Врачебную тайну (информацию о пациенте) следует отличать от медицинской тайны (информация для пациента). Медицинская тайна предусматривает сведения о состоянии здоровья человека, истории его болезни, а также сведения о цели

предложенных исследований и лечебных мероприятий, прогнозе возможного развития заболевания, которые врач обязан представить по требованию пациента, членов его семьи или законных представителей, за исключением случаев, когда полная информация может нанести вред здоровью пациента [2].

Работая по специальности хирургического профиля, где приходится сталкиваться с онкологическими больными раньше специалистов-онкологов, особенно ощущается на себе степень ответственности, что снова заставляет возвращаться к понятию врачебной тайны. Интересующей стороной данного понятия становится вопрос возможности скрывать тайну болезни от больного, ведь обязанность хранить информацию о больном от посторонних непреложна во все времена.

В связи с сохраняющимся ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями, высокими цифрами летальности при этих заболеваниях (занимает второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы), а также в связи с тяжестью самого онкологического процесса, сложностью диагностики и лечения, вопросы врачебной этики в онкологии сохраняют свою актуальность и значимость.

Врач сегодня должен учитывать, что многие больные хотят получить более полные и детальные сведения о своем заболевании, пользуются специальной литературой, критически оценивают все, что им сообщают лечащие врачи [6]. Исходя из этого следует уделять особое внимание вопросу передачи истории болезни или амбулаторной карты от врача к врачу (избегать контактирования больного с данной документацией, поскольку содержащаяся в ней информация может быть воспринята неправильно).

Решение вопроса о том, насколько детально следует информировать больного, во многом зависит от его человеческого характера и типа поведения [6].

В проведенном исследовании участвовали пациенты отделения абдоминальной хирургии НУЗ Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажи́рский. Всего было рассмотрено 20 пациентов с подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования ворот печени (опухоль Клацкин 4 тип – неоперабельная стадия). У всех пациентов диагноз был установлен первично на стадии наличия

осложнений опухолевого процесса – стриктура холедоха, механическая желтуха. Соотношение мужчин и женщин составляло 60% и 40% соответственно. Длительность госпитализации в среднем составляла 5 дней (4-7). При этом диагноз опухолевого процесса устанавливался на этапе дообследования перед госпитализацией, но лишь 2-е пациентов при первичном осмотре говорили о наличии у себя онкологии. Остальные 80% говорили о механической желтухе как о самостоятельном диагнозе, не связанным с новообразованием. Формулировка диагноза пациенту проводилась как минимум 3 раза за госпитализацию: при проведении процедуры чрескожного дренирования печеночных протоков, при утреннем обходе заведующего отделением, при выписке пациента. При этом в формулировке на первое место ставились осложнения (в частности механическая желтуха), а на второе – сам опухолевый процесс. Обращает на себя внимание тот факт, что пациенты в течение госпитализации обращались к лечащему врачу только с вопросами о сроках ликвидации желтухи, уточнение правил ухода за дренажной трубкой и употребления желчи. Пациенты не задавали вопросы о методах лечения самого опухолевого процесса, но интересовались методами профилактики повторного возникновения механической желтухи.

Оценивая результаты наблюдений можно сделать следующий вывод. При диагностировании опухолевого процесса на стадии осложнений, существенно снижающих качество жизни пациента, лечащему врачу стоит акцентировать внимание на лечении осложнений и не вдаваться в вопросы этиологии и неоперабельности опухоли. Однако не стоит забывать, что подход к таким пациентам должен быть индивидуальным.

Литература

1. Бобров О.Е. Врачебная тайна – прошлое и настоящее.
2. Врачебная тайна – прошлое и настоящее // Скорая Помощь г.Бендеры URL: <http://rssmp.moy.su/publ/3-1-0-3> (дата обращения: 22.02.2016).
3. Врачебная тайна//URL: <http://mrmarker.ru/p/page.php?id=9688> (дата обращения: 21.02.2016).

4. Николаева Е.В., Сибатян С.М. Врачебная тайна: медицинские и юридические аспекты, вопросы разглашения // Главврач. – 2012. – № 3.
5. Риффель А.В. Избранные вопросы медицинского права. – 978-5-91327-018-4 изд. – М.: Академия Естествознания, 2008.
6. Чиссов В., Дарьялова С. Проблема врачебной тайны в онкологии.

Мурзина Ю. А.

В кругу ближнем

Аннотация: В статье приведен личный взгляд на состояние проблемы оказания помощи возрастным пациенткам со стороны близких родственников. Проблема «ненужности» пожилого человека, страдающего онкологическим или другим тяжелым заболеванием, в семье. Важность и значимость человека, женщины, матери, особенно близкого и родного человека с позиций гуманизма и идеализма.

Ключевые слова: гуманизм, рак молочной железы, психотерапия рака, уход за гериатрическим пациентом.

Summary: In the article there is a personal view of the state of the problem of support patients from family. The problem of “uselessness” of elderly women involved by cancer or other serious illness in the family. There are importance and significance of human, woman, mothers, especially near and dear man from the standpoint of humanism and idealism.

Key words: humanism, breast cancer, psychotherapy of cancer, care for geriatric patients.

Я онколог-маммолог. Специфика моей профессии такова, что сталкиваешься с женщинами разных возрастов, профессии, религии, социального статуса и, конечно же, с разным мировоззрением, густо замешанным на воспитании, образовании, особенностях личной «устроенности» или неустроенности, приправленном ню-