

## **ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ В КУРАЦИИ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Л.М.Пасиешвили, д.м.н., профессор

Кафедра общей практики – семейной медицины и внутренних болезней, Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков (Украина)

В последние годы как на амбулаторном этапе приема врачей первичного звена, так и в стационаре отмечается рост соматической патологии с тяжелым течением патологического процесса. Несколько моментов определяет такой негативный «прогресс». Во-первых, увеличивается количество пациентов старших возрастных групп, когда сочетание двух и более заболеваний является «закономерным» и определяет состояние больного. Во-вторых, изменение экономических условий в стране, где не последнюю роль играет военная обстановка, повышение прожиточного минимума при неадекватности пенсионного обеспечения, приводит к обнищанию населения, что не позволяет своевременно обращаться к врачам и приобретать лекарственные препараты. В-третьих, довольно высокая стоимость медикаментов вынуждает пациентов проводить взаимозаменяемость их, которая далеко не всегда соответствует назначенному лечению. Кроме того, в последнее время неоднократно поднимался вопрос о подделке медикаментов, что, конечно же, пагубно сказывается на терапии. И если сам возраст больных является тем предиктором, который обеспечивает коморбидность, то и перечисленные факторы «добавляют» к ее течению.

Одним из этапов подготовки врачей-интернов терапевтического профиля и семейных врачей является соматический стационар, работа в котором позволяет лучше оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику с учетом современного оснащения клиники, отметить эффективность терапии и осуществлять динамическое наблюдение. И если мононозонологии у лиц молодого возраста (пневмонии, бронхиты, циститы и др.) позволяют проводить лечебные мероприятия на амбулаторном этапе, то лечение декомпенсации сердечно-сосудистых, пульмонологических, эндокринных и других нозологий осуществляется только в условиях стационара, что дает возможность предупредить или приостановить прогрессирование заболевания.

Лечение таких тяжелых больных в соматических стационарах всегда настраивает медицинский персонал отделения на слаженную постоянно контролируемую работу не только лечащим врачом и заведующим отделением, но и дежурным персоналом. Курация таких больных врачами-интернами не всегда простая задача. В силу тяжести пациента, особенно при расстройствах со стороны ЦНС, выраженной декомпенсации основного заболевания курация таких больных студентами практически невозможна. И все же задача преподавателя состоит в том, что бы молодые

врачи имели возможность общения с таким больным. В таком случае, следуя законам биоэтики, мы, прежде всего, обращаемся к таким пациентам с вопросом о возможности беседы с ними. Обращение преподавателя к такому больному осуществляется в мягкой доброжелательной форме с объяснением предпосылок такой беседы. Мы, прежде всего говорим о том, что растущая смена врачей, не обременяя больного назойливыми и в тот момент непринципиальными вопросами расспросит больного о формировании заболевания, его течении используемой терапии и факторах, приведших к его обострению или прогрессированию. Если же по какой-то причине больному тяжело разговаривать с пациентом, мы договариваемся о том, что преподаватель расскажет о заболевании у постели больного и только необходимое уточнение какого-либо симптома позволит обратиться к больному. Обычно пациенты благосклонно относятся к таким беседам и не возражают против присутствия интернов у их постели, объясняя это тем, что необходимо готовить молодую смену, и они согласны принять интернов для беседы. В таких беседах у постели тяжелого больного преподаватель старается не заострять отдельные вопросы, особенно, если это касается перспектив течения заболевания, его лечения и прогноза. При этом мы всегда напоминаем интернам, что существует врачебная тайна и увиденное ими в клинике не может быть темой обсуждения в другой среде, тем более с соседями, в транспорте или сослуживцами больного.

Объективный осмотр таких больных не всегда в полной мере позволяет оценить состояние ряда органов и систем. Так, в случае, если наблюдается декомпенсации сердечно-сосудистой системы и больной занимает вынужденное положение (сидит), то мы не можем оценить состояние печени, селезенки или других органов. В таком случае, после того, как мы покидаем палату больного, пожелав ему выздоровления и поблагодарив за возможность общения с ним, мы разбираем увиденное и оцениваем результаты дополнительных методов исследования, имеющих место в истории болезни.

Довольно часто бывают ситуации, когда у постели такого больного находятся близкие родственники. Тогда некоторые вопросы, которые нам не удалось задать пациенту или требующие уточнения, мы задаем им.

Такие курации тяжелых больных заставляют не только развивать свои навыки специалистов, но и учат общению с такими больными: соблюдать этические и биоэтические моменты, оценивать тяжесть состояния по занимаемому положению, жалобам больных при порой неполной объективной симптоматике. Работа с такими больными помогает интернам контролировать свое поведение у постели тяжелого больного, подбирать слова при беседе с пациентом, не акцентируя внимание на тяжести состояния, а говоря о возможном улучшении самочувствия на проводимой терапии.

В последние годы этические подходы при курации больных приходится соблюдать при избыточной массе тела или ожирении пациентов. Особенно

болезненно на эти вопросы отвечают женщины, масса тела которых превышает сто килограммовый барьер. Это связано с тем, что лишь небольшое количество их связывают набор массы с родами; в большинстве же случаев разговор идет о переедании (однако это признают не все). При этом мы оговариваем, что не во всех случаях нужно педалировать эти вопросы и навязывать рекомендации. Из уст молодежи с нормальной массой тела эти пожелания могут звучать несколько оскорбительно, что негативно воспринимается больными.

С мужской половиной пациентов такие вопросы решаются проще: они с удовольствием рассказывают о «пивных нагрузках», прекращении курения, переедании и других моментах, которые, по их мнению, способствовали набору веса. В таких случаях беседы интернов воспринимаются чаще шуточно, т.к. большинство из них уверены в том, что никакие диеты их не спасут, поэтому нет смысла их соблюдать.

О соблюдении этических подходов говорится и при работе с больными с онкологическими заболеваниями. Довольно часто близкие родственники таких больных не хотят, чтобы о своей патологии знали пациенты. В таком случае мы предупреждаем врачей-интернов о том, чтобы не задавались вопросы, которые бы провоцировали и/или способствовали зарождению у пациентов мыслей о новообразованиях. Предварительно преподаватель оговаривает с лечащим врачом, в каком направлении он настраивает больного и о каком диагнозе с ним говорит. В этом же ключе работает и преподаватель-наставник группы. Все же разборы таких больных с интернами осуществляются за закрытыми дверями, где в подробной форме обсуждаются все вопросы.

Этическое воспитание врачей-интернов и рассмотрение конкретных биоэтических вопросов, на наш взгляд, в таких ситуациях наиболее приемлемо. Своим примером, а не только увещанием, педагог учит поведению с такими больными, при этом не только выступает в качестве старшего коллеги, но и показывает умение вести себя с такими пациентами, сопереживать и помогать пережить и продолжить жить с таким диагнозом. И при этом не последнюю роль играет личность педагога – учителя и коллеги, демонстрирующего свои навыки и умения.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

**Пасиешвили Людмила Михайловна** – доктор мед. наук, зав. кафедрой  
общей практики – семейной медицины и внутренних болезней  
Харьковского национального медицинского университета,  
Украина

**E-mail:** [pasiyeshvili@mail.ru](mailto:pasiyeshvili@mail.ru)