

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет



ЗБІРНИК
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ФУНДАМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»

14.04.2017 р.
м. Харків

Черепова А.А.
**ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-
ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра экстренной и неотложной медицинской помощи, ортопедии и
травматологии

Научный руководитель: Горячий Е.В.

В проблеме сердечно-легочной реанимации до сих пор остаётся немало нерешенных вопросов не только чисто медицинского и этического характера, но также и со стороны организационного и правового аспекта. Остаются актуальными и широко обсуждаемыми такие особенности сердечно-легочной реанимации, как то, в каком объеме и в течение какого времени следует проводить реанимационные мероприятия, когда они не показаны, в каких случаях следует отказаться от ЛСР. К сожалению, часто случается так, что врач анестезиолог-реаниматолог пребывает в информационном вакууме относительно правовых вопросов указанной проблемы на фоне того, что в стране растёт количество судебных исков к врачам данной специализации. Таким образом, на сегодняшний день возникла реальная потребность в ознакомлении медработников с документами, наделёнными юридической силой - протоколами о проведении сердечно-легочной реанимации. Протокол сердечно-легочной реанимации гласит, что выявления таких признаков, как бессознательное состояние, отсутствие дыхания и пульсовой волны на магистральных сосудах – вполне достаточно, чтобы поставить диагноз клинической смерти. В таком случае реаниматор обязан немедленно приступать к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции лёгких. Но как быть с больными находящимися на стационарном лечении, которые заведомо отказываются от медицинской помощи? Следует отметить, что закон предусматривает возможность отказа пациента или его родственников от медицинского вмешательства. В данном случае отказ оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином или его законным представителем, а также медработником с обязательным указанием возможных последствий. В практике врача имеют место быть ситуации, когда он обязан оказывать пациенту необходимую помощь, но близкие или родственники пациента настаивают на прекращении каких-либо медицинских вмешательств, дабы не продлевать страдания близкого человека. В такой ситуации действия реаниматолога будут квалифицироваться, как «эвтаназия», что напрямую запрещено ст. 281 Конституции Украины, а также ст. 52 «Основ законодательства Украины об охране здоровья». По-прежнему открытым остаётся вопрос о том, на основании каких признаков всё же можно судить о бесперспективности всех проводимых мероприятий на этапе дальнейшего поддержания жизни? В данном случае в решении этого вопроса будет большая доля субъективности, вследствие того, что каждый врач

опирается сугубо на свои знания и накопленный опыт, которые у всех, как известно, разные.

Черкасова А.А.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Введение. В настоящее время по данным официальной медицинской статистики фиксируется устойчивая тенденция к росту показателей распространенности психических заболеваний среди всех возрастных групп, в том числе детей и подростков школьного возраста, при этом в большей степени увеличение болезненности происходит за счет пограничных форм психической патологии.

Детям с врожденными и приобретенными пороками развития нужны специальные условия воспитания и обучения, направленные на коррекцию их недостатков, продвижение в общем развитии и социализации. Вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования, целью которого явилось изучение структуры и закономерностей формирования депрессивных невротических расстройств у детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Объектом исследования явилось 206 детей и подростков, обоего пола имеющих патологию развития опорно-двигательного аппарата (99 девочек и 107 мальчиков), в возрасте 10 – 17 лет.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования: клинико-анамнестический (специально разработанный анамнестический опросник для оценки микросоциальных условий жизни и обучения подростков, работа с медицинской документацией), клинико-психопатологический, дополненный специально разработанной картой оценки психического состояния, психодиагностические методы - СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник личности) (В.П.Зайцев, 1981), тест «Незаконченные предложения» (в модификации В.Л. Гавенко, 1988), а также разработанные на кафедре психиатрии методики определения суицидального риска и оценки самосознания смерти (В.Л. Гавенко и соавт. 1991), методы математической статистики.

Результаты и обсуждения. Анализ данных клинико-анамнестического исследования позволил выделить психосоциальные факторы риска, способствующие развитию невротических расстройств у лиц детского и подросткового возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Одними из наиболее значимых факторов являются психическая депривация и социальная дезадаптация, в следствие отсутствия толерантного отношения здоровых детей к детям с ограниченными возможностями, а так же трудностями в быту.