

© Е.А. Воронова, М.Я. Подлужная, Г.И. Девяткова

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия  
им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России*

*г. Пермь, Россия*

## **ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

**Аннотация.** Статья основана на анализе литературных источников по одному из приоритетных направлений в области охраны здоровья населения в России – формированию паллиативной медицинской помощи. Современная медицина столкнулась с необходимостью оказания помощи пациентам в терминальной стадии заболевания. Появление новой категории пациентов потребовало от здравоохранения расширения его функций – обеспечение качества жизни людей, страдающих от неизлечимых заболеваний, сопровождающихся невыносимыми страданиями и обеспечение их права на достойную смерть. Каждый медицинский работник в своей деятельности призван руководствоваться этическими принципами, которые составляют не юридические, а моральные основы медицинской практики. Они применимы к любой сфере медицинской деятельности, но особенно важны в паллиативной медицине. Применяя этику, разумно и активно общаясь с пациентами, можно разрешить некоторые непримиримые дилеммы, касающиеся жизни и смерти неизлечимого пациента. Исследования показали, что большинство пациентов, которые хотели бы эвтаназии, в действительности нуждаются в понимании, разъяснениях насколько это возможно – необходимости оказании ему адекватных диагнозу физической, духовной и психологической поддержки, качественной паллиативной помощи, что и является объективной альтернативой эвтаназии.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, incurable patient, этика, деонтология, эвтаназия.

© E.A. Voronova.M.Ya. Podluzhnaya, G.I. Devyatkova

*Perm State Academy of Medicine named after E.A. Vagner*

*Perm, Russia*

## **ETHICAL AND DEONTOLOGICAL PROBLEMS OF PALLIATIVE CARE**

**Abstract.** The article is based on the analysis of literature data on one of the priorities in the field of public health care in Russia- formation of palliative care. Modern medicine faces the need to assist patients at the terminal stage of a disease. The emergence of a new category of patients required from the health care service to broaden its functions – to provide the life quality of people suffering from incurable diseases accompanied by intolerable sufferings and to ensure their right to a dignified death. Every medical professional in his activities should be guided by ethical principles, which are not legal but moral foundations of medical practice. They are applicable to any area of medical activity, but are especially important in palliative medicine. Applying ethics, intelligently and actively communicating with patients, you can decide some irreconcilable dilemmas regarding the life and death of an incurable patient. Some studies have shown that most patients who would like to take the euthanasia procedure, in fact require understanding, explanations wherever possible - physical, spiritual and psychological support adequate to the diagnosis, high-quality palliative care, which is an objective alternative to euthanasia.

**Keywords:** palliative care, incurable patient, ethics, deontology, euthanasia.

Начало XXI века ознаменовалось возросшим вниманием государства и общества к проблемам здоровья населения. Одним из приоритетных направлений в области охраны здоровья населения в России является формирование паллиативной медицинской помощи. Современная медицина столкнулась с необходимостью оказания помощи пациентам в терминальной стадии заболевания. Появление новой категории пациентов потребовало от здравоохранения расширения его функций – обеспечение качества жизни людей, страдающих от неизлечимых заболеваний, сопровождающихся невыносимыми страданиями и обеспечение их права на достойную смерть[8].

Общество не может быть здоровым ни морально, ни физически, если оно не заботится о неизлечимо больных, а экономические проблемы становятся приоритетными по отношению к жизни тяжелобольных[8,11,12].

Профессия врача или медицинской сестры в общественной жизни играет особую роль, несет определенные обязанности. Высший закон медицинской профессии звучит как «*Salus aegroti suprema lex*» («Благо больного – превыше всего») [3]. Особое значение данный вопрос приобретает в паллиативной медицине.

Бурное, стремительное развитие медицинской науки ставит перед медицинскими работниками сложные этические проблемы: «Всегда ли цель оправдывает средства?», «Победа или поражение?», «Сколько или как?» Многие сложные вопросы не имеют однозначного ответа[2,7,11,12].

Проблемы этико-деонтологического характера в паллиативной помощи чрезвычайно многообразны. В одной публикации охватить весь спектр вопросов не представляется возможным. В данной публикации затрагиваются лишь отдельные ее стороны. Прежде всего, проблемы общения с инкурабельным пациентом, выбор и подача информации, добровольное

принятие пациентом решения о продлении жизни или ее прекращении, т.е. проблемы эвтаназии.

Человек, не получающий квалифицированной помощи в терминальном периоде болезни, может высказывать мысли об эвтаназии или суициде. Даже трудно представить, что переживает пациент, когда боль не купируется, а каждое движение доставляет только страдание. Именно для данной группы пациентов было введено понятие эвтаназии.

В последние годы за рубежом и в России все чаще в печати инициируется дискуссия о проблемах эвтаназии.

Термин **эвтаназия** – происходит от древнегреческих слов: **eu** – **хорошо** и **thanatos** – **смерть**. Это понятие было введено Ф. Бэконом в XVII веке. Рассуждая в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» (1605) о целях медицины, Ф. Бэкон останавливается на проблеме отношения к неизлечимым больным: «Я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями <...>, и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем» [1].

В 1826 г. CarlFriedrichHeinrichMarx(профессор клиники университета Goettingen) опубликовал статью о медицинской эвтаназии. То, что доктор Marx в XIX веке называл медицинской эвтаназией, в настоящее время именуется паллиативной медициной. Он говорил об эвтаназии как о науке, оценивающей тяжесть состояния больного, облегчающей боли и позволяющей трансформировать последнее и неминуемое событие в тихое и спокойное[9].

В современном понимании данный термин означает **добровольную, безболезненную** смерть и отражает естественное для каждого человека желание умереть легко и спокойно.

Медицинские работники должны понимать, что их долг — поддерживать жизнь, а не поощрять идеи пациентов убивать себя или ускорять

наступление смерти. Ни закон, ни общественная мораль не согласны с тем, что каждый имеет право требовать, чтобы другое лицо было ассистентом при завершении его жизни [5,6,7,9,11, 13]. К сожалению, паллиативная помощь не всегда может облегчить все страдания. Но в любом случае действия, направленные на прекращение жизни или ускорение наступления смерти, считаются незаконными и осуждаются общественной моралью [5,6,7,9,11, 13].

Легализация эвтаназии в ряде европейских стран, в т.ч. Голландии, формально выводит из криминальной сферы акты эвтаназии при определенных, очень строгих и в правовом плане легитимных обстоятельствах. Вместе с тем легализация эвтаназии не разрешает моральной дилеммы для медицинских работников. Никакой закон не вынудит их применить эвтаназию против их воли и совести. К тому же легализация эвтаназии не может адекватно предотвратить злоупотребления ею недобросовестными лицами, которые могут извлечь выгоду из смерти другого [5,6, 13].

В исследованиях, проведенных в США и Голландии, установлено, что к основным причинам прошения пациентами эвтаназии относятся не купируемый болевой синдром, депрессия, недостаточная социальная поддержка. Многие причины прошения эвтаназии могут быть поправимы, следует тщательно изучить их суть и по возможности убедить его отказаться от этой мысли.

В действительности большинство пациентов нуждается в понимании, разъяснениях, насколько это возможно, необходимости оказания ему адекватных диагнозу физической, духовной и психологической поддержки, качественной паллиативной помощи, что и является объективной альтернативой эвтаназии.

Это подтверждают многие пациенты хосписа, считая, что в жизни каждого человека рано или поздно наступает пограничный момент, пороговая ситуация, когда достаточно сделать один-единственный шаг, чтобы

переступить через черту жизни и смерти. В какую сторону будет сделан этот шаг – зачастую зависит уже не столько от самого человека, сколько от людей, окружающих его[10].

Всегда ли цель оправдывает средства при решении вопроса о продолжении лечения[11]. Существует несколько общих возможных направлений, которые может порекомендовать врач, оказывающий паллиативную помощь. При этом абсолютных критериев, позволяющих прекратить специальное лечение, почти не существует – каждого конкретного больного следует рассматривать как уникальный случай. При оказании помощи пациенту в терминальной стадии заболевания главным бывает вовремя перейти от специального лечения к активной паллиативной помощи.

Паллиативная медицина имеет реальную возможность продемонстрировать эффективность мер по повышению качества жизни больного и его родственников, по контролю патологических симптомов, в том числе болевого синдрома.

В клинической практике, особенно в паллиативной медицине, вполне реален конфликт различных этических принципов. При оценке их относительной важности необходимо отдавать предпочтение тому, что идет на благо конкретному больному.

Немаловажное значение придается предоставлению информации о состоянии здоровья пациента. Согласно Декларации о политике в области обеспечения прав пациента он имеет *право на исчерпывающую информацию* о своем здоровье: диагнозе, возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, прогнозе заболевания. Информация может быть скрыта от пациента лишь в тех случаях, если есть *веские* основания полагать, что предоставление медицинской информации не только не принесет пользы, но причинит пациенту серьезный вред. Информацию следует сообщать в *доступной* для пациента форме, минимизируя использование непривычных

для него терминов. Если пациент не говорит на обычном в данной стране языке, необходимо обеспечить ту или иную форму перевода. Кроме того, пациент имеет *право отказаться от информации* и это его желание должно быть выражено в явной форме; выбрать лицо, которому следует сообщать информацию о здоровье пациента [4].

Отказ раскрыть пациентам важную информацию об их здоровье может повлиять на способность пациентов принимать важные решения. Если «знание – сила», то пребывание в неведении означает пребывание в состоянии беспомощности и зависимости от медицинских работников. Скоропалительное сообщение окончательного, фатального диагноза может быть не просто безответственным, но и представлять существенное злоупотребление профессиональной властью, или, в лучшем случае, быть неуместным выражением профессионализма [7, 11, 12].

Дилеммы раскрытия истинной информации и конфиденциальности возникают из существующего конфликта между правами пациента и обязанностями лечащего его врача. Осознание пациентом неблагоприятного прогноза болезни (особенно при онкологической патологии) приводит, как правило, к длительной и тяжелой депрессии. В связи с этим в отечественной медицине существовала деонтологическая тактика не сообщать пациенту о возможном смертельном исходе. Однако, как правило, incurable больные получают травмирующую их информацию по другим каналам. При этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической невербальной экспрессией близких и избегающим поведением медперсонала оказывает весьма негативное влияние на больного. Поэтому необходимо ориентироваться на каждого больного в каждой конкретной ситуации.

Оказание паллиативной помощи невозможно без эффективного общения с пациентом. Никакие современные обезболивающие препараты не заменят больному человеческого общения. Беседа с пациентом – один из самых главных лечебных факторов в паллиативной помощи [2, 8, 12].

Проведение ее требует более интенсивной подготовки и планирования, чем назначение медикаментозной терапии. Научиться грамотно и профессионально разговаривать с умирающим больным нелегко, практически всегда у медицинского работника в той или иной степени возникает психологический дискомфорт.

Пациент должен быть расположен к общению; начиная разговор, необходимо иметь в запасе достаточно длительное время (может быть, несколько часов) на общение с больным; при сообщении пациенту о прогнозе его заболевания не следует говорить всю информацию сразу, необходимо ее дозировать. Диагноз сообщает врач, после достаточно продолжительного подготовительного разговора о проведенных исследованиях и имеющихся изменениях в состоянии здоровья. При общении надо стараться избегать медицинских терминов, которые могут быть непонятны или неправильно поняты больным; сообщение плохих новостей (диагноза) не должно выглядеть как вынесение приговора. Нужно быть готовым к проявлению различных, иногда очень сильных эмоций больного: гнева, отчаяния и др.; если понадобится, нужно быть готовым разделить с больным его сильные переживания; необходимо дать возможность выговориться пациенту; не следует проявлять неуместный оптимизм[2, 8, 12].

Поведение врача, медицинской сестры с точки зрения внутренних устремлений и внешних поступков должно мотивироваться интересами и благом пациента[3]. Отношение к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, является основной чертой профессиональной этики медицинского работника. Человеколюбие является не только основополагающим критерием выбора профессии, но и непосредственно влияет на успех профессиональной деятельности, в значительной степени определяет меру искусства врачевания[3].

Умение подчинить себя интересам больного, милосердие и самоотверженность – это не просто заслуживающие уважения свойства

личности врача и медицинской сестры, а свидетельство их профессионализма.

### Список литературы:

1. *Бэкон Ф.* Сочинения в 2 томах / сост., общая ред. и вст. статья А.Л. Субботина. – М.: Мысль, 1972 (1). – Т. 1. – С. 268–269.
2. *Бялик М.А.* Хоспис: этический выбор / М.А. Бялик // Медицинское право и этика. – 2002. – № 3. – С. 48–57.
3. Гиппократ. Избранные книги. – М.: Сварог, 1994. – 736с.
4. Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework), принята Европейским консультативным совещанием ВОЗ по правам пациента, г. Амстердам, 30 марта 1994 г. [электронный ресурс]. – URL: <http://www.med-practic.com/rus/608/2082/article.more.html> (дата обращения: 10.07.2014).
5. *Зильбер А.П.* Трактат об эвтаназии / А.П. Зильбер. – Петрозаводск: Изд-во Петр-ГУ, 1998. – 464 с.
6. *Иванюшкин А.Я.* Эвтаназия: проблема, суждения, поиск альтернативы / А.Я. Иванюшкин, Е.А. Дубова // Вестник АМН СССР. – 1984. – № 6. – С. 72–77.
7. *Иванюшкин А.Я.* Новая медицинская этика приходит из хосписа / А.Я. Иванюшкин // Человек. – 1994. – № 5. – С. 108–105.
8. Качество жизни. Медико-социальные аспекты: материалы научно-практической конференции / ГАОУ ДПО ПКЦПК РЗ. – Пермь, 2011. – 252 с.
9. *Кейн У.* Медицинская эвтаназия // Журнал по истории медицины и смежных наук. – 1952. – Vol.VII. – P. 401–416.
10. Паллиативная помощь в Кузбассе / *В.А. Березиков* [и др.]; ГУЗ Кемеровский областной хоспис. – Кемерово, 2009. – 36 с.
11. *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. – М.: Грань, 2001. – 192 с.
12. *Хетагурова А.К.* Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 240 с.
13. Маркина Н. В России нельзя «хорошо умереть» // Газета.ru. – 17 апреля 2013. – URL: <http://www.gazeta.ru/health/5258893.shtml> (дата обращения: 07.07.2014).

### References

1. Bekon F. Sochineniya v 2 tomakh [Compositions in 2 volumes]. Moscow: Mysl, 1972, vol. 1, composed and edited by A.I. Subbotin, pp. 268–269. (in Russian).

2. Byalik M.A. Khospis: eticheskiyvybor [Hospice: an ethical choice]. *Meditinskoepravo i etika*, 2002, no. 3, pp. 48–57 (in Russian).
3. Gippokrat. Izbrannyeknigi [Hippocrates. Selected books]. Moscow: Svarog, 1994. 736 p.(in Russian).
4. Deklaratsii o politike v oblastiobespecheniyapravpatsienta v Evrope (Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework), prinyataEvropeyskimkonsul'tativnymsoveshchaniem VOZ popravampatsienta, g. Amsterdam, 30 marta 1994 g [Declaration of the policy on the rights of a patient in Europe (Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework) adopted by the WHO European consultation meeting on patient's rights, Amsterdam, March 30, 1994]. Available at: <http://www.med-practic.com/rus/608/2082/article.more.html> (in Russian).
5. Zil'ber A.P. Traktatobevtanazii[Treatise on euthanasia]. Petrozavodsk: Petr-GU, 1998. 464 p. (in Russian).
6. IvanyushkinA.Ya.,Dubova E.A. Evtanaziya: problema, suzhdeniya, poiskal'ternativy[Euthanasia: problem, judgment, finding alternatives]. *Vestnik AMN SSSR*, 1984, no. 6, pp. 72–77 (in Russian).
7. IvanyushkinA.Ya. Novaya meditsinskayaetikaprikhoditizkhospisa[New medical ethics comes from the Hospice]. *Chelovek*, 1994, 5, pp. 108–105(in Russian).
8. Kachestvozhizni. Mediko-sotsial'nyeiaspekty [Life quality. Medical-social aspects]. Materials of the science and practice conference. GAOU DPOPKTsPK RZ, Perm, 2011. 252 p. (in Russian).
9. Cane W. Medical euthanasia. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1952, vol. 7, pp. 401–16 (in Russian).
10. BerezikovV.A. Palliativnayapomoshch' v Kuzbasse[Palliative care in Kuzbas]. Kemerovo, 2009. 36 p. (in Russian).
11. Siluyanova I.V. Bioetika v Rossii: tsennosti i zakony [Bioethics in Russia: values and laws]. Moscow: Gran, 2001. 192 p. (in Russian).
12. Khetagurova A.K. Palliativnayapomoshch': mediko-sotsial'nye, organizatsionnye i eticheskieprintsipy [Palliative care: medical-social, organization and ethical aspects]. Moscow: GOU VUNMTs MZ RF, 2003. 240 p.(in Russian).
13. Markina N. V Rossii nel'zja «horosho umeret'» [It's impossible “to die well” in Russia]. *Gazeta.ru*, 7 April, 2013. Available at: URL: <http://www.gazeta.ru/health/5258893.shtml>.

**Воронова Елена Александровна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС (тел: 8 (342) 212-09-85, e-mail: [ve-6971@mail.ru](mailto:ve-6971@mail.ru)).

**Подлужная Мария Яковлевна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС (тел: 8 (342) 212-09-85, e-mail:

rector@psma.ru).

**Девяткова Галина Ивановна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС (тел: 8 (342) 212-09-85, e-mail: rector@psma.ru).

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера», Минздрава России, Россия, 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26.

**Voronova Elena Aleksandrovna** – Candidate of Medical Science, associate professor of the department of public health and health care of the faculty of advanced doctors` studies (tel. 8 (342) 212-09-85, e-mail: ve-6971@mail.ru).

**Podluzhnaya Mariya Yakovlevna** – Doctor of Medical Science, professor of the department of public health and health care of the faculty of advanced doctors` studies (tel. 8 (342) 212-09-85, e-mail: rector@psma.ru).

**Devyatkova Galina Ivanovna** – Doctor of Medical Science, professor of the department of public health and health care of the faculty of advanced doctors` studies (tel. 8 (342) 212-09-85, e-mail: rector@psma.ru).

Perm State Academy of Medicine named after E.A. Vagner, 26, Petropavlovskaya str., Perm, 614990, Russia.