

Лекция 3
ЖИЗНЬ и ЗДОРОВЬЕ –
ГЛАВНЫЕ ЦЕННОСТИ
БИОЭТИКИ

Лекции для обучающихся
по специальности
«Стоматология»



ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ



- В медицине жизнь всегда представлена как жизнь конкретного индивида, как период от рождения до смерти, как неповторимость, уникальность.
- Согласно основному принципу биоэтики, главная ценность жизни — сама **ЖИЗНЬ**





Личная максима
врача – борьба за
жизнь пациента

Хейяр: "Если врачи начнут с того, что будут убивать больных, чтобы облегчить их страдания, то закончат тем, что будут убивать их, чтобы поскорей отправиться на уик-энд".



ОПРЕДЕЛЕНИЯ КЖ

- ВОЗ: КЖ - это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства.
- Shipper et al., 1990: КЖ - это субъективное и многогранное понятие, характеризующееся такими аспектами как физические функции, психологическое состояние, социальные взаимоотношения и соматические ощущения
- Shumaker et al., 1990: КЖ – это познавательное, социальное, физическое и эмоциональное функционирование человека.



КАК ПОНИМАЮТ КЖ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ

- физическое самочувствие (комбинация симптомов здоровья или болезни);
- функциональные возможности (способность человека к осуществлению деятельности, обусловленной его потребностями, амбициями и социальной ролью);
- эмоциональное состояние (биполярное понятие - позитивный эффект - well-being, негативный эффект - дистресс);
- социальный статус (уровень общественной и семейной активности, может включать отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми)

КЖ включает три уровня:

- биологический
-
- психический
- социальный



Следовательно, сбалансированность системы биологических, психических и социальных компонентов в человеке и представляет *норму КЖ.*

Качество жизни, непосредственно связанное со здоровьем включает:



- функциональное состояние, включающее в себя такие характеристики как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальную деятельность, уверенность в принятии решений, эмоциональные проявления и т.д.;
- симптомы, связанные с основным или сопутствующим заболеванием или его лечением (боль, одышка, побочные эффекты лекарственных средств и т.д.);
- восприятие и психическое состояние, включающие в себя депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием как самого заболевания, так и применения лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворение медицинской помощью, контактом с врачом т.д .

определение



**Качество жизни есть адекватность
психосоматического состояния
индивида его социальному статусу.**



Этические проблемы в оценке качества жизни

- Проблема различного толкования качества жизни врачом и пациентом.
- Проблема невозможности для пациента оценить то качество жизни, которое он хотел бы иметь
- Проблема использования качества жизни как критерия для рационарирования медицинского ухода.



Бинарность толкования качества жизни в клинической практике



- (1) Персональное удовлетворение, выраженное или испытываемое личностью в его или ее медицинском осмотре, умственной и общественной ситуации - "персональная оценка."



- (2) Оценка чьей-то персональной жизни - "оценка наблюдателя."



Уровни КЖ (по критерию автономии личности)

- 1 уровень. Нормальное качество жизни. Все физиологические показатели в норме, человек не задумывается о своем здоровье, потому что его ничего не беспокоит.



Уровни КЖ (по критерию автономии личности)

- 2 уровень. Ограниченное качество жизни. Это ситуация, когда человек страдает от каких-то дефектов физического или умственного здоровья, когда его функциональные способности не соответствуют физиологической норме. Несмотря на физиологические проблемы, человек может сам с ними справляться.



Уровни КЖ (по критерию автономии личности)

- 3 уровень. Минимальное качество жизни. Оно обычно описывается как такое, когда наблюдатели или сам пациент отмечают существенные физиологические ухудшения, причем с ограничением не просто личных свобод, но и возможности коммуникации, сопровождающимся страданием и болью. Пациенту постоянно требуется помощь окружающих для поддержания жизненных функций.



Уровни КЖ (по критерию автономии личности)

- 4 уровень. Качество жизни ниже минимального. Оно соответствует ситуации, когда пациент страдает экстремальным физическим расслаблением, а также полным и нереверсивным убытком сенсорной и интеллектуальной деятельности. Это описание относится к лицам в устойчивом вегетативном состоянии. Они не просто не могут обходиться без посторонней помощи — жизненные функции поддерживаются в них *только извне*.

В клинической этике существуют четыре проблемы использования показателей КЖ:

1. Недостаток понимания собственных ценностей пациента.

2. Расхождение в оценках врача и пациента по поводу КЖ пациента.

3. Дискриминация в отношении к пациентам.

4. Введение общественно значимых критериев по поводу качества жизни.

- 67-летний мужчина, чья нетрудоспособность была официально установлена в годовалом возрасте, умственное развитие - на уровне трехлетнего ребенка. Кроме того он страдает острым миелолейкозом. Его опекун считает, что не к чему пытаться повысить качество жизни этого человека путем лечения данного заболевания, коль скоро оно и так очень низкое

- Пожилая женщина в бессознательном состоянии доставлена в приемный покой больницы скорой помощи. Ее племянник сообщил, что ей 92 года. При обследовании - неконтактна, обезвожена, лихорадка септического характера, пиурия. Интерн фиксирует сепсис , но сомневается, что нужно вводить антибиотики и ставить капельницу - ведь она такая старая, пусть тихо умирает.

12-летний мальчик с синдромом Дауна имел врожденный порок сердца. Хирургическое вмешательство до 12-летнего возраста не рекомендовалось, но в этом возрасте стало необходимо по жизненным показаниям. К 12 годам мальчик хорошо развивался, занимался спортом, неплохо учился в специальной школе. Его родители не дали разрешения на операцию по поводу порока сердца, которая продлила бы жизнь мальчику. Они считали, что после их смерти поддерживать качество его жизни будет некому.

- Новорожденный младенец с признаками синдрома Дауна, которые подтверждаются хромосомными исследованиями, страдает от непроходимости кишечника, ему требуется немедленное хирургическое вмешательство, но родители не дают согласия, считая, что лучше пусть новорожденный умрет, чем потом будет жить неполноценным человеком.

В срок рожденная девочка имеет очень большую мозговую грыжу. Кроме того диагностирована микроцефалия. Томография головы показывает врожденные изменения вещества мозга и вентрикуломегалию, кортикальная мантия - менее 3 мм. Родители девочки, понимая ситуацию, просят не проводить клинических мероприятий, они просят отдать девочку им домой, где она спокойно умрет.

- Преждевременно родившийся младенец весит 1 кг 100 г, у него обнаружена тотальная мембранопатия. Низкий гематокрит, высокий билирубин, непонятной этиологии кровотечение. Ультразвуковой анализ подтверждает интравентрикулярное кровоизлияние. Родителей информируют о возможных рисках в развитии ребенка, прежде всего, в умственном развитии. После этого родители просят отключить ребенка от аппарата искусственного дыхания.

2-хдневный младенец родился с кардиомиопатией. Ребенка интубировали, перевели на ИВЛ, назначили симптоматическую терапию.

Неонатологи радовались тому, что состояние младенца стабилизировалось, но отмечали, что патология сердечной мышцы настолько явная, что ребенку предстоит не одна операция на сердце, а более желательна - его пересадка.. Дискуссия с родителями - молодой интеллектуальной парой - показала, что они хотят полноценной жизни для своего ребенка, но не хотят, чтобы он страдал.

Пациентка, которая страдает от аденокарциномы молочной железы с метастазированием в легкое и костную ткань. Она требует повышенных доз наркотического анальгетика для облегчения боли.

Ее легочная функция ухудшается до показателей - $O_2 = 45$ и $CO_2 = 55$, в периоды, когда она не страдает от боли. Она получает по 15 мг морфина гидрохлорида каждые 4 часа, но требует еще .

Ее врач сомневается, поскольку дальше подавлять функцию дыхания небезопасно - больная может умереть. Тем не менее, он назначает 30 мг морфина каждые два часа

63-летняя смертельно больная женщина с обширным метастатическим раком пищевода, глубокой дистрофией, перитонитом от повреждений, причиненных зондом при гастростомии. Предпринятая хирургическая коррекция свища оказалась неудачной, она продолжает мучиться от сильной боли в области живота. Пациентка и ее родные решаются на применение капельницы с морфином. Доза морфина определена так, чтобы пациентка могла переносить боль и общаться с семьей. Но у нее через двое суток стало отмечаться затруднение дыхания и спутанность сознания. После шести дней приема препарата пациентка перестала быть контактной. Ее муж спросил, нельзя ли ускорить неизбежное. Навещавший больную врач довел дозу морфина до 30 мг. Пациентка впала в кому и через 12 часов умерла.

Пациентка, страдающая болезнью Альцгеймера, живет дома одна. У нее развилась пневмония, которая осложнилась сепсисом. Она была доставлена в больницу и подключена к аппарату искусственного дыхания. После двух недель пребывания в больнице в сознание не пришла. Поскольку, еще находясь в сознании, пациентка не выразила никаких пожеланий по поводу реанимационных мероприятий и поддержания жизни, врачи стоят перед дилеммой: продолжать ли искусственную вентиляцию легких.

- Пациент с болезнью Альцгеймера живет в доме для престарелых, ему 84 года. Он не реагирует на окружающих, часто расстраивается. Он физически слаб, страдает одышкой и тошнотой, его трудно кормить. В прошлом его лечили антибиотиками от пневмонии. Ночью у него приступы кашля. Лихорадка, температура высокая. Вызванный врач диагностирует развитие пневмонии. Нужно ли его снова лечить от этой болезни?

34-летняя мать троих детей больна склеродермией. Большой палец правой ноги и несколько пальцев левой руки уже охвачены гангреной.

Через несколько дней после постановки диагноза она согласилась на ампутацию правой стопы и двух пальцев левой руки.

После операции она в шоковом состоянии, сознание спутанное, у нее развилась пневмония и она была подключена к аппарату ИВЛ. На оставшихся пальцах левой руки началось гангренозное воспаление и потребовалась более обширная ампутация. Состояние почек ухудшается, встает вопрос о диализе. Врач, осматривающий ее на обходе восклицает:” Кто бы захотел жить такой жизнью!”.

Следует ли в этих условиях проводить диализ? Нужно ли и можно ли отключать больную от аппарата искусственного дыхания?

1. Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется:

- а) возрастом (количество прожитых лет);
- б) психической и физической полноценностью;
- в) расовой и национальной принадлежностью;
- г) уникальностью и неповторимостью личности.

2. Для человека в понятии «жизнь» важнее всего:

- а) ее нравственный смысл;
- б) ее научный смысл;
- в) ее эстетический смысл;
- г) ее психологический смысл;
- д) ее биологический смысл;
- е) все вместе взятое.

3. Человек осознает ценность жизни через:

- а) понятие красоты;
- б) понятие смерти;
- в) понятие денег;
- г) понятие долга.

4. Оценку качества жизни, которая является показателем эффективности лечения, проводит:

- а) сам пациент;
- б) врач и другие медицинские работники;
- в) работодатель;
- г) члены семьи пациента.

5. Норма качества жизни в биоэтике представлена соотношением:

- а) биологического, психического и социального уровня;
- б) физического благополучия и нарушением функций (зависящее от ограничения физической активности, подвижности, уменьшения энергетического потенциала, характера заболеваний, диагноза, объективных признаков болезни, жалоб и т.д.);
- в) неформальных контактов и ограничением социальных возможностей по состоянию здоровья;
- г) биологического и материального уровня.

6. Качество жизни оценивает:

- а) лечащий врач и специалисты узкого профиля;
- б) лечащий врач и родственники пациента;
- в) сам живущий («персональная оценка»)
- г) лечащий врач и социальные работники;
- д) родственники пациента, лечащий врач и социальные работники.

7. Качеством жизни ниже минимального обладают:

- а) лица в устойчивом вегетативном состоянии;
- б) пациенты с онкологическими заболеваниями;
- в) лица с хроническими заболеваниями в стадии обострения;
- г) пожилые люди, неспособные к самообслуживанию.

8. Паллиативная помощь — это:

- а) нетрадиционные методы лечения, профилактики и оздоровления, основанные на принципах народной медицины;
- б) жизнеобеспечивающее лечение (ИВЛ, искусственное кровообращение, парентеральное питание);
- в) медицинская помощь принудительного характера;
- г) медицинская помощь, временно облегчающая проявления болезни, но не излечивающее ее;
- д) медицинская помощь, оказываемая пациенту непосредственно перед смертью.

9. Хоспис — это учреждение, обеспечивающее уход за:

- а) умирающими больными;
- б) онкологическими больными;
- в) социально незащищенными больными;
- г) больными на дому;
- д) престарелыми больными.

10. Альтернативой эвтаназии для пациентов с качеством жизни ниже минимального является:

- а) паллиативная медицина;
- б) забота и уход родственников;
- в) нетрадиционная медицина;
- г) психотерапия;
- д) альтернативы эвтаназии нет.