МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

«От руководства медицинского учреждения порой зависит больше, чем от Минздрава»

Президент Благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер рассказала о том, решит ли новый закон проблемы онкологических больных и медиков, зачем сотрудничать с властью и все ли зависит от чиновников.

«Этот закон никак не упрощает жизнь внутри стационара»

Можно ли считать серьезным прорывом поправки к закону «О наркотических средствах и психотропных веще­ствах», облегчающие доступ к обезболиванию?

Позитивный момент у этого закона, конечно, огромный. Он позволяет онкобольным пережить праздники. А са­мая тяжелая ситуация с обезболиванием случается в праздники и выходные дни. Теперь срок действия рецепта продлен с 5 до 15 дней. Кроме того, закон сильно облегчает вопросы утилизации ампул: теперь родственники больных больше не должны возвращать использованную тару. А еще раньше приказом Минздрава было увели­чено количество препарата, которое можно выписать в одном рецепте.

Но Минздрав рассылает сейчас по регионам замечательное письмо. Там написано примерно следующее: «Ува­жаемые господа, в связи с тем, что рецепты на 5 дней были произведены в большом количестве централизо­ванно, то новых рецептов на 15 дней пока не будет. Так что вы на обратной стороне рецепта пишите от руки или ставьте штамп, что срок действия рецепта - 15 дней». Но вот мои сотрудники подходят ко мне и спрашивают: «А какой ручкой должен писать врач, синей или черной? А штамп какой?» И я понимаю, что четких ЦУ в письме нет. И в этом же письме Минздрава написано, что исправления на рецептах не допускаются. Рецепт считается испорченным, если там что-то исправлено. Это значит, что врачи на местах будут бояться, у них будет паника. Также этот закон не касается, к сожалению, людей, которые находятся не по месту регистрации. Вот человек из Иркутска, например, оказался в Москве, у него прорыв боли - и его никто не имеет права обезболить амбула­торно, кроме скорой помощи.

Увеличение количества препарата на один рецепт эту проблему не решает ?

Если онкобольной захочет уехать на дачу, на море, то весь этот препарат он должен будет таскать с собой, по­нимаете? А потом еще и попадет по статье за хранение наркотических препаратов. Его, конечно, не посадят, поскольку препараты выписаны по рецепту, но нервы потреплют в том же аэропорту. А зачем этот стресс неиз­лечимо больному человеку, если бы он мог получить эти препараты там, куда прилетит? Но сегодня обезболи­вание человек может получить только по месту регистрации.

А еще этот закон, к сожалению, никак не поможет обезболить детей, потому что сегодня у нас просто нет оптимальных препаратов для их обезболивания. У нас есть только жидкий морфин, но он далеко не всегда подходит.

Закон касается только амбулаторной медицинской помощи.

Да, он, к сожалению, не касается стационаров. А обезболивание должно быть доступным везде - и амбулаторно, и в стационаре. А что мы сегодня имеем? В стационаре бывает так, что в одном отделении есть наркотический обезболивающий препарат, а в другом нет. Вот недавно я помогала девушке, у которой мама находится в 64-й больнице в Москве, ее не обезболивали, говорили: «Надо подождать до понедельника». В стационаре есть обез­боливающие препараты, но находятся они в одном отделении, а пациентка лежит в другом. Дежурному врачу, чтобы назначить ей обезболивающий наркотический препарат, надо заполнить миллион бумаг, и он, конечно, не хочет с этим связываться. Обезболили пациентку только после звонка главного специалиста.

Самые продвинутые главные врачи и больницы, в том числе 1-я Градская, нашли выход из положения. Они со­здали круглосуточную бригаду по обезболиванию, которая бегает по всей больнице и обезболивает всех, кому нужно. Но опять же это бред, потому что больница вынуждена иметь дополнительные штатные единицы, допол­нительную зарплату тратить и заполнять огромное количество внутренних журналов: журнал учета наркотиков, журнал расхода, журнал по уничтожению неизрасходованных препаратов, журнал по уничтоженным ампулам.

56

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Вы знаете, как старшая медицинская сестра уничтожает ампулы? Давит их в плошечке - часами. В Первом Мос­ковском хосписе в месяц уходит около 500 ампул. Ну что, она для того образование получала, чтобы каждый день давить стеклянные ампулы?

Но все же этот закон - важный шаг в создании системы обезболивания в России. И покажите мне, пожалуйста, другого депутата, который бы в этой области инициировал что-то хорошее. Так что Николаю Герасименко (автор поправок к Федеральному закону «О наркотических средствах и психотропных веществах». - «Власть») - огром­ное спасибо и пожелания двигаться дальше.

«Не учитывается, какое количество пациентов страдает хроническим болевым синдромом»

В России вообще производятся неинвазивные формы наркотических анальгетиков?

В России госмонополия на производство наркотических анальгетиков. Занимаются производством таких препаратов два предприятия: ФГУП «Московский эндокринный завод» (МЭЗ) и ФГУП «Государственный завод медицинских препаратов» (ГосЗМП). У ФГУП ГосЗМП есть препарат просидол - это защечные таблетки, ори­гинальный отечественный препарат. При некоторых желудочно-кишечных раках эти таблетки очень хорошо обезболивают.

То есть с производством в России нет проблем?

Нет, но их производится очень мало, так как их мало покупают.

Почему?

Тот же ФГУП МЭЗ может полностью закрыть потребность в данной группе препаратов, но он работает на осно­вании потребностей регионов. Регион рассчитывает свои необходимые объемы на наркотические анальгетики, используя нормативы, установленные приказом Минздрава от 1997 г., который уже давно морально устарел. При этом не учитывается, какое количество пациентов страдает хроническим болевым синдромом. Предпри­ятия формируют свои производственные планы в соответствии с заявленными потребностями регионов, а ре­гионы в течение года выкупают заказанные препараты, но выкупают не все, а 5-50% от заказанного. Потому что врачи не назначают их пациентам. Потому что пациентам сложно выбить рецепт. Потому что врач говорит: «А что вы хотите, это болезнь такая, оно и будет болеть». Или: «Потерпите, зачем вам к наркотикам привыкать?»

Как заставить врача назначить препарат?

Минздрав подготовил проект нового приказа, в котором четко описаны методики определения потребности в наркотических препаратах для разных категорий пациентов - онкологических больных, больных ВИЧ-инфек­циями, паллиативных неонкологических больных, в том числе детей. После вступления этого приказа в силу бу­дут получены достоверные данные для формирования годового плана распределения наркотических средств и психотропных веществ, утверждаемого Минпромторгом России. А производственные планы отечественных предприятий будут исполняться с учетом объемов наркотических лекарственных средств, необходимых для полного обеспечения потребностей учреждений здравоохранения РФ.

«Чрезмерная сложность процедур толкает людей на черный рынок»

Часто врачи боятся уголовной ответственности и не хотят связываться с медицинскими наркотиками. Самая большая проблема в сфере обезболивания связана с уголовной ответственностью за нарушение проце­дур хранения препаратов, их выписывания, транспортировки и т.д. Многие врачи просто не хотят идти работать в сферу, где есть такая опасность.

А почему в России медицинские наркотики до сих пор связаны с такими проблемами для врачей и пациентов, если уже давно придуманы формы препаратов, которые наркоманам неинтересны?

Это как раз то, к чему пришел мир. Разделил зону ответственности за наркотики между ведомствами: одно ве­домство занимается медицинскими опиоидными препаратами, другое - нелегальным оборотом. Потому что была поставлена задача: а давайте подумаем, как обезболить, чтобы человеку было не больно, а наркоману - не­интересно. И весь мир уже прошел этот путь, нам ничего не надо изобретать. Есть, например, назальный спрей, его впрыскивают в нос - и человек обезболивается. Это для детей совершенно уникальная вещь. Есть таблетки, есть пластыри, есть леденцы, есть так называемые помпы для введения препарата, когда человек сам контроли­рует необходимый объем лекарства. При этом врач может настроить помпу таким образом, что человек никогда не впрыснет себе больше дозволенной дозы. А у нас в стране такие помпы даже не зарегистрированы.

57

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

А купить их нельзя?

Мы не можем купить немецкие помпы, потому что они не зарегистрированы как оборудование в России, не лицензированы. И пользоваться ими довольно сложно, потому что у нас нет регламентированных процедур списания препарата, который введен не разово. Если в больнице человеку вкололи кубик, то эту ампулу медсес­тра должна уничтожить и препарат списать. А если в человека поступает этот кубик препарата на протяжении восьми часов, то процедуры его списания нет. Значит, в больницах его не будут назначать.

Почему же все это так сложно?

Потому что в России оборот наркотиков - и медицинских, и нелегальных - регламентируется организацией, которая называется ФСКН. И, с точки зрения сотрудников ФСКН, обезболивание через помпу значит, что вы при­дете к своему болеющему родственнику в больницу, заберете у него морфиновую помпу и побежите морфин продавать. Я пыталась как-то про это думать с рациональной точки зрения, а потом поняла, что нет смысла. ФСКН - военная организация. Там работают люди, для которых каждый сначала враг, а потом они уже разбира­ются, что не враг. Каждый врач, который может выписать наркотик, каждый пациент, которому нужно его приме­нить, каждый родственник, который приходит за рецептом, - он сначала враг, который может препарат украсть и сбыть. И отсюда эта дикая зарегламентированность всевозможных процедур, связанных с обезболиванием.

В чем заключается регламентирующая роль ФСКН?

Минздрав должен согласовывать с ФСКН все документы, касающиеся оборота опиатов. Эта организация - со­гласующий орган. Чрезмерная зарегламентированность и сложность процедур толкают людей на черный ры­нок. Они толкают родственников больных на поиск нелегальных наркотиков - их значительно проще и быстрее найти, чем официально получить в аптеке медицинский наркотик. Более того, боюсь, что эта ситуация и врачей толкает на сбыт препарата, потому что он востребован на черном рынке. Соответственно, именно эта зарег­ламентированность толкает плохих медиков на то, чтобы у ФСКН была работа. Вот такая ужасная цепочка. Это полный бред, что военная организация контролирует медицинский оборот препарата.

А кто должен контролировать?

Медицинский оборот должен быть передан в прекрасно работающую организацию Росздравнадзор, которая сегодня во главе с Михаилом Мурашко делает для обезболивания невероятно нужные вещи. Я не знаю других ведомств, которые с таким пониманием и с такой отдачей подходят к этой теме, проводят анализ и контроль. Вот это ведомство и должно заниматься медицинскими наркотиками. А нелегальным рынком, в том числе ввозом наркотиков, транзитом, нелегальным хранением и сбытом, должна заниматься ФСКН.

«Если бы мы не сотрудничали с государством, то многие вопросы не были бы решены»

В последнее время на общественных советах в правительстве и Минздраве много говорят о развитии паллиа­тивной медицины. В больницах появляются паллиативные койки. Положение онкобольных действительно ме­няется, или все это пока только на бумаге?

Не стоит считать паллиативную помощь койками - она не в койках измеряется. Сейчас происходит оптимизация системы здравоохранения, во все регионы спустили приказы сократить терапевтические, урологические или еще какие-то койки. Но при этом больницам говорят: создавайте койки паллиативные. Знаете, что они делают? Ничего. Просто вывеску на отделении поменяли, людей оставили, бюджет больницы сохранили, зато отчита­лись, что все выполнили. Койки - это не помощь, помощь - это человеческий ресурс и обезболивание. Когда выездная детская паллиативная служба фонда «Вера» (детского хосписа «Дом с маяком») заработала масштабно, мы поняли, что необходимость в койках на самом деле небольшая. В 90% случаев уходящего человека можно обезболить на дому. Для чего нам нужны койки в детском хосписе, который мы строим? Чтобы не зависеть от государственной системы. Чтобы нам никто не говорил, что этот мальчик у вас подмосковный, а этот - из Да­гестана, им не положен паллиативный уход. Чтобы мы не зависели от Боткинской или Морозовской больницы, потому что, когда мы свой хоспис построим, у нас там будут наркотические анальгетики.

С государством сотрудничать нужно?

Да. Разве может благотворительная организация самостоятельно решить такого масштаба задачи? Их должно решать государство. И если сегодня нам дана возможность заявлять о проблеме, влиять на ее решение, то надо пользоваться этой возможностью. У меня нет иллюзий, я прекрасно понимаю, что эта ситуация псевдооткрыто­сти создана самим государством, а не нами. Одной рукой государство подпускает благотворительные организа­ции ближе, создает Совет по вопросам попечительства в социальной сфере под руководством Ольги Голодец, где принимаются невероятно важные и ценные решения. А другой рукой делается «закон Димы Яковлева». Но,

58

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

безусловно, если бы мы не сотрудничали с государством, то многие вопросы, которые мы неоднократно подни­мали на всех этих советах, не были бы решены. Просто потому, что государство может сделать намного больше, чем благотворительные фонды.

Не использует ли вас государство, создавая видимость диалога?

Государству тоже нужно решать какие-то проблемы граждан. С каждым самоубийством онкобольного недо­вольство в обществе растет. Без помощи общественников проблемы будут решаться дольше.

Вообще, в этом сотрудничестве есть большая заслуга самих чиновников. У нас партнерские отношения с Депар­таментом здравоохранения Москвы, они с теплом и уважением к нам относятся. Но не с каждым можно выстро­ить контакт. '

И все-таки есть ощущение, что чиновники в этой сфере серьезно недорабатывают. Столько уже сказано о про­блемах обезболивания; а ситуация почти не меняется.

Трагедия нашей страны состоит в том, что от бумаги до человека всегда большой путь. У нас такая огромная страна, что в Рахмановском переулке, в Минздраве, что-то придумают хорошее, а на Курильских островах ниче­го не будут выполнять еще пару лет.

А еще мы должны понять, что не все зависит от чиновников. Они что-то делают в рамках своих возможностей - и делают много. Слышат нас и везде нас, общественную организацию, привлекают. И давайте не будем недооце­нивать руководство каждого конкретного медицинского учреждения. От них зависит сегодня порой больше, чем от Минздрава, от Департамента здравоохранения или даже от Госдумы.

(источник: интервью Нюты Федермессер от 24.08.2015 г.

<http://www.kommersant.ru/Doc/2791302>)

К вопросу о юридическом определении понятия «боль»

Понкин И.В., доктор юридических наук, профессор Института государственной службы и управления Россий­ской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, профес­сор Московского государственного юридического университета им. О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор Понкина А.А., кандидат юридических наук, эксперт Консорциума специалистов по защите прав пациентов, заместитель председателя Правления Института государственно-конфессиональных отношений и права

Статья посвящена обсуждению существующих интерпретаций понятия «боль» в медико-правовом и биоэтичес- ком понимании. Представлена выборка определений указанного понятия, предложенных различными автора­ми. Показаны негативные факторы боли.

Ключевые слова: боль, страдание, хосписная помощь, паллиативная помощь, медицинское право, биоэтика, не­гативные факторы боли.

Абрис проблемы

Юридическое определение понятия «боль» (англ. - «pain»; франц. - «1а douleur»; испанск. - «е/ dolor»; итальян. - «dolore») представляет существенный научный и прикладной интерес в самых различных сферах общественных отношений. Само понятие «боль» имеет множество значений, не только медицинское.

Этот термин применяется, в числе прочего, в следующих целях:

* описание чувствований человека при проявлении боли в медицинском и биоэтическом смысле (в медико­правовых целях, в целях оценки причиненного вреда здоровью, как предупреждение угрозы и т.д.);

-описание нравственных переживаний, психологических чувствований человека при утрате близкого лица, при тяжелом неизлечимом заболевании своего ребенка или иного близкого человека, то есть человека в том состоянии, которое описывается словами «горе», «скорбь», «сострадание»;

* уточняющее описание содержания понятия «пытка» (в уголовно-правовом значении) и описания сопровожда­ющих физические пытки ощущений и чувствований (страданий) человека;

59

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

* описание нравственных переживаний, психологических чувствований человека, подвергающегося психологи­ческим издевательствам и преследованиям, унижениям и оскорблениям, травле, третированию («буллингу»).

В настоящем материале мы затронем первое из перечисленных значение понятия «боль».

Боль является одним из самых жестоких симптомов немалого числа болезней, причиняет больным сильнейшие страдания. Особенно боль свойственна онкологическим и некоторым другим заболеваниям [19; 20].

Кроме того, боль является самым большим источником страданий для семей таких пациентов [21, с.5].

Как отмечается в руководстве Всемирной организации здравоохранения «Комплексная борьба с раком шейки матки», «избавление от боли следует считать вопросом соблюдения прав человека» [1, с. 219]. Однако, по словам Харальда Брейвика, «хроническая боль является одной из самых недооцененных проблем здравоохранения в мире, вызывая серьезные последствия для качества жизни больного и ложась тяжелым бременем на систему здравоохранения в западном мире» (цит. по: [24]). По данным Всемирной организации здравоохранения, еже­годно десятки миллионов людей, страдающих от умеренной до сильной боли остаются без лечения, в том числе 5,5 млн больных онкологическими заболеваниями (цит. по: [17, с. 20]).

Несмотря на общеизвестность и, казалось бы, общепонятность термина «боль», сложность отображаемого и описываемого им феномена предопределяет недостаточную смысловую определенность содержания этого понятия.

На основании имеющихся на настоящий момент исследований боли невозможно пока дать исчерпывающее универсальное определение данного явления, так как боль для разных индивидов может означать и включать в себя различные явления и переживания [5, с. 10].

Однако в исследованиях по данному вопросу предлагаются некоторые определения данного явления, а также основные его признаки, которые будут рассмотрены нами ниже.

Понятие боли

Страдание от боли - это интегральное чувство, включающее ощущения, вызванные одним или несколькими длящимися болевыми ощущениями либо серией болевых ощущений, причиненных увечьем, или заболевани­ем, или медицинским вмешательством, или сопряженные с ними впечатления от этих ощущений и их глубокие психические и духовные переживания.

Сложность выработки исчерпывающе точного определения боли обусловлена следующими обстоятельствами:

* восприятие боли подчинено влиянию со стороны личностных ценностно-культурных ориентаций, особенностей восприятия, проистекающих из пола человека и его психологического склада; соответственно, параметры такого восприятия и основанного на нем оценивания болевых ощущений и переживаний могут варьироваться;
* существует множество видов боли;
* ряд факторов может помешать четкому описанию боли в ответе лица, ее претерпевающего, на вопросы лица, осуществляющего уход.

Тем не менее некоторую подборку существующих определений мы ниже представим.

В 1968 году Марго Маккэффри сформулировала биоэтическое определение боли, ставшее классическим: «Что пациент назовет болью, тем она и является, существует она всегда, когда пациент говорит, что она существует» [11, с. 95].

Это определение, отмечает Крис Пазеро, поддерживалось десятилетиями клинических исследований в сфере болеутоляющих средств и другими исследованиями, связанными с болью. Все общепринятые на сегодняшний день директивные материалы о боли отражают философию определения М. Маккэффри, подтверждая тезис о том, что самоотчет пациента является единственным надежнейшим индикатором существования и тяжести боли [14, с. 50].

Согласно еще одному определению, страдание (душевная боль) интерпретируется как «опыт индивидуума, от­чужденного от самых глубоких и фундаментальных аспектов самого себя» [4, с. 717].

Чарльз Скотт Шеррингтон определял боль как психическое дополнение императивного защитного рефлекса. Защитный рефлекс является первичной реакцией на вредные раздражители, и боль выступает в качестве вспо­могательного или дополнительного сигнала в сознание, сопровождающего рефлекс. Боль в качестве защитного механизма имеет эволюционный характер (цит. по: [8]).

Оксфордский словарь английского языка определяет данный термин следующим образом:

* ощущение, которое индивид испытывает, когда страдает (физически или психологически);
* страдание, потрясение; чувство, обратное удовольствию;
* телесные страдания, психические страдания (цит. по: [3, с. 21]).

Боль является беспокоящим сенсорным и эмоциональным переживанием, связанным с фактическим или по­тенциальным повреждением тканей, либо описываемым в контексте такого повреждения, по мнению Между­народной ассоциации по изучению боли. Боль также представляет собой симптом, а не самостоятельное рас­стройство [6, с. 1637].

60

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Важным в данном определении боли является указание на то, что физическая боль - это не только физическое переживание, но и эмоциональное, и чувства лица, ее испытывающего, имеют особенно важное значение для ее определения [16, с. 331].

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет боль как «неприятное сенсорное и эмоцио­нальное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в тер­минах такого повреждения» [9].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «боль является многомерным феноменом с сенсорными, физиологическими, когнитивными, эмоциональными, поведенческими и духовными компонен­тами» [23, с. 17].

Как отмечает Брайн Дэвис, боль может рассматриваться как интерпретируемая человеком, ее испытывающим, информация, поступающая из периферической нервной системы (в которую также входят ее внутренние части, такие как живот, грудная клетка, череп и позвоночник) в кору головного мозга и связанные с ней эмоциональ­ные центры. Интерпретация боли при этом может зависеть от физиологических, психологических и социо-куль- турных факторов и процессов. В других определениях боли данное явление обязательно связывается с повреж­дениями тканей [5, с. 9].

Известная медицинская энциклопедия определяет боль как неприятное чувство, которое передается в мозг сенсорными нейронами. При этом дискомфорт, который испытывает при этом индивид, сигнализирует об име­ющейся или потенциальной травме. Однако боль является большим, чем просто ощущение или физическое осознание такого дискомфорта, она также включает в себя восприятие, субъективное толкование дискомфорта, которое предоставляет информацию о локализации боли, ее интенсивности и характере. Различные сознатель­ные и бессознательные реакции на ощущения и восприятие, включая и эмоциональный ответ, позволяют допол­нить общую концепцию боли [13].

Негативные факторы боли

1. Боль влечет страдания человека, неотъемлемо связана с человеческими страданиями.

Понятие «подавляющая боль» (тотальная боль) отражает всю глубину, масштабность и сложность человеческого страдания [10, с. 29].

1. Боль посягает на достоинство личности лица, ее претерпевающего, разрушительна для человеческого досто­инства.

При сильных болях человек вынужден забыть многое, вынужденно «теряя свое лицо».

«Боль уничижительна, - указывает Э. Лиссон, - она уничтожает чувство собственного достоинства, что сопро­вождается ощущениями беспомощности в условиях боли, зависимости от лекарств и обременении окружаю­щих. В своей крайней степени боль уничтожает человеческую душу» [7, с. 654].

1. Непереносимая боль «расчеловечивает».

Чем тяжелее боль, тем больше она затемняет рассудок пациента; все, о чем он может думать, это боль: нет воспо­минаний о прошлом без боли, нет будущего без боли, есть лишь полное боли настоящее [7, с. 654].

Как пишет Элэйн Скэрри, «боль неразделимо приходит к нам таким образом, что ее нельзя ни отрицать, ни вери­фицировать. Чего бы боль ни достигала, она достигает этого отчасти за счет ее неразделимости, а свою неразде- лимость она гарантирует, отчасти, с помощью ее сопротивляемости языку... Продолжительная боль не просто сопротивляется языку, но и активно его уничтожает, принося с собой возврат к состоянию, предшествующему языку, к звукам и крикам, которые человек произносит до того, как он изучает язык» [18, с. 4].

1. Боль элиминирует независимость и индуцирует страхи и тревожность.

Боль является одним из самых разрушительных и вызывающих страх осложнений у больных раком и другими заболеваниями [21, с. 5].

«Пациент боится делает малейшие движения, - указывает Э. Лиссон, - все решения сфокусированы либо на об­легчении текущей боли, или же на предотвращении большей боли в будущем, ради чего больной может быть готов "продать душу"» [7, с. 654].

1. Непереносимая боль элиминирует волю к жизни.

Известно, что «если человек просит об эвтаназии в связи с тем, что он неимоверно страдает, на самом деле он просит о помощи» [2].

1. Ощущение боли всегда субъективно и крайне сложно (на грани невозможности) подтверждаемо третьими лицами.

Харольд Мерски отмечает, что боль всегда является субъективным психологическим состоянием, хотя зачастую имеет уточненную физиологическую причину [12, с. 13].

По мнению М. Р. Раджагопала, поскольку боль представляет собой соматопсихическое переживание, только лицо, ее испытывающее, может действительно оценить интенсивность боли [16, с. 334].

Как пишет Анне Ваайоки, одним из важнейших аспектов боли является то, что она всегда представляет собой

61

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

личное, субъективное, уникальное и многомерное переживание, на которое влияет пол лица, ее испытывающе­го, возраст, культурная принадлежность, предыдущий опыт испытывания боли, а также такие эмоциональные факторы, как радость, печаль, страх, волнение, а также отношение к боли самого лица [22, с. 1].

Все многообразие существующих определений не содержит пока необходимо релевантной дефиниции, ис­черпывающе детализированно описывающей рассматриваемый феномен. Тем более отсутствует юридически закрепленная такая дефиниция. Но это тот вопрос, который манкировать не удастся. И задача разработки и за­крепления такой дефиниции сегодня по-прежнему актуальна.

Завершая, отметим такой момент.

Имеют место существенные с правовой точки зрения различия между разными степенями физической боли. Такие различия, как правило, находят отражение в национальных законодательствах государств с целью более точной классификации уголовных правонарушений против личности. Кроме того, с развитием представлений о боли происходит и развитие в этой сфере принимаемых на законодательном уровне мер с целью обеспечения более существенной правовой защиты соответствующих лиц, в ней нуждающихся. Так, например, к такого рода мерам можно отнести принимаемые некоторыми государствами (например, США) положения о том, что челове­ческий плод может испытывать определенную боль во время аборта [15, с. 802].

Литература

1. Комплексная борьба с раком шейки матки: Краткое практическое руководство / Всемирная организация здра­воохранения. - Geneva: World Health Organization, 2010. - 278 с.
2. Федермессер Н. О таинстве смерти и буднях хосписа // <[http://www.pravmir.ru/nyuta-federmesser-nelzya-dumat- o-svoem-komforte-nado-dumat-o-komforte-pacienta/](http://www.pravmir.ru/nyuta-federmesser-nelzya-dumat-o-svoem-komforte-nado-dumat-o-komforte-pacienta/)>. - 15.05.2013.
3. Cheng S., Foster R.L., Huang C. Concept Analysis of Pain //Tzu Chi Nursing Journal. - 2003. - Vol. 2. - № 3. - P. 20-30.
4. CoulehanJ. Suffering, Hope, and Healing [Страдание, надежда и исцеление] // Handbook of Pain and Palliative Care. Biobehavioral Approaches for the Life Course / RJ. Moore (ed.). - New York: Springer, 2012. - xxvi; 865 p. - P. 717-731.
5. Davis B.D. Caring for people in pain [Уход за людьми, страдающими от боли]. - London: Routledge, 2000. - vi; 256 р.
6. Encyclopedia of Pain / Ed. by R.E. Schmidt, W.D. Willis. - New York: Springer, 2007. - 2745 p.
7. Lisson E.L. Ethical Issues Related to Pain Control [Этические проблемы, связанные с контролем боли] // Nursing Clinics of North America. -1987. - № 22. - P. 649-659.
8. Livingston W.K. The Physiology of Pain [Физиология боли] // <[http://link.springer.eom/chapter/10.1007/978-1 -4613- 4292-2\_4](http://link.springer.eom/chapter/10.1007/978-1_-4613-4292-2_4)>.
9. LoeserJ.D., Treede R.D. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology I I Pain. - 2008. - № 137. - P. 473-477.

10.luczakJ. Etyka w opiece paliatywnej [Этика в паллиативной помощи] // Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyezne, religijne, psychologiczne i prawne / Katolicki Uniwersytet Lubelski; Akademia Medyczna w Lublinie. - Lublin, 1996.-236 s.

1. McCafferyM. Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-environment Interactions [Тео­ретические основы практики медицинского ухода, физическая боль и взаимодействие человека с окружаю­щей средой]. - Los Angeles (СА, USA): University of California at Los Angeles Students'Store, 1968.
2. Merskey H. Taxonomy and Classification of Chronic Pain Syndromes [Таксономия и классификация синдромов хронической боли] // Practical management of pain. Fifth Edition / Ed. by H.T. Benzon, J.P. Rathmell, C.L. Wu, D.C. Turk, C.E. Argoff, R.W. Hurley. - Elsevier, 2008. - 1115 p.
3. Pain / Gale Encyclopedia of Medicine // <<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain>>.
4. Pasero C. Challenges in Pain Assessment [Проблемы в оценке боли] // Journal of PeriAnesthesia Nursing. - 2009. - Vol. 24.-№1.-P.50-54.
5. Pustiinik A.C. Pain as fact and heuristic: how pain neuroimaging illuminates moral dimensions of law // Cornell Law Review. - 2012. - Vol. 97. - № 801. - P. 801-848.
6. Rajagopal M.R. Pain - basic considerations [Боль - основные соображения] // Indian Journal of Anaesthesia. - 2006.-Vol. 50.-№ 5. - P. 331-334.
7. Ryan K., De Lima L, MattrerM. Disponibilidad, acceso у politicas sanitarias Medicamentos Opioides en Latinoamerica [Доступность, доступ и санитарная политика в сфере опиоидов в странах Латинской Америки] // Uso de opioides en Tratamiento del Dolor: Manual para Latinoamerica [Употребление опиоидов в лечении боли: По­собие для Латинской Америки] / Editores: Р. Bonilla, L. De Lima, Р. Diaz, М. Ximena Leon, M. Gonzalez. - Caracas (Venezuela), 2011.- 276 p.

18 .Scarry E. Body in Pain. The making and unmaking of the world [Тело в боли. Действие и бездействие мира]. - Oxford: Oxford University Press, 1985. - vii; 385 p.

1. Traitement de la douleur cancereuse [Лечение онкологической боли]. - Geneve: Organisation mondiale de la Sante, 1987. - 80 p.
2. Traitement de la douleur cancereuse et soins palliatifs: Rapport d'un Comite d’ experts de Г OMS [Лечение он-

62