

СОВЕТЫ АДВОКАТА

Воля пациента и закон: как найти компромисс?

Сущность закона –
человеколюбие.
В. Шекспир

Когда человек попадает в больницу и осознает, что состояние его здоровья критическое, у него часто возникает желание оставить некоторые распоряжения по поводу важных для него жизненных дел. В большей степени это касается пациентов преклонного возраста: резкое ухудшение здоровья заставляет многих из них переоценить родственные отношения, задуматься о возможности наихудшего исхода и необходимости формулировки четких указаний относительно распределения имеющихся у них ценностей.

Так или иначе, свои надежды на решение проблем пациент пытается возложить на лечащего врача, который облегчает его страдания, заботится о нем. Случается, что больной просит доктора записать его последнюю волю и передать завещание родственникам. Вряд ли у кого-то хватит моральных сил отказать умирающему в подобной просьбе.

Однако подобное человеколюбие может обернуться для врача большими проблемами, например обвинением со стороны недовольных родственников в том, что он преднамеренно воспользовался тяжелым состоянием больного в собственных корыстных целях.

Как в таком случае поступить врачу, чтобы выполнить волю пациента, не нарушая закон?

Случай из практики

В одну из больниц Новоукраинского района Кировоградской области поступил больной М. 79 лет с жалобами на отеки ног и сильные боли в сердце. Пациент был госпитализирован, спустя непродолжительное

время к нему приехала дочь и обратилась к администрации больницы с просьбой оставаться рядом с отцом с утра до вечера, поскольку тот жаловался на сильные боли в ногах и не мог передвигаться.

Спустя два дня состояние больного ухудшилось, он был переведен в реанимационное отделение. Ночью он обратился к дежурному врачу с просьбой записать с его слов завещание, согласно которому оставил все свое имущество ухаживавшей за ним дочери. Через несколько часов больной скончался.

Как выяснилось позже, покойный М. имел двоих дочерей. За семь лет до смерти он составил завещание, распорядившись поровну поделить между ними имущество. Поскольку в новом волеизъявлении, записанном врачом со слов пациента, имущество досталось только одной из них, другая подала судебный иск. Она обвинила дежурного врача в том, что тот использовал для лечения больного сильные психотропные препараты и в сговоре с ее сестрой воспользовался немощным состоянием их отца, не осознававшего своих действий, потребовала признать недействительным новое завещание и компенсировать ей нанесенный моральный ущерб.

Характерным для такого рода дел является привлечение в качестве третьей стороны администрации лечебного учреждения. Приглашенный на судебное заседание главврач больницы подтвердил, что на следующее утро после произошедших событий дежурный врач реанимационного отделения принес ему записанное со слов пациента завещание, подписанное, помимо больного,

самим врачом и двумя медсестрами отделения. Главврач сразу позвонил в государственную нотариальную контору, объяснил ситуацию и попросил назначить время, когда врач сможет отвезти составленное завещание нотариусу, что и было сделано в течение дня.

Медицинский персонал реанимационного отделения больницы подтвердил, что к ним обратился дежурный врач с просьбой помочь записать волеизъявление больного, находящегося в тяжелом состоянии, при этом умирающий говорил достаточно четко, попросил перечитать ему текст вслух и поддерживать руку, чтобы самостоятельно оставить подпись. Были заслушаны также показания лечащего врача отделения, куда поступил больной М., о том, что пациент адекватно выполнял все предписания, что уход за ним осуществлялся его дочерью до момента перевода больного в реанимацию, куда родственники не допускаются.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, проведенная комиссией с исследованием медицинской карты и истории болезни пациента М., пришла к выводу, что тот не страдал слабоумием, а болеутоляющие лекарственные препараты, которые были назначены незадолго до смерти, не оказывали влияния на его психику.

На основании рассмотренных документов, доводов сторон и показаний свидетелей суд постановил, что исковые требования к дежурному врачу реанимационного отделения больницы не подлежат удовлетворению, поскольку пациент М. во время последнего волеизъявления отдавал отчет своим действиям и управлял ими.

Нельзя не отметить грамотное поведение дежурного врача реанимационного отделения, который при свидетелях зафиксировал последнюю волю больного письменно и при первой же возможности уведомил о ней главврача и государственного нотариуса.

Напомним, что в соответствии с нормой ст. 1052 Гражданского кодекса Украины завещание человека, пребывающего на лечении в больнице или другом стационарном учреждении здравоохранения, может быть удостоверено главврачом, его заместителем по медчасти или дежурным врачом. Помимо врача, завещание должны удостоверить не менее чем двое свидетелей (обладающих полной гражданской дееспособностью).

Оказавшись в ситуации, когда больной просит задокументировать его последнюю волю, врач должен учесть, что документ следует составлять с обязательным указанием в тексте полного названия медицинского учреждения, отделения, в котором находится умирающий, и времени составления завещания. Если больной не в состоянии прочесть составленный текст вслух и самостоятельно его подписать, это обязан сделать врач, опять-таки письменно указав на данное обстоятельство и его причины в документе. Затем свидетели должны еще раз озвучить завещание и поставить под ним подписи, указав не только свои фамилии, но и должности. При первой же возможности составленное завещание следует зарегистрировать у нотариуса в Наследственном реестре.

Подготовил **Василий Сай**
Адвокатское объединение K.S.B. Lex Group

ДАЙДЖЕСТ

Благотворное влияние зверобоя продырявленного (*Hypericum perforatum*) на депрессию и тревогу: результаты эксперимента на животных с СД 2 типа

Недавние исследования продемонстрировали разнообразные терапевтические фармакологические свойства стандартизованного экстракта зверобоя продырявленного (*Hypericum perforatum*). Многочисленные данные показывают, что это растительное средство может быть полезным для лечения как метаболических, так и психических нарушений.

Целью представленного эксперимента было изучить роль экстракта зверобоя продырявленного в лечении сопутствующих расстройств настроения у крыс с сахарным диабетом (СД). Для индукции СД 2 типа животным интраперитонеально вводили никотинамид (120 мг/кг), а 15 мин спустя – стрептозотцин (65 мг/кг). Затем в течение 14 дней одной группе животных назначали экстракт зверобоя продырявленного перорально в дозе 100 или 200 мг/кг. Анксиолитическая активность оценивалась с использованием теста «Открытое поле», который широко применяется для исследования особенностей поведения (двигательной активности и эмоциональности), а также с помощью

теста «Приподнятый крестообразный лабиринт», регистрируя время пребывания животных на открытом пространстве лабиринта. В тесте Порсолта («Вынужденное плавание») определяли уровень депрессивности животных. В ходе тестирования крыс на 6 мин погружали в прозрачный пластиковый цилиндр, наполненный водой, таким образом, чтобы животное не имело возможности опереться задними конечностями или хвостом на дно цилиндра. Поведенческими показателями служили количество и время периодов полной неподвижности; также на 14-й день у животных определяли уровень глюкозы крови натощак.

По результатам тестирования, крысы с СД 2 типа имели значительно более высокий уровень тревожности по сравнению с таковым у здоровых животных. В то же время у грызунов с СД 2 типа лечение экстрактом зверобоя продырявленного оказывало выраженное анксиолитическое влияние и достоверно сокращало время периодов неподвижности. Кроме того, экстракт зверобоя значительно снижал повышенный уровень глюкозы в крови у крыс с СД.

Представленные данные свидетельствуют о том, что экстракт зверобоя продырявленного может использоваться в качестве профилактики и для лечения сопутствующих заболеваний, ассоциированных с депрессией, тревогой, а также при СД.

Husain G.M., Chatterjee S.S., Singh P.N. et al.
Acta Pol Pharm. 2011 Nov-Dec; 68 (6): 913-8.

Подготовила **Ольга Татаренко**

**Завжди
СОНЯЧНИЙ
НАСТРІЙ !**

Лайф 900

- 1 таблетка на добу
- безпечність лікування
- 900 МГ екстракту звіробію
- ефективність доведена та обґрунтована

БЕЗ РЕЦЕПТА

esparma

РП. UA/1352/01/02. Виб. 28.01.2011.

ДАЙДЖЕСТ

Новый ингибитор протеаз TMC435 излечивает большинство пациентов с хроническим гепатитом С

На Международном гепатологическом конгрессе, проходившем 19-22 апреля в г. Барселоне (Испания), ученые из Германии представили обнадеживающие результаты исследования IIb фазы, в котором изучался препарат с рабочим названием TMC435 – пероральный ингибитор протеазы NS3/4A вируса гепатита С (HCV).

В международном двойном слепом плацебо контролируемом исследовании ASPIRE 462 пациента на протяжении 48 нед получали активную терапию по одной из четырех схем:

- TMC435 + пегилированный интерферон/рибавирин (ПИР) 12 нед, затем ПИР + плацебо 36 нед;
- TMC435 + ПИР 24 нед, затем ПИР + плацебо 24 нед;
- TMC435 + ПИР 48 нед;
- ПИР + плацебо 49 нед (контрольная группа).

TMC435 назначался в дозе 100 или 150 мг/сут. После завершения 48-недельного периода лечения всех больных наблюдали еще в течение 24 нед.

В исследование включались мужчины и женщины в возрасте от 18 до 70 лет с массой тела от 40 до 125 кг, хронически инфицированные HCV 1 генотипа с уровнем РНК HCV >10 тыс. МЕ/мл и ранее получавшие как минимум 1 курс ПР длительностью не менее 12 последовательных недель.

Быстрый вирусологический ответ (отсутствие РНК HCV через 4 нед) в трех группах терапии TMC435 (при использовании обеих доз – 100 и 150 мг) был зарегистрирован у 53-68% пациентов и только у 2% больных контрольной группы ($p < 0,001$ для всех групп TMC435 по сравнению с контрольной).

Устойчивый вирусологический ответ после 24 нед лечения составлял 61-80% в группах TMC435 по сравнению с 23% в контрольной группе.

Прекращение лечения вследствие вирусологического «прорыва» потребовалось у 9-17% пациентов групп TMC435 и у 53% больных контрольной группы. Вирусологический рецидив произошел у 6-18% и 44% участников соответственно.

Частота тяжелых побочных эффектов между тремя группами TMC435 и контрольной группой не различалась. В группах TMC435 чаще отмечались зуд и сыпь, однако в подавляющем большинстве случаев они были незначительными.

Учитывая результаты исследования ASPIRE, препарат TMC435 будет изучаться в исследованиях III фазы у больных хроническим гепатитом С как получавших, так и не получавших ранее лечения.

Zeuzem S. The International Liver Congress 2012.

Абстракт 2, представлен 19 апреля 2012 г.

СРК ассоциируется с повышенным риском осложнений беременности

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является самым распространенным гастроинтестинальным расстройством и чаще всего диагностируется у женщин репродуктивного возраста. Ирландские ученые провели исследование с целью изучить связь между СРК и осложнениями беременности.

Авторы проанализировали медицинские карты 100 тыс. женщин в возрасте от 13 до 50 лет, включенных в национальную терапевтическую базу данных. Женщин разделили на две группы: без указаний на СРК и депрессию/тревогу в анамнезе и с установленным диагнозом СРК. Вследствие высокой распространенности депрессии/тревоги у больных СРК их разделили на две подгруппы: с депрессией/тревогой и без этих нарушений, что дало возможность оценить влияние СРК на исходы беременности независимо от данных сопутствующих заболеваний. В окончательный анализ вошли 18 159 пациенток с установленным диагнозом СРК, не страдавших тревожно-депрессивными расстройствами, и 8384 женщины с СРК и депрессией/тревогой. Статистические расчеты проводили с поправкой на возраст, индекс массы тела, употребление алкоголя, курение, социоэкономический статус, диабет, артериальную гипертензию, астму, а также другие гастроинтестинальные заболевания.

В результате было установлено, что СРК ассоциировался с повышенным риском выкидыша и эктопической беременности на 21 и 28% соответственно, однако не влиял на частоту других осложнений беременности, в частности преэклампсии и рождения мертвого плода.

Наибольшее повышение риска выкидыша при наличии диагноза СРК наблюдалось у молодых женщин, курящих пациенток и больных СРК, одновременно страдавших тревожно-депрессивными расстройствами.

Авторы отмечают, что общим патофизиологическим звеном, связывающим СРК и осложнения беременности, могут быть нарушения уровней циркулирующих цитокинов.

Khashan A.S. et al. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Опубликовано онлайн 27 февраля 2012 г.

Двойная доза ИПП повышает вероятность излечения рефрактерного эзофагита

На сегодня установлено, что примерно у 10% пациентов с рефлюкс-эзофагитом стандартный 8-недельный курс ингибитора протонной помпы (ИПП), назначаемого 1 р/сут, не приводит к излечению. Текущие руководства в таких случаях рекомендуют удваивать дозу ИПП или разделять ее на два приема. Тем не менее эндоскопическая эффективность такого подхода в клинических исследованиях ранее не оценивалась.

В исследовании TWICE, проведенном японскими учеными, приняли участие 337 пациентов с рефлюкс-эзофагитом, рефрактерным к стандартному 8-недельному курсу ИПП. Больных рандомизировали для получения рабепразола 20 мг 2 р/сут, 10 мг 2 р/сут или 20 мг 1 р/сут (контроль) на протяжении 8 нед. Участники подвергались эзофагогастродуоденоскопии в начале исследования, после 4 и 8 нед терапии.

Излечение было достигнуто у значительно большего количества пациентов группы 20 мг 2 р/сут (77%; $p=0,003$) и 10 мг 2 р/сут (78,4%; $p=0,001$) по сравнению с группой 20 мг 1 р/сут (58,8%). Частота побочных эффектов в группе 20 мг 2 р/сут была выше (54,4%), а в группе 10 мг 2 р/сут (47,7%) не отличалась от таковой в контрольной группе (39,3%).

Анализ результатов лечения с учетом Лос-Анджелесской классификации эзофагита позволил авторам сделать заключение, что у пациентов с резистентным к ИПП рефлюкс-эзофагитом А и В оптимальным режимом является рабепразол 10 мг 2 р/сут, а у больных эзофагитом С и D наиболее эффективен прием рабепразола в дозе 20 мг 2 р/сут.

Kinoshita Y. et al. *American Journal of Gastroenterology*. Опубликовано онлайн 20 марта 2012 г.

Подготовил **Алексей Терещенко**

Ессенціалє® форте Н КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА ПЕЧІНЦІ¹



- Надійно захищає печінку від негативного впливу шкідливих факторів (алкоголь, токсичні речовини, ліки та ін.), відновлює її структуру та функцію¹.
- Містить оригінальну EPL®-субстанцію природного походження, яка відновлює структуру мембран клітин печінки².
- Ефективність доведена клінічною практикою і базується на даних 239 клінічних досліджень за участі більше 14 000 пацієнтів (жовтень 2009)².
- Більше ніж 50 років досвіду застосування в практичній медицині¹.

Спосіб застосування та дози³:

2 капсули 3 рази на добу (підтримуюча доза — 1 капсула 3 рази на добу), курс лікування — не менше 3 місяців.

¹ Адаптовано: Звягінцева Т. Д. Экологический «стресс» и Эссенциальные фосфолипиды // Здоровье Украины. — 2010. — № 7.

² Эссенциальные фосфолипиды в лечении острых и хронических заболеваний печени. Обзор III Украинской гастроэнтерологической недели 2009 г. // Здоровье Украины. — 2009. — № 20. — С. 58–59.

³ Інструкція для медичного застосування препарату Ессенціалє® форте Н.

Абсолютний фаворит успіху в номінації «Препарат для лікування хвороб печінки і жовчовивідних шляхів».

Ліцензійні угоди: № 20/A LPFU від 24.02.2010, № 86/B LPFU від 19.04.2011. Р.П. МОЗ України № UA/8682/01/01 від 15.08.08.

Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно читайте інструкцію. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Реклама: лікарський засіб.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна». Київ, 01033, вул. Жилинська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. www.sanofi.ua

