

Медицинская этика и деонтология педиатра Биоэтика в педиатрии.



- *«Каждый врач должен сам выработать для себя представление о врачевании, которое в сущности есть умение разместить себя, пациента, науку и культуру во времени и пространстве».*

● А.Ф. Билибин

Этика

- (от греч. ethos – обычный, характер) – система норм нравственного поведения людей, их обязанностей по отношению друг к другу, к обществу, Родине на основе общечеловеческих представлений о добре и зле; а также – философское учение о морали, нравственности, как одной из форм идеологии, о ее сущности, законах исторического развития и роли в общественной жизни. **это нормы поведения, совокупность моральных правил определенной социальной группы.**
- **Медицинская этика** рассматривает всю совокупность моральных критериев, которыми руководствуется работник здравоохранения в повседневной работе, направленной на удовлетворение потребностей общества и каждого человека в сохранении и укреплении состояния здоровья или возвращении его при болезни.

Клятва Гиппократа

- Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.
- Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.
- Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому[6].



Рукопись XII
века с
текстом
Клятвы в
форме креста

Врачебная этика Гиппократ

- Доступная нам в памятниках письменности история врачебной этики насчитывает более трех тысячелетий. В Древней Индии врачи давали клятву еще в 1500 г . до н. э. Для европейской медицины непреходящее значение и по сей день имеет этика древнегреческого врача Гиппократ (около 460 – 370 лет до н. э.), в особенности его знаменитая "Клятва".
- В том же, что касается взаимоотношений врача и пациента, этика Гиппократ - это прежде всего **этика гуманности, человеколюбия, милосердия**. В ее основе лежит идея уважения к больному человеку, пациенту, обязательность требования, чтобы всякое лечение не причиняло ему вреда: "Я...воздержусь от причинения всякого вреда..." , - говорится в "Клятве"

- Таким образом основным принципом медицинской этики является принцип гуманизма.
- Основа медицинского гуманизма- общечеловеческие нормы нравственности, сочувственное отношение к страданию, больному человеку. В своем труде медицинский работник опирается на категории медицинской этики, к которым относятся:
 - равенство и справедливость
 - благо и добро
 - долг и ответственность
 - совесть и достоинство и т.д.

Основные задачи медицинской этики:

- Добросовестный труд на благо общества и человека;
- Готовность всегда и при любых условиях оказать медицинскую помощь;
- Внимательное и заботливое отношение к больному;
- Сохранение и преумножение благородных традиций своей профессии;
- Обобщение имеющихся и разработка новых средств трудового воспитания медицинского работника.
- Соблюдение правил медицинского этикета, складывающегося из внутренней культуры (отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к общественному достоянию, дружелюбие, коллегиальность) и внешней культуры (благопристойность, приличие, хороший тон, опрятность, умение держать себя среди коллег и больных, умение вести беседу).

Этика

Медицинская этика выделяет моральные аспекты взаимоотношений специалистов, работающих в медицине. Ключевую роль в данном случае играют:

- Товарищеская солидарность медицинских работников;
- Доверие их друг к другу;
- Уважение личного и профессионального достоинства коллег;
- Врач должен в общении со своими коллегами быть вежливым, приветственным, сдержанным, тактичным, уметь владеть собой, уметь выслушивать, уважать старших, поддерживать своих коллег перед пациентами.

Медицинская деонтология

- (от греч. deontos – должное, надлежащее; logos – учение) – совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных приемов психологического общения с обратившимся к врачу здоровым или больным человеком. Таким образом, деонтология – составная часть медицинской этики, и если этика – методологическое, то деонтология – методическое понятие.
- Медицинская деонтология имеет прикладной характер, обусловленный той или иной медицинской профессией, то есть различают деонтологию акушера-гинеколога, педиатра, терапевта, эндокринолога, андролога, хирурга, судебного медика, онколога, рентгенолога, венеролога и т.д.

Основные задачи медицинской деонтологии.

- Изучение принципов поведения медицинского персонала, направленное на максимальное повышение эффективности лечения.
- Исключение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности.
- Устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы.
- Изучение системы взаимоотношений, которые возникают между медицинским персоналом и больным.

Медицинская деонтология как единство правовых и нравственных норм деятельности врача-педиатра.

- Деонтологические принципы работы врача выработались веками работавшими до нас поколениями врачей, и знание этих принципов – одно из необходимых условий успешного врачевания. Эти принципы касаются взаимоотношений: врач и больной, врач и родственники больного, врач и коллеги, врач и медицинская сестра, врач и общество, врачебная тайна, деонтология медицинской документации, деонтология научных исследований и применения новейших научных сведений, деонтология анализа медицинских ошибок, деонтология работы медицинских учреждений.

- Человек может быть плохим художником, неудачным писателем, однако не может быть плохим врачом. Из практики следует, что знающий врач и хороший врач не одно и то же. Н.А.Семашко писал: «Только знания не делают человека хорошим врачом. Необходимы высокогуманное отношение к больной личности, авторитет, который состоит из теоретических знаний, моральных ценностей и практического мастерства».
- А вот хороший врач — это всегда знающий врач. Его профессиональные качества должны соответствовать современному уровню развития медицины. А еще он всегда должен помнить о безмерном значении слова. В. М.Бехтерев говорил: «Если больному после разговора с врачом не становится легче — это не врач».

Проблемы этики и деонтологии в педиатрии

- Чем меньше ребенок, тем больше он отличается своими анатомо-физиологическими особенностями от взрослого человека. А так как именно этими отличиями обусловлена педиатрическая деонтология, педиатру тяжелее объективно оценить состояние здоровья малыша, поставить диагноз, назначить лечение и все это объяснить его родителям.
- Ребенок, как раннего, так и старшего возраста, не всегда может понять вопрос врача. Это приобретает особое значение при тяжелом состоянии больного. Поэтому врач часто должен проводить опрос в виде беседы, следить за реакцией ребенка, понять неясность, если она возникла, при необходимости сформулировать вопрос по-другому, с более ясным, понятным для малыша содержанием.
- Дети любого возраста при первой встрече боятся врача. Поэтому педиатр должен найти такой способ общения, чтобы ребенок смотрел на него не широко открытыми глазами с чувством страха, а взгляд его был вполне спокойным. При общении с малышом педиатр должен всегда улыбаться. Ребенка первых лет жизни можно привлечь интересной игрушкой, коротким стихотворением.

- Дети старшего возраста иногда склонны к диссимуляции: могут бояться инъекций, физиопроцедур, некоторых методов обследования, могут, не понимая опасности своего заболевания и пытаться скрыть проявления патологии, которые уже видны при осмотре. И поэтому педиатру нужно быть очень внимательным при опросе больного, войти в контакт с ним, добиться его доверия, не спешить, не ограничиваясь иногда одной профессиональной беседой с больным.
- Осложнения разного характера нередко возникают и при разговоре с родителями. Нужно запомнить на всю жизнь и не забывать ни на минуту во время опроса, разговора, осмотра и лечения больного малыша о том, что дети являются самыми дорогими для родителей, поэтому никогда ни мать, ни отец не могут спокойно относиться к болезни ребенка и могут поневоле давать ошибочные ответы на вопрос врача. Родителей тоже нужно расспрашивать очень внимательно и иногда задавать вопрос не один раз. Вам, врачам, при этом необходимо проявить свое терпение и спокойствие. Врач должен понять волнение родителей и простить им возможную грубость и резкость во время разговора при тяжелом состоянии ребенка.

вопросы организационного характера, которые желательно учесть будущим заведующим отделением:

- В коллективе педиатров должен быть хотя бы один работник старшего возраста, если отделение небольшое, или несколько таких работников в большой больнице, опыт которых будет необходимым в экстренных случаях при оказании неотложной помощи и разговоре с родителями при тяжелом состоянии ребенка;
- следует сохранять между всеми врачами позитивные деонтологические отношения;
- даже если врач сделает ошибку в лечении ребенка, никто из коллег не должен рассказывать об этом его родственникам;
- нельзя «забирать» больного у другого врача;
- необходимо помогать коллегам, особенно молодым, в лечении тяжело больного ребенка и не афишировать это ни перед родителями, ни перед другими врачами;
- какое бы ни было замечание старшего по должности к младшему (врачу, среднему медицинскому персоналу), его не следует делать в присутствии больных или других сотрудников. При рассмотрении любой ошибки нужно проявить максимальную тактичность, исключить обидчивый пренебрежительный тон, который унижает достоинство, дополнительно травмирует врача, сделавшего ошибку.
- как уже сказано выше, иногда нужно первому сказать родителям о без надежном состоянии жизни ребенка;

- бывают случаи, когда родители категорически отказываются от госпитализации ребенка; однако если заболевание ребенка требует этого, необходимо приложить максимум усилий, чтобы убедить их в этом;
- иногда собрать консилиум для более убедительного доказательства родителям необходимости лечения в стационаре, возможно в хирургическом или реанимационном отделении;
- вопросы деонтологии приобретают особое значение при осмотре и обследовании больных в терминальных состояниях. Если после осмотра такого ребенка у врача нет уверенности в правильности постановки диагноза, что может привести к неверному лечению, врач, несмотря ни на что, должен обязательно обратиться за помощью к старшим коллегам, а при их отсутствии даже к младшим, лишь бы помочь больному. Такое поведение никогда не приведет к снижению его авторитета. Напротив, когда коллективными усилиями больной будет вылечен, авторитет врача вырастет как среди больных, так и среди медицинских работников. Победой врача над болезнью в первую очередь будут довольны родители ребенка, что в дальнейшем будет способствовать повышению авторитета врача среди населения;
- иногда в отделении может быть одновременно несколько детей с родственниками для приема в больницу, что часто раздражает родителей. Чтобы избежать этого, необходимо отвлечь детей интересными книгами, игрушками, объяснить сложившуюся ситуацию и в первую очередь принять наиболее тяжелых детей. Педиатр должен всегда вселять уверенность ребенку и его родственникам, что он делает все необходимое для его выздоровления

врачебная тайна

- *Та информация о пациенте, которую он передает врачу или сам врач получает в результате обследования, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента.*
- В форме понятия "" правило конфиденциальности зафиксировано во многих этических кодексах, начиная уже с клятвы Гиппократы. Медицинский работник должен строго хранить врачебную тайну. Под врачебной тайной понимают следующее:
- Сведения о больном, полученные медицинским работником от больного, или в процессе лечения и не подлежащие разглашению в обществе.
- Сведения о больном, которые медицинский работник не должен сообщать больному (неблагоприятный исход болезни, диагноз, наносящий психологический ущерб больному).
- При решении вопроса о врачебной тайне иногда приходится учитывать, не наносит ли это ущерб обществу. В тех случаях, когда самосохранение врачебной тайны может принести вред обществу или окружающим больного лицам (например, при венерических, инфекционных, психических заболеваниях и т.д.), медицинский работник должен принять необходимые меры, не нанося при этом психологического ущерба больному.

Предметом конфиденциальности

- являются диагноз заболевания, данные о состоянии здоровья, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования или при выслушивании жалоб пациента. Конфиденциальной должна быть и немедицинская информация о пациенте, или его близких, ставшая известной врачу в процессе выполнения им служебных обязанностей. Законодательством строго определен достаточно узкий круг ситуаций, при которых медицинский работник вправе передать известную ему информацию третьим лицам. Речь идет прежде всего о тех случаях, когда пациент не способен самостоятельно выразить свою волю из-за нарушения сознания или по причине несовершеннолетия. Причем в последнем случае устанавливается предел, соответствующий 15 годам. Медицинская информация о состоянии здоровья несовершеннолетних старше 15 лет может быть передана родителям или другим лицам только с согласия самих подростков. Закон также ограничивает действие правила конфиденциальности при наличии угрозы распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений или поражений.

Основные факторы

- **Неприкосновенность частной жизни** В процессе врачевания что-то из относящегося к внутреннему миру пациента может стать известно врачу, подвергнуться совместному разбору и обсуждению. Врач для эффективной диагностики и лечения нуждается подчас в самой интимной информации о частной жизни пациента. Гарантия безусловного соблюдения конфиденциальности со стороны медика позволяет пациенту быть достаточно откровенным, не опасаясь, что столь существенная для современного человека моральная ценность, как неприкосновенность его частной жизни, будет как-либо нарушена.
- **Защита социального статуса пациента т.к. медицинский диагноз** (другая медицинская информация) может стать клеймом для человека, что будет значительно ограничивать возможности его социального самоутверждения. В качестве таковой нередко выступает, к примеру, информация о наличии психического заболевания, ВИЧ-инфицированности, злокачественного заболевания.
- **Правило конфиденциальности вместе с тем защищает и экономические интересы пациентов.**
- Конфиденциальность отношений между профессионалами и клиентами необходима для обеспечения **откровенности их общения**. Пациент, обнажаясь и телесно и душевно перед врачом, должен быть, убежден, что это не приведет к нежелательным последствиям.
- Оттого, насколько эффективно врачи способны обеспечивать конфиденциальность информации о своих пациентах, непосредственно зависит их **престиж, имидж в глазах общества и их популярность**.
- одним из наиболее существенных, является понимание того, что эффективно защищая конфиденциальность, **медицинские работники обеспечивают доверие в отношениях с пациентами.**

Ятрогении

- - это болезни, имеющие исходным пунктом поведение или слово медицинского работника.
- Слово медицинского работника, как и любое терапевтическое средство, могут иметь не только полезное, но и вредное для больного действие, получающееся помимо воли врача и вопреки его лучшим желаниям. Это явление носит название «негативной психотерапии», которая дает целый ряд заболеваний, где личность врача или медицинской сестры имеет влияние на течение и исход болезни. Заболевания, развивающаяся в данном случае носят название ятрогенных.

Ятрогенные заболевания могут быть различного характера:

- Вследствие неправильного представления врача о сущности болезни;
- Назначения, без определенной цели и терапевтических мероприятий (полипрогнозия);
- Превышение своих полномочий мед. сестрой, дающей свою оценку характеру заболевания, диагностике, эффективности лечения, приводящего к подрыву авторитета врача, развитию психических нарушений.
- Ятрогении чаще возникают у невропатов и психопатов с конституцией, отягощенной психопатической наследственностью. Сюда относятся *астеники*, в психике которых соматические процессы играют особенно видную роль.
- *Психоастеники* с их постоянной склонностью к сомнениям (они рисуют свое будущее в мрачных красках, боятся за свое психическое и физическое состояние).
- *Циклотимики* - эмоционально-лабильные люди с тревожно-мнительным характером.

Ятрогении делят:

- В одних случаях у больного нет органического заболевания, но неправильно истолковав слова медицинского работника, больной внушает себе, что у него тяжелая, опасная для жизни болезнь.
- В другой группе случаев имеется наличие органическое заболевание, течение и исход которого значительно ухудшается вследствие неправильного поведения медицинского работника, нарушившего психическое равновесие своего больного, .и таким образом создавшего неблагоприятную для течения болезни ситуацию.
- В том и другом случае не осторожным словом или поведением медицинского работника прививалась идея болезни, а обстановка создавала благоприятные условия для ятрогении

- Эгогения- самовнушение больным болезни.
- Эгрогогения- влияние одного пациента на другого, ведущего к развитию психогенной болезни.

- Случай №1.

- Больной Б. 44 лет, литератор, страдает спастическими запорами психогенного происхождения и геморроем. Представил ряд анализов кала, в которых он (кал) упорно оказывался покрытым слизью и давал резко положительную реакцию на кровь, подчеркнутую врачом синим карандашом. Больной боится есть, худеет, уверен, что у него как, т.е. реакция на кровь уже 1\2 года положительна, «он ставит ?» об операции.

- Случай №2

- Больная 52 лет, заведующей меховым магазином, страдает бронхитом. В интересах выяснения аллергической природы заболевания, предложено исследовать кровь на наличие эозинофилов. Через несколько дней тревожный звонок: «Умоляю, приезжайте, у меня- смертельное заболевание- туберкулез, СОЭ- 38 мм\час». Такое объяснение больная получила от лаборантки на свой вопрос о СОЭ. Эозинофилы были в норме, но ночью у больной разыгрался типичный приступ бронхиальной астмы.

- Случай №3.

- Больная 18 лет, по поводу простой ангины исследовалась у ларинголога. По совету знакомого врача больная произвела исследование крови по Вассерману, давшее один «+», несмотря на то, что дальнейшее исследование не обнаружило сифилиса, больная впала сифилопобию и покончила с собой.

- Случай №4.

- Больная Г, 35 лет, перенесла 20 лет назад тяжелый острый ревматизм, осл. эндокардитом- порок сердца. Больная лечилась у известного клинициста Х. Недавно больная заболела легким гриппом и решила проконсультироваться у клинициста Х., не ухудшилось ли деятельность сердца. Консультант нашел, что деятельность сердца в порядке и уходя добавил: «Можете, не беспокоится о сердце, раньше меня не умрете, а если умрем, то вместе». На другой день консультант Х. скоропостижно скончался. Больная впала в возбужденное состояние, пульс 120 в мин., развилась аритмия и больная умерла на следующий день от отека легких.



Биоэтика

- Принципы биоэтики.
- Медицинский аборт.
- Экстракорпоральное оплодотворение.
- Эвтаназия.
- Суицид.

Биоэтика

- - это новая и притом очень широкая область междисциплинарных научных исследований. Сам термин "биоэтика" возник всего лишь около тридцати лет назад; во многом новыми для человечества являются и изучаемые биоэтикой проблемы. В самом деле, каждый из нас - кто реже, кто чаще - оказывается пациентом служб охраны здоровья, некоторые выступают в качестве испытуемых при проведении биомедицинских исследований и экспериментов, многие профессионально работают в этой сфере. Вступая в эти взаимоотношения, человекверяет профессионалу - медику или исследователю - самое ценное, чем он располагает - свое здоровье, достоинство, даже саму жизнь. Пациент, больной или испытуемый при этом вправе, конечно, рассчитывать на определенный уровень квалификации и мастерства профессионала. Минимум знаний в области биоэтики необходим любому человеку, поскольку и ему самому, и его родным и близким, так или иначе, приходится вступать в контакты с системой здравоохранения, включая, прежде всего медицинское обслуживание.

Принципы биоэтики.

- Принцип "не навреди" Этот принцип является старейшим в медицинской этике. "Прежде всего - не навреди (или - не повреди)", где слова "прежде всего" могут быть истолкованы и в том смысле, что этот принцип является наиболее важным в деятельности врача. Первый вопрос, возникающий в связи с этим принципом, - как определить, что именно понимается под "вредом" применительно к сфере биомедицины, главным образом - применительно к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентом. В этом смысле, если подходить к ситуации **со стороны врача**, можно различить такие формы "вреда":
- вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;
- вред, вызванный небрежностью либо злым умыслом, например корыстной целью;
- вред, вызванный неверными, необдуманными или неквалифицированными действиями;
- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

- Принцип "делай благо" этот принцип является расширением и продолжением предыдущего, так что некоторые специалисты по биоэтике даже склонны объединять оба принципа в один. Принцип же "делай благо" (или "твори добро") - это не запрет, а такая норма, которая требует некоторых **позитивных** действий. Его смысл передается иногда с помощью таких слов, как: "благодетельность", "благотворительность", "милосердие", "филантропия".
- Принцип уважения автономии пациента. В отличие от двух рассмотренных, этот принцип становится одним из основополагающих в биоэтике лишь в последние десятилетия, именно тогда, когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента.
- Принцип справедливости. Термины "справедливый", "справедливость" чрезвычайно широко используются в повседневной речи. Это в чем-то облегчает, но в чем-то и затрудняет понимание принципа справедливости, как он используется в биоэтике. Естественно, понятие справедливости в контексте биоэтики не может быть полностью отличным от его обыденной трактовки, однако отметим: оно является более узким, ограниченным и вместе с тем более строгим. Именно в таком ограниченном и строгом толковании и понятие, и принцип справедливости будут употребляться в дальнейшем.

ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

- Медицинская практика, особенно современная, - это сложно дифференцированная система, в которой медики и пациенты могут находиться в самых различных формах социального взаимодействия. Каждая из этих форм отражает, во-первых, определенные традиции врачевания, существующие в данном обществе, и, во-вторых, специфику состояния, в котором находится пациент.
- Контакты врачей с пациентами относятся к числу таких событий, которые случаются каждый день многократно и повсюду в мире. Естественно, и для врача, и особенно для пациента подобное событие всякий раз бывает уникальным, неповторимым. И тем не менее в чем-то существенном эти взаимодействия являются упорядоченными, регулярными - как правило, обе стороны, чаще всего даже не осознавая этого, ведут себя в ходе контакта так, "как положено", "как принято":

Модели врачевания

- американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели: инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (договорную). С точки зрения Витча, эти модели неравноценны.
- В рамках так называемой "**инженерной модели**" врач относится к пациенту как к "безличностному механизму". Задача врачевания интерпретируется как исправление "поломки" механизма, обусловленной действием внешних или внутренних факторов. Впрочем, в ряде случаев вместо категории поломки используется понятие "отклонение физиологического механизма от положения равновесия".
- Смысл врачевания сводится к манипулированию с телом пациента. Врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть физиологический механизм человека в положение равновесия. Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности, как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется, как техническая процедура. Поскольку пациент не обладает необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и может быть вреден при внесении субъективных оценок. Его личное мнение о собственном благе (здоровье), поскольку оно необъективно и ненаучно, с точки зрения знающего медика- профессионала считается не заслуживающим внимания.

Патерналистская модель

- господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена и в "Клятве Гиппократата". Патернализм в общении с пациентами остается нормой и для значительного числа современных медиков, да и многие пациенты воспринимают патерналистское отношение к себе в качестве наиболее адекватного. Думается, что патернализм является естественной и самой адекватной формой отношения врачей к больным детям и другим пациентам с ограниченной дееспособностью. То обстоятельство, что в момент принятия ответственного решения интересы ребенка или психиатрического больного могут быть защищены за счет участия их законных представителей (например, родителей), несколько не умаляет уместности и моральной оправданности патерналистского отношения к ним в контексте рутинных отношений врачевания.

коллегиальная модель

- Следует также иметь в виду, что даже в ситуации, когда врач советуется с родителем, скажем, о том, какую тактику лечения избрать, асимметрия отношения к ребенку не только не исчезает, но даже усиливается. Гораздо больше возможностей, для реализации ценностей автономной личности создают отношения между медицинским работником и пациентом. Больной в рамках этой модели предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом. Для того чтобы играть свою роль, пациент должен получить от врача достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т.д. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, по сути дела действуя, как коллега лечащего врача. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу.

Правило правдивости

- *Что значит быть правдивым ?* Быть правдивым прежде всего означает сообщать собеседнику то, что, с точки зрения самого сообщającego, соответствует действительности. Некоторые этики считают, что в понятие правдивости следует ввести еще и *право слушающего собеседника на получение правдивого сообщения*. Согласно правилу правдивости, человек обязан говорить правду лишь тому, кто имеет право знать эту правду. Вопрос о *праве* говорить и знать правду отличается от вопроса о *долге* говорить и знать правду тем, что обсуждение как бы переносится из "внутреннего плана" ценностных ориентации личности во "внешний план" социальных взаимодействий. Если, к примеру, спрашивается: "Имеет ли человек X право совершить тот или иной поступок?", то ответ на подобный вопрос будет заключаться в указании на некоторый закон или иную социальную норму (например обычай), которые дают разрешение или запрещают его осуществление.
- *Право врача* сообщать пациенту правдивую информацию о состоянии его здоровья ограничивается требованием передавать ее в доступной форме и так, чтобы не причинить больному вреда. Право врача знать правду специально не регламентируется законом. *Право пациента сообщать врачу правду* о состоянии своего здоровья и обстоятельствах возникновения заболевания на первый взгляд кажется самоочевидным. С конца прошлого века в сознании и поведении жителей цивилизованных стран, сформировались мощные реакции социального отторжения в отношении лиц с медицинским диагнозом "шизофреник", "раковый больной" и подобными. Нередко такой диагноз, как стигма (клеймо), превращает человека в изгоя общества. Вокруг стигматизированного и его семьи образуется социальный вакуум - друзья перестают звонить и заглядывать "на огонек", родственники - приглашать в гости. Даже если по своему физическому или психическому состоянию психиатрический или онкологический больной еще и могут плодотворно трудиться, для них становится практически невозможно устроиться на работу или продолжить образование, получить продвижение по службе и т.д. Надежды, интересы, ожидания, стремления к определенным жизненным достижениям - все это обрывает стигматизирующий диагноз. Еще более тяжело сказать и воспринять правду о неотвратимо приближающейся смерти. Для нерелигиозного сознания, то есть сознания многих современных людей, страдание и смерть смысла не имеют. Поэтому в таком положении инстинктивно и сам умирающий, и окружающие его люди, включая медработников, как бы отворачиваются от правды.

Правило конфиденциальности

- Если правило правдивости обеспечивает открытость партнеров по социальному взаимодействию - врача и пациента, то правило конфиденциальности призвано предохранить эту ячейку общества от несанкционированного непосредственными участниками вторжения извне.
- **Предметом конфиденциальности** являются диагноз заболевания, данные о состоянии здоровья, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования или при выслушивании жалоб пациента. Конфиденциальной должна быть и немедицинская информация о пациенте или его близких, ставшая известной врачу в процессе выполнения им служебных обязанностей.

- правила информационного согласия призвано обеспечить уважительное отношение к пациентам или испытуемым в биомедицинских экспериментах как к личностям, а также, разумеется, минимизировать угрозу их здоровью, социально-психологическому благополучию и моральным ценностям вследствие недобросовестных или безответственных действий специалистов. Взаимоотношение врачей и пациентов, хирургические операции, химиотерапия, длительная госпитализация и многие другие виды медицинского вмешательства могут оказывать серьезное влияние на возможности реализации жизненных планов человека. Применение правила информированного согласия обеспечивает активное участие пациента в выборе методов лечения, оптимальных не только с медицинской точки зрения, но и с точки зрения жизненных ценностей самого человека. **Согласно этому правилу**, любое медицинское вмешательство (**в том числе и привлечение человека в качестве испытуемого в биомедицинское исследование**) должно как обязательное условие включать специальную процедуру получения добровольного согласия пациента или испытуемого на основе адекватного информирования о целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых положительных последствиях для пациента или испытуемого, возможных неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и т. д.), риске для жизни, физического и психологического благополучия. **Необходимо также информировать пациента** о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности.

- *Существенным элементом информирования должна быть информация о правах пациентов и испытуемых в данном лечебно-профилактическом или научно-исследовательском учреждении и способах их защиты в тех случаях, когда они так или иначе ущемлены.* Исторически правило информированного согласия возникло в связи с расследованием "научной" деятельности нацистских медиков в концлагерях во время Второй мировой войны. После Нюрнбергского процесса, на котором были продемонстрированы свидетельства о чудовищных медицинских экспериментах в концлагерях, вопрос о согласии стал одним из главных для биомедицинской этики. Термин "информированное согласие" появился не раньше, чем лет через десять после процесса, а детально исследован он был где-то году в 1972. Действительно, в Нюрнбергском кодексе была сформулирована норма **добровольного согласия**; информированное же согласие, как мы увидим чуть позже, является более строгой нормой. Следует также отметить, что и в мировой, и в отечественной практике и ранее существовала традиция получения согласия пациента на проведение хирургических методов лечения. Однако правило информированного согласия шире простого получения согласия прежде всего за счет того, что нацеливает на обеспечение добровольности и свободы выбора пациентов и испытуемых путем их адекватного информирования. В настоящее время правило получения информированного согласия пациентов и *тех, кто привлекается к участию в клинических испытаниях или медико-биологических исследованиях*, стало общепризнанной нормой.

Аборт

- Морально-этические проблемы искусственного аборта
- Абортом называется всякое прерывание беременности; основные моральные проблемы связаны с **искусственно вызванным абортом**. Для верного понимания моральных аспектов этого вида медицинского вмешательства необходимо осознавать, что беременность - это, с одной стороны, нормальный физиологический процесс, происходящий с женщиной (ее организмом), а с другой, - это процесс биологического формирования нового человека. Поэтому, даже допуская практику аборта по принципу "меньшего зла", следует иметь в виду, что он представляет собой серьезную травму (моральную и физическую) для женщины, а также является злом, прерывающим уже начавшуюся жизнь нового человека. В связи с этим неверно, как это иногда делается, считать его обычным средством "планирования семьи" наравне с контрацептивами.

- В последние десятилетия аборт превратился в одну из наиболее интенсивно и разносторонне обсуждаемых проблем теории морали. Однако философская и научная изощренность этой дискуссии, конечно, совсем не означает, что проблема аборта становится более ясной. Специалисты так формулируют ее содержание: "Защитники права на аборт и их оппоненты не соглашаются между собой даже в терминологии спора. Оппоненты настаивают, что здесь проблема следующая: должны или нет эмбрионы иметь право не быть убитыми, как и другие человеческие существа? Защитники считают центральным вопрос о том, можно ли заставить женщину вынашивать нежелательный плод даже ценою собственного здоровья и жизни?" Важнейшее из репродуктивных прав - охраняемое государством право иметь и сохранять репродуктивное здоровье. Это право становится реальным лишь при доступности для женщин и мужчин всей совокупности современных средств планирования семьи, одним из которых (хотя и наименее подходящим) в определенных ситуациях может считаться и искусственный аборт. Женщина рождает то количество детей, которое соответствует условиям и ситуации, в которой она находится. К сожалению, в современном обществе аборты неизбежны. Иногда только забеременев, женщина осознает, что на данном этапе своей жизни она не хочет иметь ребенка. Подлинным социальным злом являются последствия аборта для женщин. Ежегодно в мире от них гибнет около 70 тыс. женщин

Юридическая сторона аборта

- С давних времен вопрос об аборте является, помимо всего прочего, и юридическим вопросом. В европейских странах выделяется четыре типа законов об аборте.
- Самое либеральное законодательство разрешает "аборт по просьбе" (в небольшой группе стран).
- Довольно свободные законы разрешают аборт по многочисленным медицинским и социальным показаниям (в шести странах: Англия, Венгрия, Исландия, Кипр, Люксембург, Финляндия).
- Довольно строгие законы разрешают аборт лишь при некоторых обстоятельствах: угроза физическому или психическому здоровью женщины, incurable дефекты плода, изнасилование и инцест (в Испании, Польше, Португалии и Швейцарии).
- Очень строгие законы, которые или вообще запрещают аборт или разрешают их в исключительных случаях, когда беременность представляет непосредственную опасность для жизни женщины (в Северной Ирландии, до недавнего времени - в Республике Ирландии и на Мальте).
-

Новые репродуктивные технологии: этико-правовые проблемы

- К числу наиболее остро обсуждаемых тем современной биоэтики относятся медицинские практики, связанные с рождением человека. Применение новых репродуктивных технологий сопряжено со многими философскими, религиозными, правовыми и, конечно, моральными проблемами, большая часть которых не имеет однозначного решения.
- Среди таких технологий выделяют:
- искусственную инсеминацию спермой донора или мужа;
- оплодотворение вне организма (экстракорпоральное) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины;
- "суррогатное материнство" - когда яйцеклетка одной женщины оплодотворяется, а затем эмбрион имплантируется в матку другой женщины.

Искусственная инсеминация

- может быть **гомологичной** - с использованием спермы мужа (ИОМ) и **гетерологичной** - с использованием спермы донора (ИОД). При успешном применении ИОМ биологические и социальные родители ребенка совпадают, и потому такой метод вызывает сравнительно мало этических возражений и, как правило, не противоречит устоявшимся правовым нормам семейно-брачных отношений. Рождение же ребенка с помощью ИОД сопряжено со многими противоречиями морального порядка и, как показал опыт последних десяти летий, требует специальных юридических норм, регулирующих такую практику.
- Строго говоря, ИОД лишь весьма условно может быть названа методом терапии. В самом деле, наиболее частым показанием к применению ИОД является мужское бесплодие, в особенности его крайняя степень - стерильность. В то же время очевидно, что в данном случае речь не идет о лечении этого состояния самого по себе. ИОД как терапевтическое вмешательство есть воздействие на "бесплодный брак". Интерес к методу ИОМ стал возрастать после его широкого распространения и в особенности после создания надежной методики консервации (криоконсервации) спермы. Заготовленная впрок сперма мужа может быть использована в целях ИОМ после вазэктомии (стерилизации), облучения или медикаментозной терапии, следствием которых бывает бесплодие. Сохраняющаяся в замороженном состоянии сперма может быть использована для ИОМ и после преждевременной смерти мужа.

Выбор пола ребенка.

- Новые этические вопросы ставит и реальная *возможность выбора пола ребенка*, возникающая в случаях ЭКО и ПЭ. В связи с этим в "Положении" ВМА говорится: "ВМА рекомендует врачам воздерживаться от вмешательства в процесс воспроизводства с целью выбора пола плода, если это делается не для того, чтобы избежать передачи серьезных заболеваний, сцепленных с полом". К сожалению, в нормативных документах, регулирующих такую практику в нашей стране, вопрос о выборе пола плода никак не отражен.
- Примерно на 3-й сутки после оплодотворения предстоит следующий важнейший этап - перенос зародыша в матку. Чтобы повысить вероятность беременности, в полость матки переносят несколько эмбрионов. Несмотря на предусматриваемое ограничение, риск многоплодной беременности остается во много раз большим, чем при естественном зачатии. Требование биоэтики и здесь является неукоснительным: пациентка, супруги должны быть проинформированы о степени риска многоплодной беременности. Много споров ведется относительно *будущего* оставшихся, так называемых "*избыточных*" *оплодотворенных яйцеклеток* (они могут сохраняться очень долго). Если беременность не наступает сразу, то они могут быть использованы в последующих циклах. Если же беременность наступает, то "*избыточные*" оплодотворенные яйцеклетки оказываются буквально "*лишними*". Будущее этих "*лишних*" эмбрионов может сложиться трояко.
- Они могут быть разморожены и погибнуть.
- "*Лишние*" эмбрионы могут стать предметом донорства.
- "*Лишние*" эмбрионы могут быть объектом научных исследований.

суррогатного материнства

- Чрезвычайно бурные споры ведутся вокруг так называемого "" . В этом случае яйцеклетка одной женщины оплодотворяется т уНго, а затем эмбрион переносится в матку другой женщины - "матери-носительницы", "женщины-донора", "временной матери" и т.п.; при-этом социальной матерью - "арендатором", нанимателем - может быть либо та женщина, которая дала свою яйцеклетку, либо вообще третья женщина. Таким образом, у ребенка, родившегося благодаря подобным манипуляциям, может оказаться пять (!) родителей: 3 биологических (мужчина-донор спермы, женщина- донор яйцеклетки и женщина-донор утробы) и 2 социальных - те, кто выступает в качестве заказчиков.
- Привлекательность суррогатного материнства в случаях, когда причиной бесплодия является отсутствие матки у женщины, очевидна. Известны случаи, когда своеобразную донорскую функцию "матери-носительницы" выполняла мать или сестра страдающей бесплодием женщины. В таком же духе выступают и другие противники "суррогатного материнства", говоря о нем как о превращении женщины в "живой инкубатор", "биопрепарат", как о новой форме торговли своим телом и т.д. Впрочем, не менее энергичны и аргументы защитников данного метода, который подчас представляет единственную возможность преодоления определенных форм бесплодия. Многие из них считают, что женщина, решившая взять на себя роль "временной мамы", может идти на это не только из материальных, но и из гуманных соображений

Смерть и умирание. Эвтаназия

- Одна из многочисленных обязанностей, лежащих на плечи врача и медицины в современном мире, - это констатация того момента, когда человеческая жизнь заканчивается и мы начинаем считать человека умершим. Заключение, которое дает по этому поводу врач, является не только признанием того, что родным и близким больше уже не на что надеяться. Вместе с тем оно выступает и как необходимый юридический документ, дающий начало, с одной стороны, тем траурным ритуалам и действиям, которые связаны с похоронами умершего, и, с другой стороны, новым правовым (включая, между прочим, и имущественные) отношениям, когда, скажем, дети становятся сиротами, супруг (супруга) - вдовцом (вдовой) и т.п.

Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий

- Многие из рассматриваемых проблем порождены научно-техническим прогрессом в области биомедицины. Так, традиционно смерть определялась по таким критериям, как необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако бурный научно-технический прогресс биомедицины в XX столетии (прежде всего - успехи реаниматологии и анестезиологии) привел к тому, что теперь можно поддерживать процессы дыхания и кровообращения, а также снабжать организм пищей и водой, с помощью искусственных средств поддержания жизни, таких, скажем, как аппараты искусственного кровообращения и искусственной вентиляции легких (ИВЛ).
- Тем самым появилась возможность спасти жизни множества пациентов, которые прежде были обречены. Именно таким, в высшей степени благородным и морально достойным побуждением - как можно дальше отодвинуть роковую черту смерти - и руководствовались ученые и врачи, работавшие в
- этой области.
- Однако эти же научно-технические достижения привели к появлению трудностей морально-этического, а также юридического характера. Действительно, если дыхание и кровообращение может поддерживаться с помощью искусственных средств, то мы уже не можем считать естественное прекращение того и (или) другого четким и однозначным критерием смерти.

- Поэтому вводится понятие "*клинической смерти*", когда отсутствуют видимые признаки жизни, такие как сердечная деятельность и дыхание, и угасают функции центральной нервной системы, но сохраняются обменные процессы в тканях. В отличие от "*биологической смерти*", с наступлением которой восстановление жизненных функций невозможно, ***клиническая смерть не является необратимой.*** Возникает, таким образом, ситуация, когда не только появление знаков, но и наступление смерти (клинической) еще не является сигналом для прекращения борьбы врачей за жизнь пациента.

- Когда, однако, у врачей появилась возможность очень и очень долго продлевать жизнь человеческого организма с помощью тех же систем ИВЛ, перед ними встал совершенно новый вопрос: а до каких пор надо бороться за продление жизни? Это, по сути дела, вопрос о том, каким должно быть **определение** смерти и отвечающий ему **критерий** смерти, с наступлением какого состояния врачи вправе прекратить эту борьбу, то есть им **дозволено** приостановить усилия по поддержанию жизни. Именно в этом, между прочим, состоял смысл того обращения анестезиологов к папе Пию XII, о котором мы уже говорили. Обозначенная ситуация, впрочем, имеет и другую сторону - искомый критерий смерти определяет и тот момент, когда врачи **обязаны** констатировать ее наступление, а значит - **должны** закончить жизнеподдерживающее лечение.

Паллиативная помощь. Хосписы.

- Развитие хосписного движения (подробнее см. гл. X) в отечественном здравоохранении является важным шагом на пути превращения сестринского ухода в самостоятельную разновидность оказания медицинской помощи. Современные медицинские технологии ухода за больными основываются на фундаменте специфического социально и психологически ориентированного медицинского знания. Сестринское дело - это особая наука, которая имеет древнейшие традиции, а в настоящее время переживает пору бурного расцвета. Как специфическая научная дисциплина она предполагает отличное от врачебного образование, а также новую роль медицинской сестры как субъекта здравоохранения. Уход за умирающим пациентом - лишь наиболее яркое свидетельство и очевидный повод необходимости радикального пересмотра традиционно подчиненной роли медицинских сестер. На самом деле потребности медицины в новой идеологии сестринского дела гораздо шире. Следующей характерной чертой ситуации больного, находящегося в терминальном состоянии, является то, что тяжело при этом не только самому умирающему, но и его семье. Иногда это страдание растягивается на многие месяцы, что приводит к увеличению вероятности разнообразных психосоматических расстройств среди членов семьи. Если придерживаться принципов профилактики, то естественно, что объектом оказания помощи должна в данном случае стать семья.

Коматозное состояние.

- Наконец, о больном в *коматозном состоянии*. Может показаться, что для взаимодействия с пациентом, находящимся в бессознательном состоянии, вполне подходит инженерная модель. Отношение к нему как к личности затруднено в силу вполне объективных обстоятельств, ограничивающих какие-либо личностные проявления с его стороны. Но даже в этом случае моральный статус пациента, несомненно, качественно иной, чем статус безличного объекта. Коматозный больной остается человеком, и этим он автоматически исключается из разряда объектов. Целесообразно также информировать о принятых медиками решениях законных представителей пациента, объяснив им причины, по которым они не смогли учесть их волю. Что касается рутинных манипуляций с телом коматозного больного, то моральной нормой должно быть уважительное отношение к нему, категорическое воспреещение любых оскорбительных или циничных действий, поддержание внешнего вида больного в достойном состоянии, в опрятности и ухоженности.

- Собственно говоря, и прежде эта заповедь работала отнюдь не всегда. В развитии некоторых заболеваний, к примеру злокачественных опухолей, раньше или позже наступает момент, когда активная терапия делается невозможной. Опухоль становится неоперабельной, не поддается лучевой или химиотерапии. Место борьбы за спасение жизни больного занимает **паллиативная помощь** (обезболивание, уход, социально-психо-логическая поддержка и пр.), имеющая целью обеспечить достойное человека умирание. Ближайшая задача такой помощи - защитить пациента от психофизических страданий и болей.
- Умиравшие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других при удовлетворении самых элементарных нужд (еда, питье, поддержание чистоты и т.п.), испытывают глубокую печаль, тоску. Основатель современных хосписов (организаций по физической и моральной поддержке умирающих больных) англичанка С. Сондерс еще в 1948 г. пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь. Сложившаяся с тех пор система так называемой "**паллиативной помощи**" умирающим стала реализацией этой простой и гуманной цели

паллиативное лечение

- Понятие "" не исчерпывается только клиническим содержанием, оно включает в себя новые социально-организационные формы лечения, оказания поддержки умирающим пациентам, новые решения моральных проблем и, если угодно, новую "философию медицинского дела". Различные формы организации паллиативной медицины - это патронажная служба помощи на дому, дневные и ночные стационары, выездная служба ("скорая помощь") и стационар хосписов, специализированные отделения больниц общего профиля и т.д. Действенность помощи умирающим определяется комплексным подходом к решению их проблем, бригадным характером деятельности участвующих в этом деле врачей-специалистов, медицинских сестер, психологов, а также представителей духовенства, добровольцев, получивших специальную подготовку. Из всех проблем умирающего больного проблема **борьбы с болью** часто является самой насущной и неотложной. Сразу же следует сказать, что такие больные имеют законное право на применение в соответствии с их состоянием имеющихся в наличии обезболивающих средств.