



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Кировской области
КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

БИОЭТИКА

(Учебное пособие)

г. Киров. 2019 г

УДК 608.1
ББК 87.75я 73
Б 63

**Печатается по решению Методического совета
КОГПОБУ «Кировского медицинского колледжа»**

«БИОЭТИКА» Учебное пособие/составители Киселева А.Н, Лебедева О.И. – Киров, Кировский медицинский колледж, 2019 г. – 78 стр.

Учебное пособие разработано в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта среднего специального образования.

Современная медицинская наука и практика все более усложняется. Научные открытия, высокие технологии, практические инновации постоянно вносят изменения в систему здравоохранения.

Это сопровождается ростом острых моральных проблем.

Биоэтика – это поле этического анализа, практической деятельности по защите важнейших ценностей общества в контексте современной медицины.

Учебное пособие посвящено основам биоэтики как нового междисциплинарного направления.

В нем отражены ключевые проблемы теоретических основ и практических приложений биоэтического знания

Контрольные вопросы и задания, а также приложения помогут лучше разобраться в особенностях биоэтики и применить полученные знания на практике.

Пособие рекомендовано для студентов средних медицинских учебных заведений, преподавателей, практикующих медицинских работников, организаторов здравоохранения, а также всех, кто интересуется этическими проблемами современной медицины.

Составители:

Киселева А.Н., «Заслуженный учитель РФ», преподаватель КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

Лебедева О.И., преподаватель КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

Рецензент:

Польская Л.Р., заместитель директора по практическому обучению КОГПОБУ «Кировского медицинского колледжа»,

Валова И.А., заместитель директора по учебно-методической работе КОГПОБУ «Кировского медицинского колледжа»

Оглавление

Введение.....	4
Раздел 1. Исторические модели и моральные принципы биомедицинской этики.....	5
Тема 1.1. Введение. Социокультурные предпосылки и теоретические основы биомедицинской этики.....	5
Тема 1.2. Этапы развития биомедицинской этики.....	8
Тема 1.3. Модели биомедицинской этики.....	11
Раздел 2. Медицинский работник и общество.....	16
Тема 2.1. Медицинский работник и общество.....	16
Тема 2.2. Неблагоприятные последствия медицинской деятельности. Проблема ятрогенных заболеваний.....	21
Тема 2.3. Правила взаимоотношений между медицинским работником и пациентом в медицине и научной деятельности.....	24
Раздел 3. Морально-этические проблемы современной медицины.....	29
Тема 3.1. Моральные и этические проблемы проведения клинических испытаний и экспериментов над человеком и животными.....	29
Тема 3.2. Социальные, правовые и этические аспекты начала жизни. Аборт, стерилизация, новые репродуктивные технологии.....	37
Тема 3.3. Современные биомедицинские технологии и этические проблемы вмешательства в природу человека.....	44
Тема 3.4. Правовые и этические проблемы продления жизни. Моральные проблемы, связанные с эвтаназией и трансплантологией.....	51
Тема 3.5. Этико-правовые проблемы СПИДа.....	56
Тема 3.6. Этические проблемы экстремальных ситуаций.....	59
Тема 3.7. Этика в психиатрии и психотерапии.....	63
Приложения.....	68
Список использованной литературы.....	78

Введение

Биоэтика – одна из важнейших научных дисциплин социально-гуманитарного цикла. Деятельность современного специалиста медицинской сферы тесно связана со знанием биоэтических норм.

Специалисты медицинской сферы должны иметь комплекс представлений об исторических и современных подходах к особенностям формирования отношений между медиком и пациентом, об отношении людей к болезни с научной и философско-религиозной точек зрения и отношении общества к научным открытиям в области медицины.

Овладение биоэтическими знаниями становится важным и незаменимым компонентом социализации будущего медицинского работника, а также средством формирования профессиональной ответственности личности.

Биоэтика помогает решить ряд важных вопросов, относящихся к числу ключевых коммуникационных компетенций в поле общения врач-пациент, а также, как гармонично выстроить отношение с пациентами, принадлежащими к различным социальным группам, грамотно соотнести потребности людей в соответствии с их социальной самоидентификацией и отношением к медицине с подходами к лечению больных и технологиями современной медицины.

Изучение биоэтики необходимо и с точки зрения формирования общей культуры личности. Выпускник медицинского колледжа должен отличаться высоким уровнем общей культуры и общественной активности.

Биоэтика – учебная дисциплина, призванная обеспечить формирование общей и профессиональной культуры специалиста.

Раздел 1. Исторические модели и моральные принципы биомедицинской этики

Тема 1.1. Введение. Социокультурные предпосылки и теоретические основы биомедицинской этики

Данная тема раскрывает социокультурные предпосылки и теоретические основы биомедицинской этики. Рассматривает основные понятия, введение в предмет, возникновение и содержание биоэтики.

Термин «биоэтика» предложил в 1969 г. американский онколог *В.Р. Поттер*. Он призвал объединить усилия представителей гуманитарных наук и естествоиспытателей (прежде всего биологов и врачей) для того, чтобы обеспечить достойные условия жизни людей.

По Поттеру, наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности.

Первой важнейшей **предпосылкой** формирования биоэтики является *идеология экологического движения*. Влияние экологического мышления на биомедицину особенно ускорилось в связи с многочисленными фактами неблагоприятного воздействия традиционно применяемых лекарственных средств на организм человека.

Целью биомедицинской науки стала не только разработка новых терапевтически эффективных лекарственных препаратов или медицинских технологий, но и предотвращение их побочных негативных воздействий.

Вторая предпосылка формирования биоэтики – *правозащитное движение*. Если экологическое движение возникло как ответ на угрозу физическому (природному) благополучию человека, то биоэтика начала бурно развиваться в результате угрозы моральной идентичности человека, исходящей от технологического прогресса в области биомедицины.

Ответом на такую ситуацию явилось развитие особого направления в правозащитном движении, которое ставит своей задачей отстаивание прав пациентов.

В настоящее время существует множество международных, национальных и региональных организаций по защите прав пациентов, страдающих различными заболеваниями: онкологическими, СПИД, диабетом, астмой, психическими расстройствами и т.д. Существуют и организации, защищающие права пациентов в целом как особой социальной группы.

В качестве **третьей (идейной) предпосылки** формирования биоэтики можно рассматривать осознание необходимости *междисциплинарного подхода к осмыслению и практическому решению проблем, порождаемых научно-техническим прогрессом.*

Четвертой предпосылкой, повлиявшей на возникновение биоэтики, являются *последствия научно-технического прогресса в области биомедицины, очень часто заставляющие осмысливать заново традиционные представления*

о добре и зле, о благе пациента, о начале и конце человеческого существования.

Можно выделить **четыре основных принципа биоэтики**: принцип уважения человеческого достоинства; принцип «твори добро и не причиняй зла»; принцип признания автономии личности и принцип справедливости.

Правил также четыре: правдивость, конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни и добровольное информированное согласие. В совокупности они образуют этические «координаты», описывающие отношение к пациенту как к личности.

Биоэтика как социальный институт

Биоэтика стала также самостоятельным и очень значимым социальным институтом современного общества.

Под социальным институтом понимают устойчивую структуру общества, регулирующую определенный вид общественных отношений или общественной деятельности.

Специфика биоэтических проблем придает социальному институту биоэтики некие особенные черты, тесно связанные между собой.

Среди них следует назвать следующие:

1. Междисциплинарность. По самому своему характеру биоэтика способствует привлечению представителей самых различных областей и направлений (философов, врачей, ученых, биологов, юристов, политиков и др.), а также широкой общественности.

2. Дискуссионный характер обсуждений. Биоэтика занимается множеством сложных проблем, которые порой очень далеки от решения, поэтому нередко уже само их обсуждение и прояснение может иметь большое значение.

3. Плюрализм точек зрения. Биоэтические дискуссии чаще всего проходят в ситуации идейных разногласий и наличия множества точек зрения. Поэтому для обсуждения биоэтических проблем требуются такие условия, как равенство участвующих сторон, уважение к оппонентам, умение вести рациональную дискуссию, нацеленность на достижение рационального согласия.

Открытость. Биоэтика с самого начала формировалась не как узкая академическая дисциплина, закрытая для непосвященных, а, напротив, как открытая междисциплинарная область.

Что входит в структуру современной биоэтики как социального института? Эта структура представлена самыми разнообразными составляющими. К ним можно отнести, в частности, следующие:

1. Академическая биоэтика, т.е. профессиональное сообщество специалистов по биоэтике, включая сотрудников специализированных кафедр, научных центров по биоэтике, а также специалистов-консультантов.
2. Этические комитеты, деятельность которых сегодня имеет довольно обширный характер и оказывает существенное влияние на медицину и здравоохранение.

3. Этические комиссии, советы, рабочие группы на правительственном и международном уровне.
4. Объединения представителей медицинского сообщества, участвующие в разработке этических документов и решении биоэтических проблем (например, влиятельная международная организация ВМА – Всемирная медицинская ассоциация).
5. Организованные объединения пациентов и членов их семей.
6. Общественные движения (правозащитные, религиозные, экологические и др.), занимающиеся вопросами биоэтики.

Контрольные вопросы и задания:

1. *Дайте характеристику биоэтики, как социального института.*
2. *Объясните четыре основных принципа биоэтики.*
3. *Перечислите предпосылки формирования биоэтики.*

Задания:

1. Проясните смысл и соотношение понятий «биоэтика», «биомедицинская этика», «медицинская этика».
2. Укажите достоинства и недостатки утилитаризма как одного из основных теоретических подходов биоэтики.
3. Объясните, почему принципализм Бичампа-Чилдреса завоевал широкую популярность и стал одним из ведущих направлений в дальнейшем развитии биоэтики.
4. Подумайте, какие недостатки предшествующих биоэтических концепций стремится исправить так называемая этика добродетелей.
5. В чем, на ваш взгляд, состоят этические проблемы измерения качества жизни, связанного со здоровьем.
6. Изучите текст клятвы Гиппократова. После работы над текстом ответьте на следующие вопросы.
 - Какие основные этические проблемы врачебной деятельности упоминаются в этом тексте? Перечислите их.
 - Как вы считаете, насколько клятва Гиппократова отвечает реалиям современной медицинской практики? Обоснуйте свой ответ.

Тема 1.2. Этапы развития биомедицинской этики

Данная тема раскрывает актуальность развития биоэтики. Рассматривает этапы развития биоэтики и связь биоэтики с философией и медициной.

Медицина – это сложная система естественно-научных и социально-гуманитарных знаний о человеке и его организме, личности, индивидуальности.

Эти знания позволяют компетентно вмешиваться в психо-физиологические процессы людей с целью борьбы и защиты от болезней.

Современная цивилизация переживает небывалый антропологический кризис, угрожающий существованию жизни на Земле.

Это связано с противостоянием и противопоставлением фундаментальных общечеловеческих моральных ценностей и ценностей науки.

«Опасность знания», которым обладает современный человек (биомедицинские, биохимические, военно-промышленные, сельскохозяйственные технологии и т.д.), заключается в том, что они позволяют вмешиваться в основы жизни на земле, а новейшие компьютерные теле- и видео-технологии, изменяют привычный стиль жизни и образ мышления человека.

Возникла потребность в более адекватной модели взаимоотношений действующих лиц в области биологии и медицины, основанной на современных гуманистических и демократических ценностях.

Ответом на эти требования стало появление не только биоэтики, но и биомедицинской этики, экологической этики, интегрирующих в себе гуманитарное и естественнонаучное знание. Их возникновение, как мы уже говорили, связано с рядом обстоятельств:

- *необходимостью и потребностью осмысления и нравственной оценки бурно развивающихся исследований в сфере биологии и медицины. Стала актуальной необходимостью совершенствования и переосмысления этико-гуманистических факторов в профессиональной деятельности медиков и биологов;*

- *увеличением внимания к правам человека в условиях гуманизации общественной морали.*

Фундаментальной проблемой современной биомедицины становится *защита прав человека* при его соприкосновении (вынужденном или добровольном) с медико-биологическими воздействиями и манипуляциями.

Забота о жизни и здоровье начинает рассматриваться как *право каждого человека*, а не приоритетное право ограниченного круга лиц (медиков и биологов), которые ранее считали это своей корпоративной профессиональной привилегией; *процессом* трансформации традиционной этики *вообще* и медицинской этики *в частности*.

Биоэтика появляется на фоне действовавшей тысячелетия медицинской этики, а точнее – медицинской деонтологии, давно определившей свою нишу в системе общемедицинских и этических знаний.

Вопрос заключался, казалось бы, лишь в разделе сфер их влияния, но

ситуация осложнилась тем, что в научный оборот вводится понятие – *биомедицинская этика*, которую сразу же стали отождествлять с био- и медицинской этикой, практически не разграничивая этих понятий.

Независимо от появления этих направлений в этике формируется еще одно – *экологическая этика*, как ответ на грозящую миру экологическую катастрофу и связанную с ней проблему выживания всего живого.

1. **Медицинская этика – разновидность профессиональной этики**, конкретизирующая общеэтические принципы и нормы применительно к специфике медицинской деятельности.

2. *Биоэтика* – практическая этика, возникающая как совокупность моральных норм с различной степенью систематизации, рационализации, композиции и институциональной поддержки; она ориентирована на выработку и установление в практике био- и медицинских исследований нравственно-понимающего отношения к Жизни вообще и любому Живому, на заботу о правах биоса на основе швейцарского принципа благоговения перед жизнью.

3. *Биомедицинская этика* (БМЭ) — прикладная этика, основная особенность которой состоит в конкретизации общечеловеческих моральных норм и принципов применительно к определенным ситуациям, для отдельных групп людей, с учетом специфики их деятельности (лечебной или исследовательской);

4. *Экологическая этика* (экоэтика) – этика, предметом которой выступают наиболее фундаментальные принципы и проблемы нравственных *взаимных* отношений в триаде «Человек – Природа – Общество», где *все* участники рассматриваются как автономные моральные субъекты, и *вся* Природа включается в круг забот, внимания и взаимности; ценностно-мировоззренческой основой экоэтики выступают отказ от «эгоцентризма» и *нравственно-понимающее отношение к природе* – живой и неживой.

Функциональные различия *этих этик состоят в том, что экоэтика становится универсальной этикой человеческой деятельности, выполняя функцию методологического основания других этик.*

Особенно тесная взаимосвязь существует между биоэтикой и биомедицинской этикой. Обусловлена она, прежде всего, тем, что сегодня многие исследования и действия специалистов в сферах и биологии, и медицины, затрагивают непосредственные жизненные интересы человека.

Поэтому требуется моральная определенность в отношении феноменов жизни и смерти – всего, что входит в *проблемное поле* и биоэтики, и биомедицинской этики.

Биоэтика расширяет границы корпоративного сознания медиков, биологов, философов, политиков и социологов, позволяет преодолевать узкие рамки обыденности вплоть до осмысления глобальных проблем человечества, становясь мировоззренческим основанием всех видов деятельности людей.

Роль биоэтики в гуманизации медицины

Биоэтика как академическая дисциплина и социальный институт ведет обширную работу по борьбе с негативными тенденциями в современной медицине и защите гуманитарных ценностей медицинской деятельности.

Эта работа совершается во многих направлениях.

1. С самого начала развития биоэтики она, в соответствии с основополагающими идеями Р.В. Поттера, призвана служить мостом между специальными (медицинскими и смежными) знаниями и гуманитарными ценностями.

2. Биоэтика – уникальный проект по организации диалога между различными заинтересованными сторонами. Биоэтика выступает как форум, площадка для открытого обсуждения моральных проблем медицины и усилий по их рациональному и справедливому разрешению.

3. Биоэтика – это также практика морального рассуждения, что очень актуально для современного, динамично изменяющегося мира.

4. Фундаментальный вклад биоэтики в гуманизацию медицины состоит также в разработке важнейших этических документов, оказывающих глубокое влияние на медицинскую науку и практику.

5. Биоэтика также выполняет крайне значимую критическую функцию – она публично осуществляет критику негативных тенденций в системе здравоохранения; в том числе она уделяет много внимания критике тенденций дегуманизации.

6. Биоэтика также – это практика адвокации в широком смысле. Это практика защиты наилучших интересов пациентов, особых групп, общества в целом, а также биообъектов с моральным статусом.

7. Биоэтика ведет постоянную гуманитарно-образовательную деятельность в отношении медицинского сообщества, а также других специалистов смежных специальностей, различных заинтересованных групп и широкой общественности.

Контрольные вопросы и задания:

1. Обозначьте причины, которые привели к созданию междисциплинарной области знаний - биоэтики.

2. Объясните понятие медицинская этика, экологическая этика и биомедицинская этика.

3. Подготовьте краткий конспект по вопросу «Введения в профессиональную этику медицинской сестры».

Тема 1.3. Модели биомедицинской этики

Данная тема рассматривает формы врачебного нравственного опыта, раскрывает модели биомедицинской этики: исторические (Гиппократ, Парацельс, деонтологическая) и современные (патерналистическая, контрактная, инженерная, информационного согласия).

Все разнообразие врачебного нравственного опыта можно обозначить понятием биомедицинская этика. Сегодня биоэтика существует по преимуществу в 4-х формах или моделях: модель Гиппократ, модель Парацельса, деонтологическая модель и биоэтика.

По отношению к биомедицинской и традиционной медицинской этике биоэтика имеет особый статус: она захватывает их круг проблем и простирается дальше. Это обусловлено рядом принципиальных *особенностей биоэтики*:

- универсальным и глобальным *характером*;
- нормативностью предписаний,
- публичностью,
- институциональностью.

Иными словами, биоэтика вырабатывает новые нравственные нормы поведения личности как в *человеческих*, так и в нечеловеческих ситуациях, ориентирует человека на отказ от собственного антропоэгоизма и учит его проявлять любовь, уважение и ответственность по отношению ко всему природному миру.

Методологическим основанием биоэтики являются общечеловеческие моральные ценности, которые выработаны социумом, составляют базис всей его жизнедеятельности и обретают свою специфику в сфере биологии и медицины, а также фундаментальные положения и принципы *глобальной биоэтики и экологической этики*, выступающих в этой связке как моральные регулятивы отношений человека и окружающей среды в целом.

Междисциплинарность биоэтики проявляется в постоянном расширении ее проблемного поля благодаря включению в него нравственных, философских, правовых компонентов.

Биоэтика объединяет самые различные системы ценностей: биологические (физическое существование, здоровье, свобода от боли), социальные (равные права на достойное качество жизни и получение всех видов медицинских услуг), экологические (осознание самоценности природы, ее уникальности), личностные (безопасность, самоуважение) и др.

Особенностью биоэтики является и нормативность, в рамках которой исследуются специфика и «работоспособность» общечеловеческих моральных ценностей в клинической медицине и биомедицинских исследованиях.

К особенностям нормативной биоэтики можно отнести:

- *экспериментальный* характер биоэтики, предполагающий распространение моральных принципов на биомедицинские исследования и их этическую экспертизу – так называемые стандартные операционные процедуры (СОП);

- *деонтологический* характер, регулирующий функции и принципы поведения врача во взаимоотношениях по вертикали (в системе «врач – больной») и по горизонтали (в системе «врач – врач»);

- *институциональный*, связанный с необходимостью решения социальных и профессиональных проблем здравоохранения и ролью биоэтических комитетов как специальных институтов в этом процессе.

Особый статус биоэтики также определяется открытым, пограничным характером ее проблем. С одной стороны, это их нерешенность (или принципиальная нерешаемость), особенно, когда речь идет о праве человека на жизнь или смерть: каждый раз, в рамках биомедицинской этики эти проблемы требуют от медиков – врачей и исследователей – частных, *ситуативных* решений и, соответственно, индивидуального морального выбора и личной ответственности. С другой стороны, они создают определенный прецедент, позволяющий биоэтике, несмотря на ситуативность, сохранять свою универсальность и глобальность.

Определение проблемного поля биоэтики позволяет очертить его *контуры* и выявить три *круга проблем*, которые, переплетаясь и дополняя друг друга, определяют *содержание* биоэтики

Первый круг проблем биоэтики – *нормативно-этический*

Второй круг проблем биоэтики – *ситуативный* – связан со спецификой, развитием и современными достижениями медицины, которые проявляются каждый раз в конкретных, неповторимых случаях и сказываются на человеческой судьбе.

К третьему – *деонтологическому кругу проблем биоэтики* относится определение современного характера отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины.

К основным принципам и правилам можно отнести следующие понятия.

Автономия личности – принцип, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом.

Достоинство – в широком этическом контексте – *самоценность*, которой обладает каждый человек по праву своего рождения, поскольку он человек.

Информированное согласие – принцип, требующий соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них.

Добровольность – еще один принцип биоэтики, связанный с автономией пациента. Это уважение свободы волеизъявления личности, что предполагает самостоятельное принятие ею решения или согласия на медицинские манипуляции или исследования при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения – не только физического или морального давления, но и зависимости любого рода

Целостность – принцип биоэтики, который обеспечивает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно под-

вергаться манипуляциям или разрушению.

Уязвимость как принцип биоэтики следует понимать в двух смыслах.

Во-первых, как характеристику любого живого существа, каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой.

Во-вторых, понимание уязвимости (более узкое) относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т.п.). В этом смысле данный принцип становится основой особой заботы, ответственности, эмпатии по отношению к другому, более слабому и зависимому. Для своей реализации он требует соблюдения еще одного принципа биоэтики – принципа справедливости.

Справедливость – принцип, в основе которого лежит представление о *равноправии*, уравнивающим права каждого человека на единые стартовые возможности и дающем каждому одинаковые шансы на *достойную жизнь*.

В последнее время все более обсуждаемым в биоэтике становится *принцип предосторожности*, регулирующий принятие решений и осуществление исследовательской и клинической деятельности, когда последствия ее неопределены и вызывают опасения в силу непредсказуемости или неблагоприятного развития ситуации. Принцип предосторожности основывается на *требовании «не навреди»* и *чувстве ответственности* тех, кто принимает решения, делает прогнозы и осуществляет медицинскую деятельность. Он обусловлен высокой степенью *риска* в медицине и предполагает необходимость осторожного отношения врача к проблеме выбора целей и средств, чтобы избежать или уменьшить *морально неприемлемый ущерб*.

Термин «биомедицина» стал применяться с 50-х гг. XX в. и получил повсеместное распространение к рубежу XX-XXI вв. Его используют преимущественно в отношении наиболее высокотехнологичных стремительно развивающихся отраслей медико-биологических наук – таких, например, как молекулярная генетика, биоинформатика, биоинженерия, трансплантология, регенеративная медицина.

Более того, это понятие выступает в некотором смысле как синоним современной медицины вообще. Как видно из самого этого названия, биомедицина есть некоторое объединение биологии и медицины.

Точнее, под биомедициной можно понимать современную общемедицинскую установку на систематическое применение фундаментальных биологических знаний и биотехнологий к медицинским задачам диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и др.

Биомедицина пронизывает своим влиянием фактически всю современную медицину.

К основные проблемные полям биоэтики можно отнести

1. Разработки биомедицины. Эта проблемная область связана с теми новыми горизонтами, к которым вышла или намеревается выйти медико-биологическая наука и технология.

К этой проблематике можно отнести дискуссии по поводу молекулярной генетики, репродуктивных технологий, биомедицинских нанотехнологий, ксенотрансплантаций, создания прямых взаимодействий «мозг-компьютер» и многих других разработок.

2. Права и справедливость. Это сфера сложных этических, социальных, политических проблем медицинской науки и практики, где на первый план выходят вопросы защиты прав человека и особых групп общества, таких как люди с ментальными отклонениями. Здесь обсуждаются вопросы справедливого доступа к благам медицинской науки и технологии, преодоления дискриминации, права на уважительное отношение со стороны общества и понимания проблем обездоленных людей.

3. Пациент и процесс медицинской помощи. Эта сфера проблем ближе к традиционной медицинской этике. Здесь в фокусе внимания находятся взаимоотношения пациента и врача (шире – пациента и медицинского персонала) и конкретные ситуации медицинской помощи.

К этому кругу тем можно отнести вопросы информированного добровольного согласия, конфиденциальности, автономии пациента, принятия решений за пациента, выбора представителя пациента, поиска клинических решений в этически сложных ситуациях и другие проблемы.

Сюда же следует включить проблемы внутренних взаимоотношений в среде медицинской профессии (рабочие конфликты, этика проведения консилиумов, этические проблемы профессиональных субординаций и др.).

4. Этика научно-медицинских исследований. Как уже говорилось, данное проблемное поле оформилось в самостоятельное биоэтическое направление под названием «исследовательская этика» (англ. research ethics). К нему следует отнести, прежде всего, вопросы регуляции экспериментов на человеке, защиту его прав и достоинства в процессе исследований.

5. Цели и моральные смыслы медицины. Наконец, можно выделить особую область биоэтических дискуссий, которые идут на более общем уровне по поводу медицины вообще и касаются содержания самой медицинской деятельности в современном мире: «Какой она должна быть? В чем ее подлинные цели? Где ее границы? Чем может и чем не может заниматься медицина?»

Как следует относиться к эвтаназии, может ли медицина выступать как инструмент власти и контроля над обществом, превращаться в проект технизации самой человеческой природы или «улучшения» человечества и т.п.

Патерналистская и непатерналистская модели

Патернализм (от лат. *pater* – отец) – этическая концепция, рассмат-

ривающая врача как главную фигуру во взаимоотношениях с пациентом. Отношения врача и больного являются здесь несимметричными. Подобно отношениям родителя и ребенка, врач в патерналистской системе устанавливает особые *попечительские* отношения над пациентом.

Пациент же выступает фигурой несамостоятельной, неспособной принимать полноценные решения относительно своего здоровья и лечения. Задача врача – заботиться о пациенте, защищать его, принимать оптимальные решения в его адрес. Такая система взглядов отражена еще в этических работах школы Гиппократов.

Современная этика медицинской помощи в развитых странах – это этика безусловного преобладания *непатерналистских отношений*. Соответственно, международные этические и правовые стандарты поддерживают именно концепцию непатернализма.

Непатернализм – равенство сторон, партнерское взаимодействие врача и пациента в лечебном процессе. Пациент имеет гарантированные законом права, прежде всего, право на автономию (самостоятельное принятие решений).

Врач в непатерналистской системе этико-правовых взаимоотношений может (и должен) по-прежнему проявлять заботу о больном, но вместе с тем обязан уважать пациента, воспринимать его как полноценную личность, признавать за ним право самостоятельно принимать решения.

Контрольные вопросы и задания:

1. *Дайте характеристику моделей Гиппократов и Парацельсов.*
2. *Объясните деонтологическую модель.*
3. *Что относится к основным проблемным полям биоэтики.*
4. *Охарактеризуйте патернализм и непатернализм.*
5. *Конспект присяги врача России (клятва врача России).*

Задания:

1. Проанализируйте отличия прав пациента от прав на охрану здоровья.
2. Раскройте достоинства и недостатки патернализма в системе медицинской помощи.
3. Сформулируйте сходства и отличия этических начал профессиональной деятельности врача и медицинской сестры. В чем состоят и с чем связаны особенности этики сестринского дела?
4. Дайте определение культуральной компетентности врача. Подумайте, почему врачу в современных условиях недостаточно просто владеть медицинскими навыками и одинаково хорошо лечить всех пациентов.

Раздел 2. Медицинский работник и общество

Тема 2.1. Медицинский работник и общество

Данная тема рассматривает вопросы здоровья и окружающей среды, а также понятие «болезнь». Раскрывает двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения

Путь любой науки сложен, а медицины – особенно. Ведь она, как ни одна другая область знаний, не затрагивает саму жизнь людей. Зачастую медицинские открытия не только успешно излечивают конкретных больных, но и влияют на мировоззрение общества в целом.

На взаимоотношения медицины и общества существуют две противоположные точки зрения.

Сторонники первой считают, что косное общественное мнение тормозит прогресс медицины.

Поборники второй убеждены, что развитие медицины нарушает гармоническое единство природы и человека, является основной причиной ослабления человечества в целом и даже может привести его к вырождению

В самом деле, с одной стороны, люди стали здоровее – увеличилась продолжительность жизни, современный человек по сравнению с древними предками крупнее, крепче. А с другой – лекарства и вакцины «отучили» организм самостоятельно бороться с болезнями.

Болезнь, заболевание (лат. morbus) – это возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред.

Однако, медицина и общество не противостоят друг другу, находясь в сложном взаимодействии.

Медицина вольно или невольно влияет на общество, изменяя его. От соблюдения медицинских норм в разных сферах деятельности людей зависит жизнь и здоровье каждого, и общество заинтересовано их учитывать.

Нужно сказать о гуманизирующем влиянии медицины. Достаточно вспомнить, сколько усилий понадобилось приложить врачам, чтобы объяснить обществу, казалось бы, очевидные вещи: ВИЧ-инфицированные люди не должны быть изгоями, психические расстройства – болезни, а не пороки, и они требуют лечения, а не наказания.

Однако и общество диктует медицине свои требования. Они тормозят ее развитие, но в разумных пределах – ведь результат любого процесса, если он протекает бесконтрольно, непредсказуем, а порой трагичен.

Развитие гинекологии поставило задачу ограничения абортов.

Успехи реаниматологии поставили перед обществом и врачами вопрос, до каких пор нужно продолжать оживление уже неспособного к жизни организма.

Достижения генетической медицины вызвали споры о той грани, которую не должны переступать ученые в экспериментах с клонированием.

Под давлением общественности врачи уже в XX в. начали с особой строгостью подходить к внедрению в лечебную практику новых лекарственных препаратов.

В результате появились законы «медицины доказательства», которым теперь следуют медики всего мира.

Повышение ценности человеческой жизни повлияло на современную медицинскую этику, привело к законодательному закреплению прав пациента.

Требования к особенностям личности и деятельности медицинских работников определяются значением их деятельности по сохранению жизни и здоровья людей для общества.

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности.

Проблема сохранения здоровья человека является одной из наиболее актуальных проблем современного общества.

Потребность решения проблемы сохранения и улучшения качества здоровья граждан РФ в настоящее время общепризнанна.

Общество гарантирует своим гражданам право на охрану здоровья, право на получение своевременной и квалифицированной медицинской помощи, но каждый человек пользуется этими правами в соответствии со своим субъективным представлением о здоровье и индивидуальной медицинской культурой.

В этом проявляется ответственность общества и структур системы здравоохранения и социальной защиты населения страны перед человеком, который, в свою очередь, получая различные блага от общества, обязан прилагать усилия для сохранения своего здоровья – в этом состоит его гражданский долг.

Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения

Приняты 17-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Нью-Йорк, США, октябрь 1963 дополнены 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983.

Всемирная Медицинская Ассоциация считает своим долгом встать на защиту основных принципов медицинской практики и свободы медицинской профессии, а потому, не вдаваясь в оценку ни одной из национальных систем здравоохранения, декларирует условия, соблюдение которых необходимо для эффективного сотрудничества медицинского сообщества с государственной системой здравоохранения.

Принципы

I. В любой системе здравоохранения условия работы медиков должны определяться с учетом позиции общественных врачебных организаций.

II. Любая система здравоохранения должна обеспечивать пациенту право выбора врача, а врачу - право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациента. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в медицинских центрах. Профессиональная и этическая обязанность врача – оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений.

III. Любая система здравоохранения должна быть открыта для всех врачей, имеющих право практики: ни медиков вообще, ни одного врача в частности, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

IV. Врач должен быть свободен в выборе места своей практики и ограничен лишь пределами своей специальности. Медицинское сообщество должно помогать государству, ориентируя молодых врачей на работу в тех регионах, где они наиболее необходимы. Соглашающимся работать в менее престижных районах, должна быть оказана такая поддержка, чтобы оснащение практики и уровень жизни врачей соответствовали статусу их профессии.

V. Медицинское сообщество должно быть адекватно представлено во всех государственных институтах, имеющих отношение к проблемам охраны здоровья.

VI. Все, кто принимает участие в лечебном процессе или контролирует его, должны осознавать, уважать и охранять конфиденциальность взаимоотношений врача и пациента.

VII. Необходимы гарантии моральной, экономической и профессиональной независимости врача.

VIII. Если размер гонорара за медицинские услуги не определен прямым договором между пациентом и врачом, организации, финансирующие предоставление медицинских услуг, обязаны адекватно компенсировать труд врача.

IX. Объем гонорара врача должен зависеть от характера медицинской услуги. Цена медицинских услуг должна определяться соглашением с участием представителей медицинского сообщества, а не односторонним решением организаций, финансирующих предоставление медицинских услуг, или правительства.

X. Качество и эффективность медицинской помощи, оказываемой врачом, объем, цену и количество предоставляемых им услуг, должны оценивать только врачи, руководствуясь в большей мере региональными, нежели национальными стандартами.

XI. Интересы больного диктуют, что не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватных с точки зрения современных стандартов.

XII. Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний и повышению профессионального статуса.

Три ключевых принципа и перечень основных профессиональных обязательств

Принципы:

- Принцип приоритета благополучия пациента.
- Принцип социальной автономности (самоопределяемости) пациента.
- Принцип социальной справедливости., религии и т.д.).

Обязательства:

- Обязательство профессиональной компетентности.
- Обязательство уважения пациента.
- Обязательство конфиденциальности сведений о пациенте.).
- Обязательство поддерживать надлежащие отношения с пациентом.
- Обязательство повышать качество медицинской помощи.
- Обязательство способствовать росту доступности медицинской помощи.
- Обязательство справедливого распределения ограниченных медицинских ресурсов.
- Обязательство приоритета научных знаний.
- Обязательство придерживаться истины в условиях конфликта интересов.
- Обязательство профессиональной ответственности.

Профессиональная медицинская деятельность предъявляет к личности специалиста ряд особых психологических требований. Несмотря на возрастающий технизм, информатизацию и специализацию медицины, ее интеграцию с другими науками основой профессиональной деятельности медика является его взаимодействие с другими людьми-пациентами, их близкими и родственниками, коллегами.

В ходе своей профессиональной деятельности медицинские работники решают многообразные проблемы, требующие от них компетентности не только в области общепрофессиональных и специальных дисциплин, но и мировоззренческой зрелости, включающей в качестве составляющей ряд сформированных морально-психологических качеств личности.

Традиционно профессионально значимыми качествами личности медработника признаются такие, как ответственность, сострадание и милосердие, стремление к сотрудничеству и заботе о других людях.

Эти требования основаны на гуманном отношении к человеку, уважении прав и достоинства личности.

Профессиональная компетентность включает в себя не только знания и умения в области медико-биологических и клинических дисциплин, но и психологическую, в том числе и коммуникативную компетентность.

Общевоззренческая компетентность определяет систему ценностных ориентаций и направленность личности.

Психологическая компетентность включает в себя:

1. **Коммуникативная компетентность** является элементом психологической компетентности. Она представляет собой способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности в условиях лечебного взаимодействия.

2. **Гуманитарная компетентность** означает понимание сущности и социальной значимости своей будущей профессии, проявление к ней устойчивого интереса; наличие представления о современном мире как духовной, культурной, интеллектуальной и экологической целостности; осознание себя и своего места в современном обществе, широкий кругозор; способность к осмыслению жизненных явлений, готовность к проявлению ответственности за выполняемую работу, устойчивое стремление к самосовершенствованию.

Главные требования к личности медицинского работника формировались на протяжении многих веков истории медицины и составляют эталонный (идеальный) образ медицинского работника.

Медицинская культура – это целостная сложноорганизованная биосоциальная система, включающая в себя ряд подсистем и структурных элементов, среди которых совокупность научно-теоретических знаний, традиций, технологий и практик, специфической языковой системы, выработанных человечеством с целью сохранения здоровья и жизни человека, борьбы с различными его заболеваниями.

Главными элементами этой системы являются люди, создающие медицинскую культуру и использующие в своей жизнедеятельности ее достижения.

Основу медицинской культуры составляет совокупность этических знаний о медицинской деятельности человека, которые выполняют целеполагающую и регулирующую деятельность человека функции.

В истории медицины последовательно развивались медицинская этика, медицинская деонтология и биоэтика.

В этих этических науках определяются моральные принципы и нормы медицинской деятельности, требования к личности медицинского работника.

Медицинская этика – это наука, изучающая профессиональную специфику морали медицинской деятельности и медицинских работников.

Контрольные вопросы и задания:

1. *Дайте характеристику здоровья населения.*
2. *Дайте определение трех видов здоровья: физического, психического, нравственного (социального).*
3. *Конспект: «Значение окружающей среды для здоровья человека».*
4. *Поясните значение профессиональной медицинской деятельности в современном обществе.*
5. *Что включает в себя психологическая компетентность.*

Тема 2.2. Неблагоприятные последствия медицинской деятельности. Проблема ятрогенных заболеваний

Данная тема рассматривает классификацию, варианты, причины возникновения, пути устранения и профилактику ятрогении. Раскрывает роль медицинских работников в предупреждении медицинских ошибок, а также ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью граждан.

В профессиональной деятельности медицинских работников закономерно встречаются случаи неблагоприятного исхода лечебного вмешательства (невмешательства). Такие случаи становятся поводом для возбуждения уголовных дел против тех медицинских работников, которых пациенты или их родственники считают виновными в неблагоприятном исходе лечения.

Поводом для судебно-медицинской экспертизы нередко становятся случаи негативной оценки пациентом надлежащей медицинской помощи и его обращения в суд с иском о возмещении ущерба.

Главное при расследовании дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников – отграничить объективные факторы, ведущие к неблагоприятному исходу оказания медицинской помощи даже при добросовестном отношении врача к своим обязанностям, от ненадлежащих действий врачей, подлежащих юридической ответственности. В медицинской литературе имеется несколько терминов для обозначения различных видов неблагоприятных исходов лечения.

Врачебная ошибка (дефект оказания медицинской помощи) – добросовестное заблуждение врача при отсутствии элементов небрежности, халатности и медицинского невежества. За ошибки в профессиональной деятельности врачи не несут ответственности, если нет элементов халатности, т.е. неосторожной вины в юридическом понимании вопроса. Кроме того, ошибки надо отличать от невежественных действий врача.

Врачебные ошибки можно разделить на: 1) диагностические, 2) лечебные, 3) тактические, 4) деонтологические, 5) ошибки в организации лечебной помощи, 6) ошибки в ведении медицинской документации.

Проблема врачебных ошибок издавна существовала в медицине. За причинение вреда больному в древности врача могли изгнать из врачебного сообщества, а в законах Хаммурапи (XVIII в. до н.э.) были установлены наказания для неудачливых врачей.

Врачебная (медицинская) ошибка – это действия или бездействия врачей (либо другого медицинского персонала), которые причинили (или явно могли причинить) пациенту вред здоровью и нарушают нормативы медицинской помощи.

Результатами врачебной ошибки могут быть осложнения течения заболевания, появление новых патологических состояний у пациента, причинение физических и нравственных страданий, более длительное течение заболевания, дополнительные расходы на лечение, неэффективное использование ресурсов здравоохранения и др.

Понятие врачебной ошибки в законе четко не определено. В действу-

ющем российском законодательстве говорится лишь о праве пациента на возмещение вреда, причиненного его здоровью при оказании медицинской помощи (ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Классификация врачебных ошибок:

По виду:

- диагностические (по заболеваниям и осложнениям, по качеству и формулировке диагнозов, по расхождению исходного и заключительного □□ диагнозов);
- лечебные (общие, тактические, технические);
- организационные (административные, документационные, деонтологические).

По причинам:

- 1) субъективные (моральные и физические недостатки врача, недостаточная профессиональная подготовка, недостаточный сбор и анализ информации);
- 2) объективные (неблагоприятные особенности пациента и его заболевания, неблагоприятная внешняя обстановка, несовершенство медицинской науки и технологии).

По последствиям:

- 1) нетяжелые (временная потеря трудоспособности, ненужная госпитализация);
- 2) тяжелые (ненужное лечение, инвалидность, летальный исход).

По категориям, их критериям и возлагаемой ответственности:

- 1) заблуждение – не квалифицируется;
- 2) несчастный случай – имеет место при выполненных обязанностях врача, ненаказуем;
- 3) проступок – при нарушении врачебных обязанностей и нетяжелых последствиях ошибки, возможно административное расследование и дисциплинарное взыскание;
- 4) преступление – при нарушении долга врача и тяжелых последствиях ошибки, возможно уголовное преследование и наказание.

Ятрогении

Понятие «ятрогения» родственно понятию врачебной ошибки.

Ятрогении – это патологические состояния (заболевания, осложнения, травмы), вызванные медицинскими вмешательствами.

Таким образом, под ятрогениями понимаются негативные эффекты медицинских воздействий, которые выражаются в возникновении новых заболеваний у пациента либо в осложнениях и ухудшении уже имеющегося заболевания.

Приведем классификацию ятрогений, предложенную отечественным хи-

ругом С. Я. Долецким (1991).

1. Ятрогения от общения (ятрогения в традиционном смысле).
2. Алиментарная – нерациональное питание больных, имеющее следствием возникновение или развитие заболеваний.
3. Медикаментозная – выражается в побочном действии лекарственных препаратов (аллергические реакции, медикаментозные язвы желудочно-кишечного тракта и др.).
4. Манипуляционная – обусловлена инвазивными диагностическими методами и приемами (биопсией, эндоскопией и др.).
5. Наркозно-реанимационная – осложнения, возникающие при анестезиологических или реанимационных действиях (остановка сердца, дыхания, повреждение мозга и др.).
6. Хирургическая – различные ошибки в процессе выполнения хирургической операции.
7. Лучевая – патологические реакции при повышении доз рентгеновских лучей, радиоизотопов, лазерного излучения.

Опасность ятрогений существует всегда. Медицинское вмешательство разворачивается фактически как деятельность в условиях двойного риска.

Ятрогения – очень болезненная проблема медицины.

Ятрогения представляет собой в некотором смысле двойной вред: физический вред (причинение страданий, дополнительных по отношению к исходному состоянию больного) плюс нарушение моральных обязательств и ожиданий.

Этот второй, моральный, компонент вреда связан с тем, что при ятрогении имеет место насилие над самим положением пациента как лица, по определению находящегося в ситуации страдания и нуждающегося в помощи: в ответ на его уязвимое состояние и его кредит доверия, адресованный врачу, кто должен был ему помочь, вместо этого причинил ему новые страдания.

Контрольные вопросы и задания:

1. *Объясните в чем заключается дефект оказания медицинской помощи.*
2. *Перечислите врачебные ошибки и причины.*
3. *Дайте характеристику понятия «ятрогения» и приведите классификацию ятрогений.*
4. *Приведите примеры медицинских ошибок со стороны сестринского, фельдшерского, акушерского, стоматологического персонала.*

Тема 2.3 Правила взаимоотношений между медицинским работником и пациентом в медицине и научной деятельности

Данная тема рассматривает основы взаимоотношений между медицинским сотрудником и пациентом. Раскрывает этические и юридические проблемы конфиденциальности врачебной тайны.

Основные моральные модели взаимоотношений врача и пациента

На современном этапе взаимоотношения врача и больного значительно изменились по сравнению с многовековой традицией. Возможны разные формы отношений «врач-пациент», что зависит от многих конкретных обстоятельств.

Эти различия в биомедицинской этике описываются моделями отношений «врач-пациент», где под моделью понимается некоторая упрощенная теоретическая система, которая концентрирует в себе наиболее типичные и выпуклые аспекты того или иного явления.

Рассмотрим несколько наиболее известных моделей, описывающих моральные аспекты взаимодействия медицинского работника и пациента.

Правило информированного согласия: любые медицинские манипуляции должны проводиться только с добровольного и осмысленного согласия пациента после предоставления врачом необходимой информации.

Цель достижения информированного согласия – согласовать оптимальное во всех отношениях решение, учесть и медицинские показания, и предпочтения пациента.

Врач обязан проинформировать пациента обо всех возможных методах лечения, об их целях, эффективности, стоимости, о возможном риске, о вероятных побочных явлениях. Задача врача - донести до пациента смысл предлагаемого лечения. Врач должен найти понятные слова, учесть возраст и уровень развития пациента.

Правило правдивости: пациент и медицинский работник должны быть правдивы по отношению друг к другу, не скрывать и не искажать важных обстоятельств, касающихся здоровья и лечения.

Современная мировая практика показывает, насколько неоднозначно отношение и врачей, и пациентов к абсолютно правдивой информации о здоровье.

С одной стороны, говоря правду, врач и пациент демонстрируют взаимное уважение и доверие. Врач точнее формулирует диагноз и пополняет практический опыт, а пациент может дать информированное согласие, только владея правдивой информацией.

С другой стороны, говоря правду о смертельном заболевании, неблагоприятном прогнозе, неудачной операции и т.п., врач должен учитывать психологическое состояние пациента, момент беседы, объем правдивой информации.

Отечественные специалисты считают, что правдивый рассказ возможен в том случае, если правда не нанесет еще больший вред больному, не лишит последней надежды, не сломит дух и веру в выздоровление.

Правило конфиденциальности: информация о пациенте, которую он сам передает медицинскому работнику, или медицинский работник получает в результате обследования, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента.

Правило конфиденциальности, или сохранения врачебной тайны, позволяет установить между пациентом и врачом максимально открытые, доверительные отношения.

В международном кодексе медицинской этики в разделе «Обязанности врача по отношению к больному» говорится: «Врач должен сохранять абсолютную секретность во всем, что касается пациентов, которые ему доверяют».

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при обнаружении у пациентов некоторых высоко контагиозных заболеваний – сифилис, менингит, а также огнестрельных ранений и при подозрении на жестокое обращение с ребенком;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Модели взаимоотношений «сестра – пациент»

Существуют модели, описывающие отношения медицинской сестры и пациента. Одну из первых, посвященных этой проблеме, предложила в 1980 году Шерри Смит. Эта модель включает следующие три варианта взаимодействия.

Сестра, заменяющая мать (surrogate mater) – сестра осознает свои высокие моральные обязательства по наилучшей защите интересов пациента.

Техническая модель – роль сестры ограничивается выполнением тех или иных технических навыков и предоставлением необходимых сведений больному, в зависимости от его нужд (например, это типично для процедурной медсестры медицинского учреждения).

Контрактная клиническая модель – пациент самостоятельно определяет свои цели и наилучшие интересы; ответственность сестры состоит только в том, чтобы соблюдать права пациента и обеспечивать реализацию тех решений, которые он принимает.

Понятие и история прав пациента

Важнейшим понятием в медицинской этике, а также в законодательстве в области медицины являются права пациента.

Понятие прав и свобод пациента представляет собой приложение более фундаментального понятия прав и свобод человека к ситуации медицинской помощи.

Права пациента – это законодательно установленные возможности для лица, получающего медицинскую помощь.

Уважение к правам человека – не только требование медицинской этики, но и важнейшая составляющая общечеловеческой нравственности.

Права пациента появились в общественной практике не случайно: они аккумулировали в себе длительную эволюцию культуры и медицины, утверждение ценностей свободы и достоинства человека, принципы неприкосновенности и автономии личности.

Движение за права пациентов берет свое начало с 70-х гг. XX в. В разных странах оно начиналось по-разному, но лидером в этом процессе выступили США.

В 1972 г. Американская ассоциация больниц приняла Билль о правах больных (Patient Bill of Rights), в котором, кстати, было установлено фундаментальное право пациента – право на информированное добровольное согласие, а также ряд других, теперь общепризнанных, прав.

Важнейшим международным документом, посвященным правам пациента, явилась Лиссабонская декларация ВМА 1981 г.

В ней был введен перечень прав пациента, который лег в основу национального законодательства многих стран.

Развитие прав пациента – это часть общего демократического, правозащитного и социально-культурного движения за признание и защиту прав человека.

Российское законодательство о правах пациента

В нашей стране права пациента установлены Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является базовым юридическим документом, определяющим правовые основы здравоохранения (в том числе права пациента).

В указанном Законе дано определение понятия «пациент» – это «физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» (п. 9 ст. 2 Закона).

Важнейшим принципом в отношении защиты прав и интересов пациента является приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (ст. 6 Закона).

Перечень прав пациента введен в п. 5 ст. 19 Закона, согласно которому пациент имеет право:

- 1) на выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиени-

ческим требованиям;

- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты его прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации».

Права и обязанности врачей

Медицинская этика как часть биоэтики изучает и разрабатывает моральные основы поведения медицинских работников в сфере их профессиональной деятельности.

Имеется также более прикладной раздел медико-этического знания, который занимается более конкретными и специализированными аспектами профессионального поведения медицинских работников, их обязанностями в той или иной области медицины.

Он называется медицинской деонтологией. Например, различают деонтологию хирургическую, педиатрическую, стоматологическую и т.п. Термин «деонтология» предложил в XIX в. И. Бентам для обозначения теории нравственности.

Первым требованием в Международном кодексе медицинской этики является следующее: «Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты»/

В Российском кодексе сказано, что врач несет и моральную, и (в случае нарушения закона) юридическую ответственность. Но врач «прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути – это его собственная совесть»

Права врачей

В Российском кодексе медицинской этики установлено следующее:

«Гуманные цели, которым служит врач, дают ему основание требовать законной защиты его личного достоинства, достаточного материального обеспечения, создания условий для осуществления профессиональной деятельности как в мирное, так и в военное время».

Врачам должны быть обеспечены условия для их профессиональной, моральной, материальной независимости, – хотя, конечно, это лишь идеал, не реализованный даже в наиболее развитых странах. В обществе должен поддерживаться высокий социальный статус врачебной профессии.

Врач имеет право на защиту чести, достоинства, профессиональной репутации. Недопустимо распространение сведений, порочащих его честь и доброе имя.

Ряд прав врачей закреплен также в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Так, в ст. 72 изложены трудовые права медицинских работников:

- право на работу в надлежащих условиях труда;
- право на профессиональную переподготовку за счет работодателя или иных средств, предусмотренных законодательством;
- право на стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными итогами работы.

Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские работники имеют право на страхование риска своей профессиональной ответственности и многое другое.

Контрольные вопросы и задания:

1. *Охарактеризуйте основные моральные модели взаимоотношений врача и пациента.*
2. *Опишите модели взаимоотношений сестра- пациент.*
3. *Дайте характеристику российского законодательства о правах пациента.*
4. *Перечислите основные статьи этического кодекса медицинской сестры.*

Раздел 3. Морально-этические проблемы современной медицины

Тема 3.1. Моральные и этические проблемы проведения клинических испытаний и экспериментов над человеком и животными

В данной теме рассматриваются медико-биологические исследования на людях, их виды, а также международные документы, регламентирующие проведение медико-биологических исследований. Описывается определение медицинского эксперимента и их типы.

История экспериментирования на человеке

Об экспериментировании на людях в древние времена известно мало. Например, имеются сведения, что в Древнем Египте разрешалось проводить исследования на осужденных преступниках, а представитель александрийской науки Эрасистрат (около 300-262 до н.э.) экспериментировал на рабах.

Но следует учесть, что экспериментирование как осознанный научный метод появилось гораздо позже – только с начала нового времени (конец XVI-XVII в.). Один из первых клинических экспериментов в истории медицины поставил в XVI в. знаменитый французский хирург Амбруаз Паре (1510-1590).

В эпоху Нового времени известный английский философ Ф. Бэкон выступает за научное обоснование медицинской практики. Он критикует бездоказательность лечебных методов (из-за чего шарлатаны, например, могут приобретать ничем не оправданную славу и почет).

Но при этом Бэкон признает трудности развития экспериментирования на человеке из-за моральных соображений.

В 1754 г. врач британского флота Дж. Линд провел специальное исследование, взяв несколько групп моряков, больных цингой, и назначив каждой разное питание.

Первым экспериментом, оказавшим большое влияние на медицинскую науку и практику, было исследование английского врача Эдварда Дженнера (1749-1823), основоположника вакцинации.

Дженнер заметил, что сельские доярки часто болеют коровьей оспой, но их болезнь протекает легко, а затем у них появляется невосприимчивость и к человеческой оспе.

В 1796 г. Дженнер провел эксперимент на мальчике, введя ему материал из пузырька больной коровьей оспой.

В течение XIX в. практика экспериментирования расширяется; имеется немало случаев постановки экспериментов врачей на самих себе или своих родственниках.

Немецкий терапевт И. Йорг (1779-1856) испытывал на себе 17 различных лекарств в меняющихся дозировках, чтобы оценить их воздействие на организм.

Отечественный врач-инфекционист Г.Н. Минх (1836-1896) прививками на самом себе доказал, что кровь больных возвратным тифом является источ-

ником заражения.

Знаменитый немецкий хирург Вернер Форсман (1904-1979), лауреат Нобелевской премии, разработал метод катетеризации сердца и в 1929 г. испытал его на себе, чтобы доказать его безопасность: он самостоятельно ввел себе катетер через локтевую вену в правое предсердие.

Основоположник экспериментальной медицины великий французский ученый Клод Бернар (1813-1878) в своих работах поднимает вопросы моральной приемлемости экспериментирования на людях и приходит к выводу, что подвергать людей риску аморально и потребностями научного прогресса нельзя оправдать насилие над благополучием отдельно взятого человека.

Современный этап

Рубежным событием для формирования этики медицинских исследований стал судебный процесс над нацистскими врачами (1946-1947)

. В ходе международного судебного расследования было вскрыто множество фактов постановки преступных экспериментов над заключенными концентрационных лагерей: умышленное заражение смертоносными инфекциями, погружение людей в ледяную воду, лишение кислорода, воздействия отравляющими газами и др.

Одним из результатов судебного расследования стала разработка положений Нюрнбергского кодекса (1947), в котором впервые были сформулированы международные этические принципы проведения медицинских исследований на человеке.

В 1964 г. Всемирная медицинская ассоциация приняла так называемую Хельсинскую декларацию, которая продолжала положения Нюрнбергского кодекса, еще раз устанавливая требование информированного согласия, а также другие нормы по защите испытуемого.

Среди основных биоэтических документов, регулирующих проведение биомедицинских исследований, следует назвать также:

- Международные руководящие принципы этики для биомедицинских исследований на человеке (CIOMS, 1982, обновленная версия 2002 г.);
- Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ЕС, 1997);
- Директива № 2001/20/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского союза «О сближении законодательных, регламентарных и административных положений государств — членов ЕС о надлежащей клинической практике в процессе проведения клинических исследований лекарственных средств для человека» (2001, с изм. и доп. от 18 июня 2009 г.);
- Руководства для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000).

Методология клинических исследований

Клинические исследования, или клинические испытания, – широко рас-

пространенный в современной медицине вид научных исследований.

Клинические исследования (точнее, контролируемые клинические исследования) – это экспериментальные исследования, проводимые на людях, в специально спланированных контролируемых условиях с целью оценки медицинских вмешательств (их эффективности, безопасности и других свойств).

Лечащий врач и исследователь: конфликт ролей

Из-за существенной разницы в ценностях, целях, методах этих двух сфер деятельности у врача, когда он выступает по отношению к своим пациентам одновременно и как лечащий врач, и как исследователь, может наступить определенный конфликт ролей, в том числе включающий конфликт этических принципов.

Клиническая мiskonцепция

Термин появился в 1982 г. в работе Пауля Аппельбаума и соавторов. Понятие терапевтической мiskonцепции (therapeutic misconception) обозначает феномен, многократно наблюдавшийся в практике клинических исследований, который состоит в том, что вовлеченные в испытание пациенты не осознают глубоких различий между медицинской практикой и научным исследованием.

Эпидемиологические исследования

Существует еще одна область исследований, которая тоже довольно широко охватывает людей в качестве ее участников. Это так называемые эпидемиологические исследования.

Под **эпидемиологическими исследованиями** понимается изучение причин болезней, распространенности заболеваний, анализ различных факторов, влияющих на здоровье общества и его отдельных групп, изучение состояния здоровья населения, а также оценка деятельности службы здравоохранения и проводимых ими мероприятий.

Эпидемиологические исследования очень важны для организации деятельности общественного здравоохранения.

Экспериментальная практика, или терапевтическая инновация

Использование нового, недостаточно проверенного метода с практической целью, т.е. для оказания помощи конкретному больному, называется экспериментальной практикой.

Как уже говорилось, понятие экспериментальной практики (терапевтической инновации) не может быть отнесено к научному исследованию в строгом смысле слова, если здесь нет целенаправленного сбора данных для получения обобщаемых знаний и дальнейшей научной публикации.

В таком случае мы имеем дело хоть и с экспериментированием, но лежащим где-то в неопределенном «между» научным исследованием и обычной медицинской практикой.

Клонирование

Клонирование – повторение искусственным образом с помощью биомедицинской технологии феномена однояйцевых близнецов.

Впервые успешно применил методику клонирования Ян Уилмут (в Шотландии в Институте Рослина), 25 февраля 1997 года на свет появилась овца Долли.

Механизм клонирования: была взята клетка кожи вымени овцы, из нее извлечено ядро, которое перенесли в цитоплазму ооцита от другой овцы (из этой яйцеклетки предварительно было удалено собственное ядро).

После этой манипуляции ооцит с введенным в него ядром с полным набором хромосом стал зиготой, которая вскоре начала делиться, т.е. превратилась в предэмбрион.

Далее по методике ЭКО и ПЭ предэмбрион был помещен в матку третьей овцы. Беременность наступила не сразу (300 неудачных попыток). Экспериментальная программа была очень дорогой.

Перспективы применения метода клонирования в медицине: каждая женщина, каждый мужчина с любой необратимой патологией репродуктивных функций (отсутствие матки, маточных труб, яичников, азоспермия) способны стать родителями, если в семье погибает единственный ребенок: достаточно клетки (например, его кожи), чтобы воссоздать копию. Клоны могут стать источником органов для трансплантации.

В Великобритании клонирование человека было официально запрещено в 1990 году.

В 1998 году Совет Европы принял «Дополнительный протокол» к «Конвенции о правах человека и биомедицине», где вводится запрет на клонирование человека в государствах – членах Совета Европы.

В США несколько иной подход. 1997 год. Президент США обратился в консультативную комиссию по биоэтике. Комиссия отметила: любая попытка клонирования пока преждевременно и морально неприемлема, так как риск для плода недостаточно предсказуем; необходимо сохранить имеющийся мораторий; через 3-5 лет целесообразно вернуться к этой проблеме.

В 1998 году в СМИ прошла информация об удачном клонировании человека в Южной Корее, но эксперимент по этическим соображениям был остановлен на стадии деления клеток.

Позиция православной церкви: ... «Клонирование еще в большей степени, чем иные репродуктивные технологии, открывает возможность манипуляции с генетической составляющей личности и способствует ее дальнейшему обесцениванию.

Замысел клонирования является несомненным вызовом самой природе человека, заложенному в нем образу Божию, неотъемлемой частью которого является свобода и уникальность личности.

Этические принципы биомедицинских исследований на человеке

В Бельмонтском докладе (1978) были сформулированы основные принципы проведения биомедицинских исследований на человеке.

Они вошли в стандартные курсы биоэтики, а также использовались во многих документах по биоэтике.

Поэтому их уже можно считать классическими.

Это следующие три принципа: уважение личности, благо (благодеяние), справедливость.

Конечно, они не исчерпывают собой все этические вопросы биомедицинских исследований, но представляют собой исходный этический каркас для дальнейшего анализа и разработки этической регуляции исследований на человеке.

1. Принцип уважения личности состоит из двух требований:

- а) уважение автономии индивидов, которые способны делать самостоятельный выбор и принимать решения;
- б) защита лиц, которые имеют ограниченную автономию (т.е. в той или иной степени повышено зависимых от других или особо уязвимых), от различных форм вреда или иных злоупотреблений.

2. Принцип блага (благодеяния) также состоит из двух правил:

- а) не причинять вред;
- б) необходимо добиваться максимально возможной пользы и сводить к минимуму возможный вред.

Требование не причинения вреда следует понимать прежде всего в том смысле, что недопустимы исследования, ставящие целью умышленное причинение вреда испытуемым.

3. Требование справедливости связано с тем обстоятельством, что научное исследование кому-то приносит пользу, а кто-то испытывает на себе его тяготы. Но как достичь справедливого баланса тягот и выгод исследования?

Принцип справедливости содержит в себе несколько разных концепций.

К основным элементам принципа справедливости относят концепции:

- дистрибутивной (распределительной) справедливости;
- компенсаторной справедливости;
- справедливости как взаимности (взаимного обмена).

Реализация основных этических принципов биомедицинских исследований

Информированное добровольное согласие. Это требование выступает средством для выполнения принципа уважения личности. Процедура согласия, в свою очередь, состоит из трех ключевых элементов: информации, понимания и добровольности.

Информация. Большинство кодексов устанавливают довольно стандартные темы информирования, которые включают цели исследования, метод, ожидаемые результаты и риски, а также ряд дополнительных пунктов, касающихся организации исследования и прав испытуемого.

Понимание. Исследователи обязаны убедиться, что участники исследования адекватно осознают предоставляемую им информацию.

Добровольность. Согласие на участие в исследовании должно быть дано добровольно, что означает действительную свободу выбора и отсутствие различных воздействий на индивида (принуждение, давление, манипуляция и др.), которые нарушают его возможность самоопределения и склоняют к принятию решения в пользу заинтересованных лиц, применяющих эти морально недопустимые приемы.

Оценка рисков и благ. Это способ реализации второго морального принципа исследовательской этики – принципа блага (благодеяния). Суть этого требования состоит в том, чтобы исследование было обосновано приемлемым соотношением блага и риска.

Отбор участников исследования служит реализации третьего морального принципа исследовательской этики – принципа справедливости. Правила отбора должны учитывать, кого и с какой целью мы привлекаем в исследования, насколько справедливым будет распределение рисков и пользы для испытуемых.

Клинические исследования. Ключевые термины исследовательской этики

К основным признакам, отличающим научное исследование от текущей медицинской практики, можно отнести следующие.

1. Цель медицинской практики – улучшение здоровья, конкретная польза для данного пациента (группы и т.п.). Цель исследования – прирост научного знания (которое имеет обобщенный характер).

2. Медицинская практика ориентирована на пользу данному конкретному пациенту в настоящее время; исследование – на пользу в будущем (когда полученные научные знания будут внедрены в практику).

3. Результаты научных исследований представляются в виде теорий, гипотез и т.п. (т.е. в научной форме), а также должны быть опубликованы.

4. Другие формы исследовательской деятельности (например, с практическими целями) не обладают этими свойствами.

5. Медицинская практика должно строго преследовать благо пациента и защищать его от вреда; в то же время научное исследование может умышленно создавать неопределенность и даже некоторый риск (с целью приобретения новых знаний).

6. Экспериментальная практика, или терапевтическая инновация.

Этические проблемы рандомизации. Клиническое равновесие

Рандомизация – это процесс случайного распределения участников эксперимента по группам или порядка предъявления им экспериментальных условий.

Рандомизация как ключевая процедура в клиническом испытании сама по себе создает этические проблемы.

Представим, что клиническое исследование нового препарата проводится в группе пациентов, действительно нуждающихся в медицинской помощи.

При каких условиях врач, имея обязательства блага по отношению к пациенту, вправе использовать своих больных для клинического исследования, в том числе с применением случайного распределения их по группам?

Концепция клинического равновесия является попыткой ответить на этот вопрос.

Понятие клинического равновесия (clinical equipoise) ввел Бенджамин Фридмен в 1987 г. С этого времени данная концепция является развивающейся и широко обсуждаемой темой в биоэтической литературе, хотя, конечно, имеет и своих критиков.

Этические проблемы применения плацебо в клинических исследованиях

Плацебо – это фармацевтический продукт, который имитирует исследуемый препарат (по форме, цвету, вкусу и т.п.), но не содержит активного фармакологического компонента.

Применение плацебо в клинических исследованиях (для сравнения с оцениваемым препаратом) представляет собой проблему, поскольку тем самым пациенты оказываются лишены лечения, что противоречит принципу блага.

Этика экспериментирования на животных

Животные широко используются в современной медицине, в научных исследованиях и в системе образования.

Так, биомедицинские исследования с использованием животных необходимы для разработки и оценки новых методов лечения, фундаментальных исследований (биологических структур и функций, заболеваний и др.), создания биологических продуктов (вакцин, антител и т.п.) и других целей

Кроме того, эксперименты на животных практикуются в системе образования: в учебных планах медицинских вузов предусмотрены обязательные занятия по изучению организма животных, а также по отработке на них различных медицинских навыков.

Причем такие занятия ввиду своей уникальной практической пользы не могут быть заменены никакими альтернативами.

Контрольные вопросы и задания:

- 1. Охарактеризуйте этические принципы биомедицинских исследований на человеке.*
- 2. Определите цели клинических испытаний и экспериментов.*
- 3. Конспект перечня нормативной документации в РФ по клиническим испытаниям на человеке.*

4. *Описать когда и кем были проведены первые экспериментирование на человеке.*

Задания:

1. В чем состоит основополагающее различие между медицинской практикой и научным исследованием? Назовите основные критерии этих различий.

2. В чем состоят основные задачи врача, вовлеченного в клинические исследования?

3. Изучите Хельсинкскую декларацию (1964). Кто утверждает протокол исследования и как это происходит? В каких случаях врачи должны прекращать исследование? На кого возлагается ответственность за испытуемых?

4. В исследовательской этике существует концепция чистого риска (net risk), которая используется как способ определения степени опасности исследований для наилучшей защиты интересов испытуемых.

Считается, что исследование создает чистые риски, если испытуемым предлагается неудовлетворительное соотношение риска и пользы по сравнению с альтернативами (одной или более), включая невмешательство в ситуацию вообще.

И напротив, исследование не создает чистых рисков, если соотношение риска и пользы по крайней мере не хуже, чем имеющиеся альтернативы, включая невмешательство в ситуацию.

Существуют некоторые виды вмешательств, которые очевидным образом создают чистые риски, и поэтому они обязательно подлежат оправданию в общем контексте исследования. Например, таким чистым риском является забор крови у добровольцев.

Определите в нижеследующих примерах, в каких из них имеется чистый риск:

- 1) проведение спинномозговой пункции;
- 2) сбор образцов ДНК;
- 3) введение пациентов в состояние психологического стресса;
- 4) взятие физиологических проб у здоровых людей.

Тема 3.2. Социальные, правовые и этические аспекты начала жизни. Аборт, стерилизация, новые репродуктивные технологии

В данной теме рассматриваются социальные, правовые и этические аспекты начала жизни. Раскрываются этический, моральный и правовой компоненты в вопросах репродуктивных технологий, а также взгляды представителей различных мировых религий на данную проблему.

Жизнь и смерть – фундаментальные антиномии человеческого бытия, затрагивающие каждое живое существо в своей вечной, неумолимой дилемме.

Отсюда и глубинное желание осмыслить феномен жизни и смерти в различных ракурсах – философском, естественнонаучном, культурологическом, правовом, а в настоящее время и в биоэтическом ракурсе, предусматривающем исследование проблем начала и конца человеческой жизни (зачатия, абортов, эвтаназии и т.д.).

В биомедицинском смысле *жизнь* – специфическая форма организации материи, характеризующаяся наследственной программой, записанной в совокупности генов (геном), т.е. в соответствующих последовательностях нуклеотидов дезокси-рибонуклеиновой кислоты (ДНК); обменом веществ, специфика которого определяется наследственной программой и самовоспроизведением в соответствии с этой программой.

Код, с помощью которого записывается наследственная программа, универсален.

Все живые существа используют одну и ту же схему для кодирования, переноса (и перевода) информации и биосинтеза.

В основе жизни лежит определенная и сложная генетическая программа, которая реализуется через обмен веществ.

Проблема происхождения жизни на Земле имеет три версии – естественное зарождение жизни; занесение жизни из Космоса; сотворение живого.

Вопрос о зарождении и начале человеческой жизни – это глубокая и пока еще не раскрытая в полном объеме тайна

В рамках современной биоэтики при исследовании этики жизни встают вопросы: с какого момента зародыш можно считать живым существом? допустимы ли аборты? следует ли поддерживать жизнь безнадежно больных пациентов? допустима ли с морально-правовой, социокультурной и религиозной позиции эвтаназия? и т.д..

Репродуктивная этика и вмешательства в репродукцию человека.

Понятие репродуктивной этики

В связи с многочисленными этическими проблемами репродуктивных вмешательств и технологий постепенно оформилась отдельная область биоэтики – репродуктивная этика.

Репродуктивная этика – область биоэтики, которая занимается этическими проблемами вмешательств в репродукцию человека и смежными

вопросами, связанными с научными и практическими аспектами развития репродуктивной медицины и биологии.

Три основные сферы приложения репродуктивной этики, или ее ядро, – это зачатие (оплодотворение), беременность (развитие плода), рождение.

Зачатие (от рус. зачать, то есть начать) – возникновение беременности – «процесс, обусловленный актом оплодотворения», после которого «начинается развитие нового организма в теле матери, и следовательно наступает беременность».

Беременность человека (лат. graviditas) – особое состояние организма женщины, при котором в её репродуктивных органах находится развивающийся эмбрион или плод. Беременность возникает в результате слияния женской и мужской половых клеток в маточной трубе, после чего происходит образование зиготы, содержащей 46 хромосом.

Рождение – появление на свет младенца или детёныша, роды.

Искусственное прерывание беременности (аборты)

Аборты традиционно остаются одной из наиболее дискуссионных тем биомедицинской этики.

Исторически отношение к абортам менялось. Уже в клятве Гиппократов присутствует обязательство врача не участвовать в процедурах плодизгнания.

С приходом христианства отношение к абортам стало очень строгим, вплоть до суровых наказаний.

Позже отношение постепенно становилось мягче, в том числе появилось понятие прерывания беременности по медицинским показаниям (в Парижской медицинской академии, 1852) при угрозе жизни и здоровью женщины.

Первой страной, где было разрешено легальное проведение аборт (1920), была Советская Россия, хотя на определенном этапе (примерно 1936-1955) аборты вновь запрещались.

Постепенно в течение XX в. аборты легализуют в ряде других стран. Однако в целом отношение к этой проблеме в современном обществе остается сложным.

В разных странах по ряду причин (сложившиеся традиции, степень влияния религии и др.) законодательство в отношении к абортам сильно различается.

Есть страны, где отношение к абортам очень строгое: они либо полностью запрещены, либо выполняются только по очень ограниченными показаниям (например, Ватикан, Польша, Ирландия и др.).

Есть, наоборот, страны, где отношение к абортам довольно свободное (Великобритания, Исландия и др.); имеется также масса промежуточных вариантов.

Можно (с достаточной долей условности) выделить следующие основные моральные подходы к проблеме аборта.

1. Либеральный подход – отличается наиболее свободным и терпимым отношением к аборт. Он исходит из того, что у женщины есть право само-

стоятельно распоряжаться своим телом, в том числе процессами беременности и деторождения, а также планировать количество детей. В своих крайних вариантах либеральный подход отрицает моральный статус эмбриона и считает не рожденный плод частью тела женщины.

2. Консервативный подход – отличается строгим, осуждающим отношением к абортам. Основан на концепции сакральности жизни, в соответствии с которой не рожденный плод имеет такую же высшую ценность, как и любая человеческая жизнь. Эмбрион имеет право на жизнь, достоинство, уважительное отношение.

3. Умеренный подход – аборты допускаются, но по медицинским или социальным показаниям. Аборт как право женщины не поощряется.

По всей видимости, суть проблемы заключается в следующем: вопрос о том, является ли эмбрион человеческой жизнью (и если да, то с какого момента) – это вопрос не научного характера (т.е. это не вопрос биологии или эмбриологии), а моральный.

По российскому законодательству женщина вправе прервать беременность по собственному желанию при сроке беременности до 12 недель.

Искусственное прерывание беременности проводится по социальным показаниям – при сроке до 22 недель, по медицинским – независимо от срока беременности.

Если же говорить о мире в целом, то в 98% стран аборт разрешен в целях спасения женщины; в 62% – в целях сохранения ее физического и психического здоровья; в 42% – в случаях изнасилования или инцеста; в 40% – по причине дефектов плода; в 29% – по экономическим и социальным причинам, и только 21% – по просьбе.

Репродуктивные технологии

Такие технологии предназначены для лечения бесплодия.

Это очень актуальная проблема: от бесплодия страдают примерно 15-20% супружеских пар.

Репродуктивные технологии основаны на крупных достижениях науки и технологии, которые позволили проводить тонкие операции и поддерживать жизнь половых клеток и эмбрионов вне организма.

Одновременно технологии вмешательства в репродукцию человека породили множество острых моральных проблем.

Понятие вспомогательных репродуктивных технологий (англ. ART – assisted reproductive technology) охватывает группу методов биомедицинского вмешательства и контроля в отношении зачатия и ранних стадий эмбрионального развития нового организма; при использовании этих методов зачатие или какие-то стадии развития зародыша происходят вне материнского организма, во внешней среде.

Основными репродуктивными технологиями считаются следующие три:

- 1) искусственное оплодотворение (инсеминация);

- 2) экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- 3) суррогатное материнство.

Однако выделяют и другие технологии (например, криоконсервацию гамет, ИКСИ (интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида) и др.).

Искусственное оплодотворение

Метод был разработан в животноводстве; уже в XIX в. его использовали для оплодотворения кобыл и коров, а в XX в. применили к женщинам.

Метод представляет собой искусственное оплодотворение женщины спермой мужа или донора (при женском или мужском бесплодии). При этом сперматозоиды вводятся в полость матки.

Выделяют две формы искусственного оплодотворения (ИОД) – гомологическое (внутрисемейное) и гетерологическое – оплодотворение вне семьи, спермой донора.

Экстракорпоральное оплодотворение

Экстракорпоральное оплодотворение (англ. IVF – in vitro fertilization) впервые было применено в 1978 г. в Кембридже; первым ребенком из пробирки была девочка Луиза Браун.

В 1986 г. ЭКО было впервые использовано в нашей стране. Метод оказался довольно результативным как при женском, так и при мужском бесплодии.

Показаниями к ЭКО являются не поддающиеся терапевтическому лечению бесплодие либо заболевания, при которых невозможно наступление беременности без ЭКО.

Суррогатное материнство

Эта репродуктивная технология вызывает этические проблемы и бурные споры даже, по-видимому, в большей степени, чем метод ЭКО.

Первый успешный случай суррогатного материнства зарегистрирован в 1981 г. в США. Хотя сама идея этого метода довольно древняя: есть сведения, что еще в Античности были случаи рождения женщиной ребенка для другой семьи.

Суррогатное материнство, как правило, используется при бесплодии семейной пары.

Сущность этого метода состоит в том, что яйцеклетка одной женщины оплодотворяется искусственным путем, а полученный эмбрион подсаживается другой женщине, которая его вынашивает, рождает и передает семейной паре.

При этом одна женщина называется донором (или генетической матерью), а другая (вынашивающая ребенка) – суррогатной матерью.

Возможно и так называемое частичное суррогатное материнство, когда женщина – суррогатная мать одновременно выступает и донором яйцеклетки. В этом случае она же является и генетическим родителем.

В России разрешено суррогатное материнство, в том числе за вознаграждение.

Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте 20-30 лет (в том числе замужняя), имеющая не менее одного здорового собственного ребенка и медицинское заключение о состоянии здоровья.

Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки (т.е. запрещено так называемое частичное суррогатное материнство).

Контрацепция

Контрацепция – это профилактика нежелательной беременности.

Контрацептивы – средства контроля рождаемости, важнейший элемент современной системы планирования семьи.

Различают традиционные (ритмический, прерванный половой акт) и современные (стерилизация, оральные контрацептивы, внутриматочные средства) методы контрацепции.

В начале 1990-х годов показатель применения средств контрацепции (процент супружеских пар, в которых женщина находится в репродуктивном возрасте) в мире в целом составлял в среднем 57% (все методы) и 49% (современные методы), в развитых странах – соответственно 71% и 51%, в Восточной Азии (без Японии) 79% и 79%, в Латинской Америке – 59% и 49%, в Африке – 19% и 15%.

Наша страна занимает одно из последних мест по применению современных противозачаточных средств среди развитых стран.

Чрезвычайно низкая культура контрацепции в России свидетельствует также и недостаточной подготовке медицинских работников в этой области.

Мировоззренческие споры вокруг контрацепции тоже являются столкновение религиозного и светского подходов.

Позиция Русской православной церкви в этом вопросе следующая: «... Некоторые из противозачаточных средств фактически обладают abortивным действием, а посему к их употреблению применимы суждения, относящиеся к аборту.

Другие же средства, которые не связаны с пресечением уже начавшейся жизни, к аборту ни в коей степени приравнять нельзя.

Намеренный отказ от рождения из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом».

В контексте философии репродуктивного и сексуально здоровья право женщины на доступ к средствам современной контрацепции является приоритетным.

По статистике в связи с беременностью в России ежегодно погибает 2500 женщин, и половину этих смертей можно было бы предотвратить с помощью эффективных служб планирования семьи.

Особенно следует подчеркнуть значение доступности средств современной контрацепции для женщин «зоны риска» – слишком юных и старше 35 лет.

Современные системы планирования семьи предлагают эффективные программы полового воспитания, а в некоторых странах и распространение (иногда бесплатное) оральных контрацептивов, презервативов среди предста-

вителей такой «группы риска», как подростки.

Стерилизация

Стерилизация – занимает особое место среди методов контрацепции. В XX веке было несколько периодов повышенного интереса к этому методу.

В первой половине XX столетия, в связи с широким распространением идей евгеники во многих странах (США, Швейцарии и др.) применялась недобровольная стерилизация.

В Германии после принятия в 1933 году «Закона о наследственности и здоровье» около четверти миллиона человек, страдающих шизофренией, наследственным слабоумием, наследственной слепотой, глухотой было подвергнуто насильственной стерилизации.

С 50-х годов начали действовать первые национальные программы контроля за рождаемостью (Индия, Пакистан, позднее Китай). В Индии и Китае она долгое время использовалась на недобровольной основе.

В мире в целом стерилизация является самым распространенным методом контрацепции – у 18% женщин и 4% мужчин (из всех супружеских пар, в которых женщины находятся в детородном возрасте).

По регионам эти показатели соответственно таковы: в Восточной Азии (без Японии) – 33% и 9%, в латинской Америке – 21% и 1% , в Африке – 15% и 1% , в развитых странах – 8% и 5%.

В России добровольная стерилизация была разрешена в конце 1989 года приказом Минздрава № 484 только для женщин.

Прияты в 1993 г «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» предоставили такое право и мужчинам (статья 37).

Добровольная стерилизация в нашей стране может быть осуществлена при наличии письменного заявления пациента и из двух условий – наличия 2 детей или возраста 35 лет.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 57. Медицинская стерилизация

1. Медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина – независимо от возраста и наличия детей.

2. По заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолет-

него лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным.

3. Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Оценка стерилизации с позиции религиозной морали:

- она категорически запрещена официальными документами католической церкви;
- протестанты – это дело супругов;
- иудейская религиозная мораль допускает только женскую стерилизацию;
- ислам допускает стерилизацию по обоюдному согласию супругов.

Этически более приемлемыми являются методики стерилизации, делающие ее обратимой, когда при необходимости можно восстановить фертильность (зажимы Фильше).

Контрольные вопросы и задания:

1. *Объясните смысл жизни в биомедицинском понимании.*
2. *Опишите понятие репродуктивной этики и три ее составляющие.*
3. *Охарактеризуйте суть репродуктивной технологии.*
4. *Расскажите о взглядах мировых религий на новые репродуктивные технологии.*
5. *Перечислите роль медико-генетических консультаций (письменно)*

Тема 3.3. Современные биомедицинские технологии и этические проблемы вмешательства в природу человека

Данная тема раскрывает современные биомедицинские технологии, а также этические правовые проблемы вмешательства в природу человека. Рассматривает этические и правовые проблемы медицинской генетики, вопросы связанные с геной терапией, евгенику и неоевгенику

Инновационные технологии биомедицины.

Эпоха биомедицины и биотехнологии

Множество новых этических проблем связано с динамично развивающимися биомедицинскими областями.

Достижения в этих направлениях ведут не только к накоплению фундаментальных знаний, но и к разработкам ряда радикально новых технологий, которые называют также инновационными биомедицинскими технологиями.

Уже имеющиеся, а также ожидаемые успехи имеют настолько глобальный характер, что нередко говорят о наступившей эре биомедицины и биотехнологии.

В узком смысле под биотехнологией понимают особый вид производственных технологий, а именно различные производства на основе биологических процессов.

При этом, как правило, биотехнология в современном смысле – это использование различных способов стимуляции и модификации биопроцессов на базе научных знаний и новых технических достижений.

В итоге современные биотехнологии оказываются способны производить крайне редкие или инновационные продукты.

Роль биотехнологии как производственной технологии для медицины становится все значительнее.

Биотехнология позволяет получать в массовом количестве полезные и порой незаменимые биологические продукты.

Первым продуктом, полученным в биопроизводственных процессах с помощью генно-инженерных методов, был человеческий инсулин (1982).

К концу XX в. было поставлено на биопроизводственную основу множество новых продуктов: гормон роста, эритропоэтин, интерферон и др.

Но есть и более широкий смысл понятия «биотехнология». Он охватывает различные современные способы глубокого вмешательства в биологические процессы и структуры с целью их контроля, изменения, а также создания радикально новых биологических эффектов.

Иными словами, это сфера возможностей постановки под технический контроль самих биологических начал живой материи.

Как правило, такие глубокие вмешательства предполагают воздействия на био-молекулярном уровне.

Понятия «биомедицина» и «биотехнология» (в широком смысле) – довольно близки по значению.

Однако биомедицина – это прежде всего систематическое применение фундаментальных биологических знаний и методов к задачам медицинской помощи.

Сфера приложения же биотехнологии в широком смысле может выходить далеко за пределы медицины. К наиболее инновационным разработкам биомедицины относятся такие направления, как генетика и геновая инженерия, регенеративная медицина, наномедицина, нейротехнология, биоинженерия и др.

Биомедицина, разумеется, развивается не изолированно, а в самой тесной связи с параллельными разработками и достижениями в ряде других фундаментальных областей.

Термин «конвергентные технологии» означает группу наиболее передовых высокотехнологичных разработок современной науки.

К конвергентным технологиям принято относить следующие четыре области:

- 1) нанотехнологии;
- 2) биотехнологии (в широком смысле);
- 3) информационные технологии;
- 4) когнитивные науки и нейротехнологии.

Используется также термин NBIC-технологии (Nano-Bio-Info-Cogno).

Слово «конвергенция» в переводе с латинского означает схождение, сближение.

Конвергентные технологии получили свое название в связи с тем, что они испытывают все большее сближение, поскольку достижения в одном из этих направлений оказывают сильное влияние на прогресс в других областях.

Инновационные технологии биомедицины и их моральное значение

Наиболее инновационные разработки биомедицины имеют ряд общих характеристик, как с технической, так и с моральной точки зрения. Вместе они представляют собой как бы единый мегапроект современной биомедицинской науки и технологии.

1. Стремление к выходу на фундаментальный уровень строения материи. Одновременно это означает и достижение наиболее фундаментального контроля над биопроцессами и биоструктурами – контроля на молекулярном уровне.

2. Эти разработки нацелены в конечном счете на создание радикально новых состояний, процессов, конструкций, объектов и т.п. Например, радикально новые конструкции разрабатываются в области биомехатроники, в них комбинируется биологическая ткань, механика, электроника (прямые взаимодействия с мозгом и др.).

3. Эти разработки уже оказывают (и еще более окажут в будущем) огромное влияние на мораль и ценностные системы. Они стимулируют беспрецедентный пересмотр традиционных представлений, культурных различий и социальных норм.

4. В связи с новыми научно-техническими достижениями происходит

переопределение и переоценка традиционных различий живого и неживого, естественного и искусственного, организма и машины, природы и технологии. Размываются или постепенно трансформируются устоявшиеся представления о человеческой жизни и человеческом теле.

5. Возможность использования результатов этих разработок в самых широких целях, в том числе немедицинских. Действительно, инновационные биомедицинские технологии имеют потенциально намного большую сферу приложения, чем задачи медицины и здравоохранения. Поэтому их можно отнести не просто к медицинским, а более широко – к антропо- и биотропным воздействиям. Иными словами, они являются инструментами воздействия на человека и живую материю вообще.

Чем шире и глубже становятся возможности контроля человека (его здоровья, поведения, функциональных состояний, психофизиологических возможностей, генетического аппарата и т.п.), тем сильнее эти базовые возможности влияют не только на медицину и здравоохранение, но и оказывают существенное влияние на другие сферы.

Результаты таких разработок могут быть применены в военном деле, разведке и работе спецслужб, криминалистике, пенитенциарной системе, государственном управлении, системе образования и т.п.

Помимо сложного и противоречивого влияния на системы ценностей, еще одна опасность, связанная с ними, состоит в том, что они могут быть использованы в откровенно деструктивных целях.

1. Высокая степень неопределенности. Это крайне затрудняет возможность прогнозов и оценки в отношении возможных эффектов и последствий конкретных результатов в той или иной инновационной области.

2. Фундаментальное влияние на смысл и установки медицинской деятельности. Наиболее инновационные биомедицинские разработки глубочайшим образом меняют представления о медицине, ее возможностях и целях.

Новейшая медицина стремится определять вероятности возникновения тех или иных состояний, контролировать причины заболеваний, их генетические основы, молекулярные механизмы патогенеза, перепланировать биопроцессы и биоструктуры, задавать им принципиально другие свойства, сращивать биологическое и неорганическое.

Одним из следствий такого фундаментального сдвига в возможностях и установках медицины является активно обсуждаемая в биоэтической литературе так называемая проблема энхансмента.

Энхансмент (англ. enhancement – усиление, увеличение) – это использование медицинских средств не для помощи больному, а для улучшения функциональных качеств здорового человека.

Например, психофармакологические препараты новых поколений по своим возможностям выходят за пределы помогающей медицины и могут применяться (и некоторые уже применяются) для усиления памяти, продления бодрствования, повышения работоспособности и т.п.

Медицинская генетика и геномная медицина

Результаты изучения генома, как ожидается, будут иметь колоссальные медицинские приложения.

Сегодня говорят о том, что медицина фактически вступила в новую эру – эру геномной медицины, а формальным началом этой эры считают 14 апреля 2003 г., когда (точно к 50-й годовщине открытия Крика – Уотсона) было официально объявлено о полном секвенировании генома человека.

Еще одним ожидаемым следствием развития геномики является то, что она должна оказать поистине революционное влияние на фармакологию, на разработку новых лекарств.

Новейшая молекулярная генетика должна также способствовать существенному продвижению в разрешении фундаментальной биомедицинской проблемы индивидуальности пациента.

Изучение индивидуальных геномов должно обеспечить нас платформой для развития специализированного индивидуального подбора и назначения лекарственных препаратов.

Новая отрасль фармакогенетика (фармакогеномика), которая сейчас бурно развивается, с дальнейшим улучшением методов получения информации о пациентах откроет эру по-настоящему индивидуальной фармакологии.

Данные фармакогенетики сегодня начинают входить в клиническую практику для предсказания лекарственных реакций у пациентов.

Генетическая информация: особенности и опасность

Доступ к генам, контроль генетического аппарата в перспективе могут привести к новым, беспрецедентным способам контроля общества над своими собственными биологическими основаниями.

Это уже сейчас вызывает серьезные опасения. И это выглядит как парадокс: несмотря на официально высказываемый заинтересованными кругами оптимизм в отношении генетики, само общество, скорее, воспринимает прогресс геномной медицины с нарастающей тревогой.

Озабоченность общественности во многом связана с особенностями самой генетической информации.

И из-за этих ее свойств генетическая информация небезопасна, как, возможно, никакая другая.

Преимплантационная и пренатальная генетическая диагностика

Развитие методов генетической диагностики привело к появлению таких специальных процедур, как преимплантационная и пренатальная диагностика.

Преимплантационная диагностика проводится в ходе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) перед внедрением зародыша в матку женщины.

Микрохирургическим методом у зародыша получают образец ДНК и далее производят генетическую диагностику на ряд наследственных заболеваний (таких как миодистрофия Дюшенна, гемофилия и др.). При наличии патологии зародыш, как правило, уничтожается.

Пренатальная диагностика – генетическая диагностика зародыша, производимая в ходе беременности.

Здесь также выявляется наличие генетической патологии, что далее ведет к принятию решения о сохранении или прерывании беременности

Следует также отметить, что получение необходимых биологических образцов (с помощью такого метода, как амниоцентез) само по себе сопровождается риском повреждения плода, осложнения или прерывания беременности.

Преимплантационная и пренатальная диагностика по существу представляют собой вмешательство в жизнь человека на самых ранних ее стадиях.

Наличие этих процедур заставляет общество спорить о моменте начала человеческой жизни, моральном статусе эмбрионов и допустимости евгеники.

Евгеника – довольно сложное понятие, обозначающее комплекс разнообразных представлений о возможностях и способах улучшения человеческой природы.

Термин предложил в 1883 г. британский ученый Ф. Гальтон. Евгеника подразделяется на негативную и позитивную.

Негативная – это комплекс мер, препятствующих воспроизводству различных менее полноценных членов общества (преступников, психических больных, умственно отсталых и др.).

Позитивная – комплекс мер для увеличения в популяции «наиболее ценных людей» (наиболее одаренных, работоспособных и др.).

Генетические биобанки

В современных биомедицинских исследованиях важную роль играют биобанки, которые представляют собой специальные системы хранения биологических образцов (таких как клетки, ткани, органы, генетический материал и др.).

Сбор генетических образцов и создание генетических биобанков стали очень популярны среди исследователей в связи с успехами расшифровки генома человека.

Биобанки используются не только для медицинских нужд: например, ряд стран собирают банки ДНК для криминалистических целей.

Существуют также национальные базы генетических данных (например, в Великобритании).

Генная терапия

Совокупность методов, направленных на исправление функционирования генов в человеческом организме, называется генной терапией.

Она находится на экспериментальной стадии, несмотря на то, что уже накоплен определенный опыт ее применения к человеку.

Нейроэтика. Предметная сфера нейроэтики

Нейроэтика исследует этические, социальные, политические проблемы, связанные с развитием нейронауки и нейротехнологий. Это одно из бурно раз-

вивающихся новых направлений биоэтики.

Под нейротехнологиями понимаются современные способы работы с человеческим мозгом (воздействия или взаимодействия); они являются частью когнитивных технологий и поэтому входят в состав NBIC (конвергентных технологий).

К современным нейротехнологиям относятся новые мощные психофармакологические препараты, имплантируемые в мозг чипы, высокие технологии изображений (визуализации) мозга, внечерепная магнитная стимуляция и др.

Моральные проблемы нейроимиджинга

Одной из наиболее обсуждаемых тем нейроэтики являются моральные проблемы развития и применения технологий нейровизуализации, или нейроимиджинга.

В состав методов нейроимиджинга входят компьютерная, диффузная оптическая, магнитно-резонансная томографии и другие техники.

Эти новые технологии предоставляют возможности глубокого изучения структуры головного мозга, а также его физиологической активности, что имеет огромное значение для диагностики психопатологии, а также для технической поддержки нейрохирургических вмешательств.

Ментальный энхансмент

В изучении биохимии мозга были достигнуты крупнейшие результаты, которые порой характеризуют как революцию нейромедиаторов.

Выяснено, что определенная группа биохимических посредников – нейромедиаторов (серотонин, дофамин, норэпинефрин и др.) имеют фундаментальное значение для деятельности нервной системы.

Их уровень и функционирование прямо выражаются в субъективном самочувствии, самооценке, эмоциях индивида и др.

Тем самым перед нами начинает все больше вырисовываться структура той биохимической машины, которая является биологическим коррелятом ментальных состояний человека.

Уже сейчас психофармакология имеет на вооружении мощные средства, которые могут влиять на человеческое сознание (управлять настроением, поведением, вести к личностным изменениям).

Очевидно, что раскрытие биохимии мозга и развитие средств влияния на нее влечет огромные следствия – социальные, культурные, политические и др.

Наномедицина и наноэтика

Под нанотехнологиями понимают техники работы в диапазоне нанометрических масштабов (1-100 нм).

Нанотехнологии считаются одним из ведущих, стратегически важных направлений XXI в. Сегодня эта отрасль бурно развивается.

В ее развитие индустриальные страны вкладывают гигантские средства.

Будущие нанотехнологии дадут возможность создавать молекулярные структуры с принципиально новой организацией (в том числе с особыми, наперед заданными свойствами – химическими, физическими, биологическими), например сверхпрочные, сверхчистые, теплоустойчивые, гибкие, биосовместимые и т.п.

Ведутся также разработки по созданию наномеханизмов, способных действовать на атомном уровне.

Наномедицина – это систематическое использование достижений нанотехнологической науки для решения таких важнейших задач медицины, как диагностика, мониторинг, лечение, реабилитация, профилактика заболеваний, укрепление и улучшение здоровья и др., на основе специальных средств, взаимодействующих с организмом на молекулярном уровне.

Основные этические проблемы прикладных наномедицинских разработок

Как и любая инновационная отрасль, развитие наномедицинских разработок создает новые неопределенности и проблемы. К основным этическим проблемам прикладных наномедицинских исследований следует отнести следующие.

- 1) Проблема безопасности и контроля риска нанотехнологических средств.
- 2) Экологическая безопасность.
- 3) Справедливость и доступ к благам.
- 4) Информационная безопасность.

Контрольные вопросы и задания:

- 1 *Охарактеризуйте современные биомедицинские технологии.*
- 2 *Объясните понятие биомедицины и ее инновационные направления.*
- 3 *Расскажите о медицинской этике и генетической диагностике, медико-генетическом консультировании*
- 4 *Опишите нейроэтику, как новое направление биоэтики.*

Тема 3.4. Правовые и этические проблемы продления жизни. Моральные проблемы, связанные с эвтаназией и трансплантологией

В данной теме рассматривается проблема смысла жизни человека, качества жизни, правовые и этические проблемы жизни. Раскрывается вопрос эвтаназии, трансплантации, паллиативного лечения.

Проблема смысла жизни – извечный вопрос любого человека и истории мировой философии в целом. Для медицины вопрос о смысле жизни тесно связан с проблемами медицинской этики и деонтологии.

Практически все концепции смысла жизни укладываются в следующие пять типов:

1) нет никакого смысла жизни, либо он недоступен человеческому познанию;

2) «смысл жизни в самой жизни» (но это не ответ, а уход от ответа на вопрос путем пустой тавтологии);

3) смысл в том, чтобы посадить дерево, построить дом, вырастить детей и т.д. Такое решение проблемы смысла жизни на уровне расхожего обывательского сознания в этическом смысле не плохое, но оно не отвечает на принципиальный вопрос, в чем конечный смысл жизни.

4) конечного смысла нет, но есть земное счастье и его нужно получать как можно больше

5) смысл жизни определен в религиозных учениях: а) смысл жизни в пути к жизни после смерти (иудаизм, христианство, ислам); б) смысл жизни в избавлении от страданий путем достижения нирваны (буддизм).

Смысл человеческой жизни, с точки зрения биологии как науки, наиболее близкой к проблеме «человек» после философии – продолжение рода.

Смысл жизни при предельно простом понимании есть конечная цель жизни.

1. Цель жизни по отношению к телу – удовлетворение его физических потребностей (пища, тепло, свет, транспорт).

2. Цель жизни по отношению к интеллекту – удовлетворение его знаниями.

3. Цель жизни по отношению к творческому началу – создание человеком искусственного мира материальных и идеальных объектов, доставляющих так называемое творческое удовлетворение.

4. Цель жизни по отношению к душе – удовлетворение ее положительными чувствами (любовь, дружба, красота, добро).

5. Цель жизни по отношению к духу – обретение единства с высшей гармонией мира, Абсолютным Бытием, Богом.

Проблема критериев смерти человека. Смерть мозга

Примерно до 70-х гг. XX в. смерть понималась как полное и необратимое прекращение таких жизненно важных функций организма, как дыхание и кровообращение.

Но развитие медицины, прежде всего реаниматологии, привело к радикальному расширению возможностей искусственной поддержки жизненных функций.

Это изменило и представления о наступлении смерти.

Критерии смерти – это признаки, по которым можно определить окончательную степень прекращения жизненно важных функций и наступление смерти организма.

Помимо традиционного критерия (необратимая остановка дыхания и кровообращения), в медицине появился и такой новый критерий, как смерть мозга.

Проблема отказа от лечебных мероприятий

В эпоху высоких технологий возникли такие ситуации, когда можно искусственно поддерживать жизнь организма без надежды привести его в сознание и вернуть к нормальной жизни.

Было немало случаев необоснованно долгой и бесполезной реанимации, некоторые из них приобрели широкую известность.

В итоге появилось даже такое понятие, как «право на достойную смерть».

Продолжаются споры по поводу того, как далеко могут и должны простираются реанимационные мероприятия, когда их можно прекращать (или не начинать), кто должен принимать решения об этом и какими правами обладает сам пациент.

Вегетативное состояние

Одной из сложных проблем реаниматологии является так называемое вегетативное состояние, при котором смерти мозга нет, однако, по всей видимости, утрачена возможность человека прийти в сознание.

При этом жизнь организма при некотором относительно небольшом объеме постоянной помощи (в том числе адекватном парентеральном питании и уходе) продолжается.

Если признать такой организм мертвым, то это противоречит очевидному.

Проблема эвтаназии

Эвтаназия – одна из наиболее обсуждаемых проблем в современной биоэтике. Слово «эвтаназия» означает «легкая», или «благая», смерть (от греч. *eu* – благой, благородный и *thanatos* – смерть).

Термин был предложен известным английским философом Ф. Бэконом. Сам Бэкон понимал эвтаназию в смысле обеспечения адекватного ухода за умирающим, ближе к современному понятию паллиативной помощи.

Имеются аргументы как в защиту, так и против эвтаназии. Среди основ-

ных аргументов в защиту эвтаназии можно назвать следующие.

1. Человеку должно быть предоставлено право на самоопределение, в том числе он должен иметь право сам выбирать, продолжать ли ему жизнь или прекратить ее. Если человек страдает от неизлечимого заболевания и не хочет больше жить, медики не вправе препятствовать ему.

2. Право страдающего человека избавить от страданий близких.

3. Аргумент качества жизни

Некоторые аргументы против эвтаназии.

1. Недопустимость с точки зрения фундаментальных ценностей врачевания.

2. Аргумент скользкого склона (англ. slippery slope) – означает возможность злоупотребления какой-либо легализованной медицинской практикой (например, эвтаназией, стерилизацией и т.п.)

3. Эвтаназия как антистимул для развития медицинской науки и практики.

В подавляющем большинстве стран эвтаназия запрещена (в том числе в России – ст. 45 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В нескольких, очень немногих странах она разрешена (например, в Нидерландах), но ее применение строго регламентируется законом с целью исключения ошибок и злоупотреблений.

Паллиативная помощь

Паллиативная помощь и хосписное движение часто рассматривают в качестве альтернативы эвтаназии. В докладе Комитета ВОЗ по обезболиванию при раке (1989) было заявлено, что медицинскому сообществу следует развивать программу паллиативного лечения, а не вовлекаться в борьбу за легализацию эвтаназии.

Венецианская декларация ВМА о терминальном состоянии (1983) расценивает эвтаназию как неэтичную и устанавливает, что врач обязан облегчать страдания пациента, в том числе даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

Паллиативная помощь – вид медицинской помощи неизлечимым (терминальным) больным, направленный на облегчение болевого синдрома и других страданий, сопутствующих умиранию, а также на максимально возможное улучшение качества жизни в таких ситуациях, включает комплексную помощь медицинского, социального, психологического характера.

Хосписное движение стало развиваться в мире в последнюю треть XX в. (первый современный хоспис появился в Великобритании в 1967 г., в России – в 1990 г.). Хосписные службы – это специализированные учреждения, оказывающие комплексную помощь больным в терминальной стадии заболеваний.

Моральные проблемы трансплантации органов и тканей

Развитие трансплантологии чрезвычайно расширило возможности меди-

цины и спасло жизни многим людям.

Ключевым событием для рождения современной трансплантологии считается 1967 г., когда южноафриканский врач Кристиан Бернارد произвел первую в мире успешную пересадку сердца человеку.

После этого трансплантология вступила в эпоху стремительного развития, освоив множество сложных операций и новые возможности сопутствующей иммунологической терапии (с введением в практику иммуносупрессоров с начала 1980-х гг.).

Сегодня в мире производятся десятки тысяч операций по пересадке органов. Новейшие достижения трансплантологии связаны с успешной пересадкой уже целых комплексов органов и тканей.

Однако прогресс трансплантационной медицины сопровождается ростом правовых и этических проблем, для решения которых требуются совместные усилия специалистов в области медицины, биологии, права, этики и других дисциплин.

К основным этическим и правовым проблемам трансплантологии следует отнести проблемы:

- определения момента смерти человека;
- изъятия донорского материала (у живого донора или трупа);
- торговли человеческими органами и тканями;
- распределения дефицитных ресурсов (донорских органов и тканей);
- ксенотрансплантации и др.

Проблема определения смерти человека в трансплантологии

Изъятие здоровых органов у человека, у которого диагностирована смерть мозга, представляет собой серьезную проблему, смысл которой состоит в необходимости исключить как ошибки в определении смерти, так и различные злоупотребления.

Проблемы изъятия донорского материала

В зависимости от того, идет ли речь о заборе органов у живого донора или от умершего организма, эти проблемы различаются.

Прижизненное изъятие органов должно базироваться на следующих двух основных этических принципах:

- 1) минимизация вреда, причиняемого донору;
- 2) добровольное и информированное донорство.

Проблемы распределения донорского материала

Трансплантационная медицина сталкивается с постоянной проблемой острой нехватки донорских органов. По имеющимся оценкам, в развитых странах для пациентов до 65 лет потребность в донорском материале удовлетворена только на 5-6%, причем эта потребность непрерывно растет.

Проблема торговли человеческими органами и тканями

Эта проблема является продолжением и следствием проблемы острого дефицита донорского материала. Международные документы запрещают

продажу органов для пересадки. В частности, об этом говорят Декларация ВМА о трансплантации человеческих органов (1987) (п. 8) и Конвенция СЕ о правах человека и биомедицине (1997) (ст. 21).

Новая проблема трансплантологии: маргинальные органы

Дефицит донорских органов привел к тому, что для пересадки с недавнего времени стали использовать маргинальные органы (от лат. *margo* – край, граница), т.е. органы, которые не подпадают под общепринятые критерии пригодности.

Для них применяются так называемые расширительные критерии. Маргинальными считаются органы, взятые у умершего донора старше 60 лет либо у донора более 50 лет, страдавшего при жизни инсультом, гипертонией или нарушенным функционированием почек.

Это позволяет несколько уменьшить остроту проблемы дефицита донорских органов, но поднимает ряд новых моральных проблем.

Ксенотрансплантация

Пересадка органов между разными биологическими видами называется ксенотрансплантацией.

В медицине под этим термином понимается пересадка органов и тканей от животного к человеку.

Проблему дефицита органов, а также ряд других проблем развития трансплантологии (например, технические и этические сложности забора человеческих органов) можно было бы решить за счет освоения новой области – пересадки органов от животных.

Контрольные вопросы и задания:

- 1. Охарактеризуйте смысл жизни человека.*
- 2. Опишите в чем заключается качество жизни пациентов.*
- 3. Расскажите об эвтаназии.*
- 4. Обозначьте вопросы этики в онкологии и гериатрии.*
- 5. Подготовьте конспект по проблем продления жизни человека.*

Тема 3.5. Этико-правовые проблемы СПИДа

В данной теме рассматриваются моральные проблемы СПИДа и этические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией

Эпидемия ВИЧ-инфекции и СПИДа оказалась глобальным вызовом для медицинской науки и практики, для организации здравоохранения и в развитых, и в бедных странах, законодательства и биоэтики.

Само происхождение этой болезни и ее внезапное появление до сих пор окончательно не изучены наукой.

Одна из более или менее обоснованных версий происхождения ВИЧ говорит о том, что он возник в Африке из вируса иммунодефицита обезьян путем серии мутаций.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита человека; он выступает завершающей стадией развития ВИЧ-инфекции в организме.

Впервые случаи СПИДа были зарегистрированы в 1981 г. в США. Вскоре был выделен и вирус, вызывающий эту патологию.

Люди, больные СПИДом, погибают от различных тяжелых заболеваний, которые являются следствием глубоко ослабленного иммунитета.

К 80-м гг. XX в. инфекционные болезни (по крайней мере, в развитых странах) уже не представляли основной угрозы, и прорыв нового, к тому же неизлечимого заболевания, стал полной неожиданностью. Масштабы новой эпидемии поражали воображение.

К началу XXI в. ВИЧ-инфекция распространилась по всему миру, т.е. приобрела характер пандемии. Только в США, по различным оценкам, к этому времени насчитывалось около 900 тыс. инфицированных; но наиболее тяжелая ситуация в мире сложилась в странах Африки к югу от Сахары.

Проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом

К раннему этапу противодействия СПИДу можно отнести приблизительно первое десятилетие эпидемии, т.е. 80-е гг. XX в.

На этом этапе были выявлены основные особенности новой эпидемии и новые глобальные опасности, связанные с этим заболеванием.

К основным проблемам данного этапа можно отнести следующие:

1. Необходимость выработки срочных мер противодействия новому заболеванию. Повышенная тревога в обществе из-за неизвестного и неизлечимого заболевания стимулировала активный поиск мер как медицинского (поиск методов диагностики, профилактики, лечения), так и организационного содержания.

2. Осознание специфического характера ВИЧ-инфекции в связи с ее эпидемиологическими особенностями.

3. СПИДофобия. В итоге дискриминация и стигма стали постоянным спутником новой болезни. ВИЧ-инфицированные воспринимались в обществе крайне негативно.

4. Проблема обязательного тестирования на ВИЧ. С 1985г. стали доступны методы диагностики ВИЧ-инфекции в организме человека (тест на антитела).

5. Этический конфликт между интересами индивида и общества. Появление новой и неизлечимой инфекционной болезни стало фактически вызовом всей сложившейся индивидуалистической системе биоэтики с ее защитой прав пациента, уважением автономии больного, информированным добровольным согласием и др.

Защита прав ВИЧ-инфицированных

Уже на раннем этапе борьбы с ВИЧ-инфекцией на фоне продолжающихся дискуссий стала осознаваться важность защиты прав ВИЧ-инфицированных.

Усиление дискриминации, применение принудительных мер не только не смогут преодолеть эпидемию, но загонят ее вглубь, что только осложнит решение данной проблемы

На международном и национальном уровнях принимаются важнейшие документы, направленные на недопущение дискриминации и защиту прав и интересов ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Одним из важнейших документов в этой области являются Международные руководящие принципы «ВИЧ/СПИД и права человека» (Управление Верховного комиссара по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ (СПИД) (ЮНЭЙДС), 1996г., посл.редакция 2006 г.).

В этом документе рекомендованы необходимые системные меры, которые должны принять государства для защиты прав лиц с ВИЧ (СПИДом).

ВИЧ-инфицированные не должны быть отторгнутой и изолированной популяцией в обществе. Они имеют право на уважительное отношение, соблюдение всех прав пациента, а также доступ к медицинской помощи.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию должно проводиться добровольно, за исключением четко определенных законом случаев. При добровольном исследовании также возможно, по желанию клиента, анонимное тестирование.

Недопустимо необоснованное ограничение прав ВИЧ-инфицированных, в том числе дискриминационного характера: увольнение с работы либо отказ в приеме на работу, отказ от медицинской помощи, в приеме в образовательные учреждения и т.п.

Учитывая стигматизирующий характер ВИЧ, необходимо строго соблюдать правило конфиденциальности в отношении ВИЧ-инфицированных и принимать надлежащие меры к неразглашению конфиденциальной информации.

Отдельной проблемой является доступ ВИЧ-инфицированных к качественному медицинскому лечению.

Были разработаны и внедрены в практику схемы комбинаторной терапии ВИЧ – высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ).

Эти методы позволили сдерживать развитие ВИЧ-инфекции в организме и увеличивать продолжительность и качество жизни пациентов.

Этические проблемы в связи с профессиональным риском медработников

Медицинские учреждения являются одним из источников опасности заражения ВИЧ-инфекцией.

Медработники, контактируя с пациентами (которые потенциально могут быть ВИЧ-инфицированными), оказываются, таким образом, в области профессионального риска.

В настоящее время выяснено, что риск для медработника заразиться при выполнении медицинских процедур (например, случайно поранившись во время операции, получив прямой контакт с кровью пациента и т.п.) не очень велик (по сравнению с другими путями заражения), но все же он имеется.

СПИДофобия не могла не коснуться медработников (и их вполне можно понять). Тем не менее, врач не имеет морального права отказывать в помощи ВИЧ-инфицированному.

Уроки эпидемии ВИЧ. Социальная солидарность и взаимопомощь

Прогресс в области медицинских технологий и организационных мероприятий привели к тому, что за период развития эпидемии ВИЧ многое изменилось в положительную сторону.

Стало ясно, что ВИЧ-инфицированные могут вести полноценную жизнь, быть сознательными и ответственными членами общества, не несут такой опасности, как это казалось в первые десятилетия эпидемии.

Новые методы терапии позволили значительно увеличить продолжительность и качество жизни среди ВИЧ-инфицированных.

Эпидемия ВИЧ – это проблема не столько сугубо медицинская, сколько комплексная: она включает аспекты политические, социальные, экономические, организационные, правовые, культурные и др. Это проблема общества в целом.

Одна из самых острых проблем – сохраняющееся резкое неравенство в глобальном распределении бремени эпидемии, поскольку достигнутые успехи отражают картину в основном лишь в развитых странах.

Поэтому фундаментальной этической задачей является организация помощи бедным и наиболее страдающим от ВИЧ странам со стороны развитых стран.

Наступление ВИЧ (СПИДа) ярко высветило ряд специфических проблем биоэтики в области борьбы с эпидемиями.

Сходные вопросы возникают и по поводу таких инфекционных заболеваний, как туберкулез, гепатит, новых вирусных эпидемий (например, лихорадки Эбола).

Контрольные вопросы и задания:

- 1. Опишите краткую историю проблемы СПИДа.*
- 2. Охарактеризуйте этические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией.*
- 3. Назовите меры по профилактике распространения СПИДа.*
- 4. Поясните риск заболевания СПИДом медицинских работников во время профессиональной деятельности и их социальную защиту.*

Тема 3.6. Этические проблемы экстремальных ситуаций

В данной теме рассматриваются этические и юридические проблемы экстремальных ситуаций: военные действия, катастрофы, тюремное заключение, смертная казнь, при объявлении голодовки.

Основные понятия медицины экстремальных ситуаций

Чрезвычайная ситуация – обстановка, сложившаяся на определенной территории в результате промышленной аварии, иной опасной ситуации техногенного характера, катастрофы, опасного природного явления, стихийного или иного бедствия, которые повлекли или могут повлечь за собой человеческие жертвы, причинение вреда здоровью людей или окружающей среде, значительный материальный ущерб и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Предупреждение чрезвычайных ситуаций – комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения чрезвычайных ситуаций, а также на сохранение здоровья людей, снижение размеров вреда, причиненного окружающей среде, и материального ущерба в случае их возникновения.

Предупреждение социально-политических, межнациональных конфликтов и массовых беспорядков и меры по их урегулированию в сферу действия медицины экстремальных ситуаций не входят.

Зона чрезвычайной ситуации – территория, на которой возникла чрезвычайная ситуация.

Ликвидация чрезвычайных ситуаций – аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении чрезвычайных ситуаций и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров вреда, причиненного окружающей среде, и материального ущерба, а также на локализацию зон чрезвычайных ситуаций.

Мониторинг и прогнозирование чрезвычайных ситуаций – своевременное определение вероятности угроз возникновения чрезвычайных ситуаций с отражением их возникновения и развития на основе анализа возможных причин и источников их возникновения в прошлом и настоящем.

Структура государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций

Построение ГСЧС осуществляется по территориальному и отраслевому принципам. ГСЧС образуют:

- территориальные подсистемы;
- отраслевые подсистемы.

Территориальные подсистемы ГСЧС создаются органами государственного управления административных территорий, соответствующих принятому в республике административно-территориальному делению:

- республиканский (охватывает территорию республики);
- территориальный (охватывает территорию областей);

- местный (охватывает территорию района, города, района в городе);
- объектовый (охватывает территорию конкретной организации).

Отраслевые подсистемы ГСЧС создаются отраслевыми министерствами для организации и осуществления работы по защите подведомственных организаций от ЧС.

ГСЧС имеет структурные элементы:

- координирующие органы;
- органы управления;
- система мониторинга и прогнозирования ЧС;
- силы и средства ликвидации последствий ЧС;
- системы связи и информационного обеспечения;
- резервы материальных и финансовых средств.

Координирующими органами являются комиссии по ЧС органов управления административных территорий и объектов.

Органами управления являются структурные подразделения МЧС, соответствующих территориальных уровней, структурные подразделения (отделы, секторы) по ЧС органов территориального управления всех уровней и организаций.

Силы ликвидации чрезвычайных ситуаций состоят из формирований:

- МЧС;
- гражданской обороны;
- экстренной медицинской помощи;
- фито- и ветеринарной защиты;
- аварийно-спасательных министерств и ведомств;
- аварийно-спасательных территориальных и объектовых.

Аварийно-спасательные формирования должны иметь материально-технические ресурсы, обеспечивающие работу в автономном режиме в течение не менее трех суток.

Кроме того, по плану взаимодействия для ликвидации чрезвычайных ситуаций в установленном порядке могут привлекаться силы и средства Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований.

К средствам ликвидации ЧС относятся специальные средства, предназначенные для проведения аварийно-спасательных работ, в том числе средства связи, аварийно-спасательная техника и оборудование, инструменты, средства индивидуальной защиты, информационные базы данных.

Система мониторинга и прогнозирования предназначена для наблюдения за опасностями, оценки рисков, и является основой для принятия оперативных управленческих решений по предотвращению, повышению устойчивости территорий к опасностям и ликвидации катастроф на всех уровнях.

Задачи государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций

Государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций объединяет орган государственного управления, осуществляющий

управление в сфере предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, обеспечения пожарной, промышленной и радиационной безопасности, гражданской обороны (орган государственного управления по чрезвычайным ситуациям), другие республиканские органы государственного управления, иные государственные организации, подчиненные Совету Министров, местные исполнительные и распорядительные органы, другие организации, в полномочия которых входит решение вопросов по защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

На ГСЧС возложены следующие задачи:

1. предупреждение чрезвычайных ситуаций:

- разработка и реализация нормативных актов по обеспечению защиты в ЧС;
- осуществление программ, направленных на предупреждение катастроф и повышение устойчивости к опасностям;
- осуществление государственной экспертизы, надзора и контроля за опасностями и угрозами;
- сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от опасностей;

2. подготовки к возможным чрезвычайным ситуациям:

- прогнозирование социально-экономических последствий ЧС;
- обеспечение готовности к действиям органов управления, сил и средств, предназначенных и выделяемых для предупреждения и ликвидации ЧС;
- создание резервов финансовых и материальных ресурсов для ликвидации ЧС;
- подготовка населения к действиям в ЧС;

3. ликвидация возникших ЧС:

- осуществление мероприятий по социальной защите населения пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций;
- реализация прав и обязанностей населения в области защиты от ЧС, а также лиц, непосредственно участвующих в их ликвидации;
- международное сотрудничество в области защиты населения и территорий от ЧС.

Главные особенности военной медицины проявляются в *военное время*.

С медицинской точки зрения война характеризуется появлением большого количества больных и раненых. Н.И. Пирогов говорил, что война – это травматическая эпидемия.

В данном контексте слово «эпидемия» обозначает появление большого количества травм.

Катастрофами с медицинской точки зрения последнее время называют события, когда медицинские службы не справляются с оказанием помощи.

Для каждого конкретного человека катастрофой может быть его любое заболевание.

Но с медицинской точки зрения катастрофой является событие, когда количество больных и раненых значительно больше, чем можно лечить.

Оказание помощи в условиях катастроф.

Принципы оказания медицинской помощи военного времени применительно к катастрофам не применялись до самых последних лет.

Только в 80-е годы ВМА признала, при землетрясениях и других катастрофах мирного времени точно также должны применяться принципы медицинской сортировке .

Точно так же должны выделяться группы пораженных:

- 1) которым нужно оказывать помощь сейчас
- 2) которым можно помощь отложить
- 3) которым мы сейчас помочь не можем

Так же выделяется категория людей, которым нужно оказать помощь при легких ранениях в первую очередь – это спасатели, потому что в состоянии катастрофы они быстро смогут вернуться к развалинам и продолжать извлечение раненных из под обломков.

Медицина и пенитенциарная система.

Пенитенциарные (исправительные, тюремные) учреждения создаются обществом для защиты от людей признанных виновными в преступлениях или ожидающих суда.

В действительности, среди них есть немало невиновных, и даже виновные остаются людьми, сохраняют свой человеческие права.

Поэтому медицинские работники обязаны относиться к своим пациентам – заключенным, как к прочим пациентам, и помнить о том, что люди в тюрьме (полицейском участке, лагере) обычно являются объектами жестокого, негуманного обращения, от которого их некому защитить.

Главным шагом к моральной медицинской практике в тюрьмах является создание медицинских структур, независимых от начальника тюрьмы, руководства пенитенциарной системы.

Смертная казнь

Смертная казнь в России отражена в Конституции РФ в качестве вида наказания, но не может быть применена на основании запрещающих нормативно-правовых актов.

На казнь действует мораторий.

Допустимым является только одно: врач имеет право засвидетельствовать смерть и выписать справку о смерти.

Контрольные вопросы и задания:

1. *Охарактеризуйте структуру государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.*
2. *Назовите основные понятия медицины экстремальных ситуаций.*
3. *Поясните в чем заключаются этические проблемы экстремальных ситуаций.*
4. *Опишите особенности оказания медицинской помощи в пенитенциарной системе.*
5. *Составьте конспект по организации медицинской помощи в экстренной ситуации.*

Тема 3.7. Этика в психиатрии и психотерапии

В данной теме рассматриваются особенности психиатрии и психотерапии, как медицинских дисциплин. Раскрываются вопросы защиты законных прав и интересов душевнобольных.

История отношения к душевнобольным

На протяжении долгого времени в обществе преобладало отрицательное, враждебное отношение к душевнобольным.

Общество их всячески отвергало и боролось с ними. Их изгоняли из городов, обрекали на нищету и бродяжничество или же изолировали в специальных учреждениях тюремного типа.

Лечение душевнобольных, за редким исключением, практиковалось крайне жестокое: их сажали на цепи, подвергали голоду и побоям, использовали всевозможные мучительные «лечебные приемы», по сути представлявшие собой физические и нравственные истязания.

Великим реформатором психиатрии является французский врач Филипп Пинель (1755-1826), который вскоре после начала

Великой французской революции провел медико-социальную реформу (1793): он снял цепи с больных, вызволил их из ужасных условий и выступил за радикально новое гуманное отношение к душевнобольному человеку.

Еще одной огромной проблемой психиатрии было отсутствие сколько-нибудь убедительных средств лечения.

Эволюция психотропных препаратов начинается с первых барбитуратов, которые стали использоваться с 1903 г.

Однако они создавали высокую лекарственную зависимость для пациентов, поэтому в психофармакологии шел постоянный поиск более благоприятных лекарств.

Прогресс в этой области ускорился с середины XX в., начиная с случайного обнаружения Дж Кейдом лечебных эффектов лития (1949). С 1950-х гг. появляются новые препараты, способные эффективно воздействовать на психопатологические состояния, что дало возможность медикаментозного вмешательства при шизофрении и иных серьезных психических заболеваниях.

Уязвимость психических больных

Одно из важнейших отличий психиатрии от других медицинских областей – то, что ее пациенты являются высоко уязвимой группой.

Психическое расстройство само по себе делает человека беззащитным среди окружающих, на это накладывается также многовековой негативный стереотип восприятия таких людей в обществе.

Защита прав лиц с психическими расстройствами

На международном уровне принят ряд основополагающих документов по охране психического здоровья:

- Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц (1971);
- Принципы по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (ООН, 1991);
- Мадридская декларация Всемирной психиатрической ассоциации (1996);
- Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов (ВОЗ, 1996);
- Руководящие принципы по поощрению прав лиц, страдающих психическими расстройствами (ВОЗ, 1996);
- Рекомендация 1235 по психиатрии и правам человека (ПАСЕ, 1994);
- Рекомендация № 10 Комитета министров Совета Европы «Относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами» (2004).

В отношении этического и правового регулирования психиатрической помощи и защиты прав лиц с психическими расстройствами требуется более широкий контекст, чем просто обеспечение надлежащей медицинской помощи.

Особенности клинической этики в работе психиатра

Специфика психиатрической этики тесно связана с особым характером психических заболеваний и психиатрической помощи.

Уже сам поставленный диагноз психической болезни может принести пациенту значительный вред. Помня об этом, психиатр должен особенно тщательно проводить обоснование диагноза.

Отдельной проблемой является сообщение пациенту о его диагнозе. Это необходимо делать в деликатной форме, максимально ограждая пациента от причинения ятрогенного вреда.

Этика в психиатрии

Психиатрическая этика занимается моральными аспектами психиатрической помощи и защиты прав душевнобольных.

Люди, страдающие психическими заболеваниями и расстройствами, – очень уязвимая группа.

Их права нарушаются особенно часто и легко, даже в развитых странах.

Исторически сложилось так, что общество в первую очередь старалось обезопасить себя от лиц с психической патологией, изолировать их от общества, а не обеспечить им необходимую помощь и заботу.

Психотерапия (от др.греч. ψυχή – «душа», «дух» + θεραπεῖα – «лечение», «оздоровление», «лекарство») – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека.

Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т.п.).

Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путём

установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путём бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик.

Однако такое определение не является полным. Следует отличать понятие психотерапии как от психиатрии, так и от психологии.

Психотерапия может быть разновидностью или составляющей частью психиатрического лечения (и описываться в учебниках по психиатрии, рекомендоваться психиатрам для использования), но психиатрическое лечение часто ею не ограничивается (либо, в отдельных случаях, например при острых психозах, вообще может сводиться лишь к медикаментозному лечению).

Психолог тоже может быть психотерапевтом (например, прослушав курсы и получив соответствующую квалификацию).

Впервые термин «психотерапия» введен в конце XIX века английским врачом Дэниэлом Хаком Тьюком (англ. *Tuke, Daniel Hack*).

В опубликованной им в 1872 году книге «Иллюстрация влияния разума на тело» (англ. *Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body*) одна из глав названа «Психотерапия» (англ. *Psychotherapeutics*).

Этим словом называлось терапевтическое действие, которое дух пациента мог иметь в отношении тела пациента благодаря влиянию врача.

Клиническая (медицинская) психотерапия – направление психотерапии (часть медицины), основанное на материалистическом подходе, где биологическому фактору развития заболевания отводится определяющая роль, соответственно лечение осуществляется с учетом клинической картины, дифференциальной диагностики, продуманной системы показаний-противопоказаний.

К методам клинической психотерапии относят: гипноз; прогрессивную мышечную релаксацию Джекобсона, аутогенную тренировку Шульца, рациональную психотерапию Дюбуа; терапию подростковых акцентуаций А.Е. Личко; методы поведенческой психотерапии: сочетательно-рефлекторная терапия В.М. Бехтерева и метод угашения условной связи А.М. Свядоща; клиническую психотерапию соматических и сексуальных расстройств, неврозов и др., также к методам клинической психотерапии можно отнести технологию биологической обратной связи (БОС) и метод десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ).

Клинический подход в целом объединяет в себе традиции классической психиатрии, позволяет решать проблемы диагностики и реабилитации пациентов, направлен на активацию их потенциальных резервов в адаптации и приспособлении.

Слово «психотерапевт» часто используется в разных смыслах.

Так, приказ Минздрава определяет специальность «врач-психотерапевт».

Это лицо с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», получивший подготовку по специальности «психиатрия» и дальнейшую подготовку по психотерапии.

Для краткости их часто и называют просто «психотерапевт».

Этические принципы

Этика является одним из важных принципов регуляции психотерапевтического процесса.

Согласно Этическим положениям Европейской ассоциации психотерапии, действующим с 1995 г., «психотерапия является особой научной профессией.

Она имеет дело с диагностированием, комплексным, научно обоснованным и спланированным лечением расстройств поведения или болезней психосоциального или психосоматического происхождения с помощью научных и психотерапевтических методов.

Психотерапевтический процесс базируется на взаимодействии между одним или несколькими пациентами/клиентами и одним или несколькими психотерапевтами с целью способствования позитивным изменениям и дальнейшего развития».

Психотерапевт обязан ответственно выполнять свой профессиональный долг.

Перечислим некоторые этические принципы из указанного положения.

1. Профессиональная компетентность. Психотерапевты обязаны вести практику компетентно и с соблюдением этических требований. Они обязаны следить за научными достижениями и развитием психотерапии. Для этого практикующие специалисты нуждаются в постоянном профессиональном усовершенствовании. Психотерапевты обязаны ограничить свою практику теми областями и методами лечения, в которых может быть доказано получение ими достаточных и подтвержденных знаний и опыта.

2. Конфиденциальность. Психотерапевтов, а также весь вспомогательный персонал обязывает принцип конфиденциальности относительно всей информации, полученной во время психотерапевтической практики.

3. Рамки психотерапевтической деятельности. Перед началом психотерапевтического лечения психотерапевты обязаны ознакомить пациента/клиента с его правами, сделав акцент на следующем: Пациенту/клиенту должна быть предоставлена возможность решать, хочет ли он приобщаться к психотерапевтической процедуре и если да, то с кем.

4. Психотерапевты обязаны действовать ответственно, принимая во внимание специфическую природу психотерапевтических отношений, которые строятся на доверии и определенной степени зависимости; злоупотребление доверием расценивается как пренебрежение профессиональными обязанностями психотерапевта по отношению к пациенту/клиенту, удовлетворение собственных интересов – сексуальных, эмоциональных, социальных или финансовых.

5. Реальная/объективная и правдивая информация. Информация, которая предоставляется пациенту/клиенту должна быть реальной/объективной и правдивой. Какие-либо заведомо ложные или дезинформирующие заявления недопустимы.

6. Профессиональные отношения с коллегами. Психотерапевты, если это необходимо, обязаны сотрудничать с представителями других специальностей

для блага пациента/клиента.

7. Психотерапевтические исследования. В интересах научно-теоретического развития психотерапии, а также изучения ее эффективности психотерапевты должны принимать участие в соответствующих исследовательских проектах

Контрольные вопросы и задания:

- 1. Опишите историческое развитие и этические особенности психиатрии.*
- 2. Перечислите основополагающие документы по охране психического здоровья.*
- 3. Назовите отличительные особенности психиатрии и психотерапии.*
- 4. Этические принципы в психотерапии и психиатрии.*

Задания:

1. Адвокация прав душевнобольных. В правозащитную организацию поступает сообщение от представителей пациентов, страдающих психическими расстройствами. Представители сообщают, что в психиатрическом стационаре N района имеет место жестокое обращение с больными, применение недопустимых и бесчеловечных средств воздействия на пациентов, систематическое нарушение их прав.

Представьте, что вы участвуете в работе этой правозащитной организации. Как должна поступить правозащитная организация, куда обратиться, какие предпринять действия и т.п.?

Соберите из доступных источников необходимую информацию о способах защиты прав душевнобольных. Продумайте, какими возможностями обладает правозащитная организация в данной ситуации. Разработайте план грамотных, отвечающих закону действий правозащитной организации в подобной ситуации.

Результаты своей работы изложите в виде доклада.

2. В биоэтической литературе можно встретить точку зрения, согласно которой для психиатрической этики, учитывая особый характер психической патологии и специфику оказания психиатрической помощи, наиболее адекватными являются такие этические концепции, как этика добродетелей или этика заботы. Утверждается также, что именно эти моральные теории лучше всего проясняют смысл психиатрической помощи и поэтому должны служить теоретической основой для развития психиатрической этики как отдельной области биомедицинской этики.

Согласны ли вы с данной точкой зрения? Обоснуйте. В чем состоит особый характер психиатрической помощи и взаимоотношений врача и пациента?

Международные документы по биоэтике

В процессе развития биоэтика приобрела влиятельный международный статус, что выразилось в создании множества международных структур и организаций, проведении международных конференций и исследований, а также в принятии ряда важнейших международных документов, посвященных различным проблемам биоэтики.

Среди важнейших международных биоэтических документов следует назвать следующие:

- Нюрнбергский кодекс (1947);
- Женевская декларация (международная клятва врача) (ВМА, 1948);
- Международный кодекс медицинской этики (ВМА, 1949);
- Хельсинкская декларация (ВМА, принята в 1964 г., посл.ред.2013 г.);
- Лиссабонская декларация о правах пациентов (ВМА, 1981);
- Декларация по продвижению прав пациентов в Европе (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 1994);
- Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» (1997); полное название – «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины» (с последующими дополнительными протоколами);
- Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (ЮНЕСКО, 1997);
- Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000);
- Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005);
- Рекомендации Совета Европы относительно исследований, проводимых на биологических материалах человеческого происхождения (2006).

Из международных документов о проблемах терминальных состояний

1. «В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами. Исключения из данного принципа не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств. Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца. Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания» (из Венецианской декларации о терминальном состоянии (ВМА, 1983)).

2. «Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, неэтична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания» (Декларация об эвтаназии (ВМА, 1987)).

Деонтология и врачебная этика в стоматологии

Медицинская деонтология (учение о должном; от греч. *deon, deontos* – долг, должное; *logos* – учение) – это учение о моральном, эстетическом и интеллектуальном облике врача, совокупность морально-этических и нравственных норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, способствующее созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

Соблюдение врачами-стоматологами этико-деонтологических норм и правил имеет важное значение в их профессиональной деятельности. Это связано с рядом особенностей стоматологии как раздела научной и практической медицины.

Во-первых, у многих пациентов посещение стоматолога вызывает значительное психоэмоциональное напряжение. Это связано со страхом пациента перед ожидаемой болью и предстоящими манипуляциями врача. Многие люди не переносят звука работающей бормашины, ультразвука и других воздействий на организм. Поэтому важнейший принцип стоматологической деонтологии – *безболезненность всех лечебных и диагностических манипуляций*.

Во-вторых, важнейшим лечебным средством является *слово врача*, его чуткое, внимательное отношение к пациенту.

В-третьих, доверие к врачу вызывает его *опрятная внешность, непоказное дружелюбие, уравновешенность характера, умение выслушать больного, участие и понимание его проблем*.

В-четвертых, при общении с пациентом важно учитывать особенности его характера.

В-пятых, еще одна проблема, имеющая деонтологический аспект, – *взаимоотношения стоматолога со специалистами других областей медицины*.

В-шестых, в современных условиях, с одной стороны, произошел значительный скачок в качестве оказания стоматологической помощи пациентам, а с другой – значительное место в практической стоматологии занимают *платные услуги*.

Пациент должен получить эффективную и качественную медицинскую помощь, а врач – добросовестно заработанный профессиональный гонорар.

В-седьмых, важным деонтологическим аспектом является *санитарно-просветительская работа врача*.

Деонтология в клинике ортопедической стоматологии

Учитывая множество направлений современной медицины, создающих деонтологические ситуации, специфичные для различных медицинских специальностей, общие принципы врачебной этики и деонтологии всякий раз преломляются через призму конкретной деятельности врача, среднего медработника.

С момента обращения пациента в учреждение, в организации приема, диагностическом и лечебном процессе принимают участие не только врач, но и медицинские сестры, зубные техники, санитарки, работники регистратуры и другие сотрудники учреждения, поэтому каждый участок этой цепочки работников должен соблюдать принципы деонтологии при выполнении своих непосредственных обязанностей.

От правильного выполнения каждым сотрудником своих функциональных обязанностей складывается мнение об учреждении в целом, что сегодня важно, как никогда, учитывая, что страховая медицина дает возможность выбора не только медицинского учреждения, но и «своего лечащего врача».

Большое значение имеет обращение к больному по имени, отчеству. Это наилучший способ налаживания контакта с больным, он показывает, что пациента воспринимают как индивидуальность.

Пациенты уважают организованных, дисциплинированных врачей, вовремя выполняющих лечебные мероприятия, оказывающих им внимание. Пациент может простить врачу даже допущенную ошибку при лечении, но никогда не простит равнодушия, грубости..

В изменившихся экономических условиях все большее значение приобретает профессиональная организация управления стоматологической практикой, уровень профессионального мастерства и соблюдение этических норм.

Ортопеду-стоматологу приходится работать с людьми, имеющими дефекты жевательного аппарата, что нарушает эстетику и создает у пациента психологическую напряженность, такие пациенты, в особенности молодые, тяжело переживают свои недостатки, чрезвычайно остро реагируют на невнимательность и бестактность, а тем более на погрешность в профессиональных действиях врача-ортопеда.

Поэтому врач ортопед должен серьезно отнестись к проблемам и опасениям пациента. Исходя из клинической картины, особенностей личности пациента, общего состояния его здоровья, технических возможностей клиники, врач рекомендует тот или иной вид протеза.

Для этого необходимо иметь различные демонстрационные средства, включая информационные бюллетени, музейные экспонаты и т. п. Это помогает больному создать четкое представление о протезе, позволяет врачу избегать многих недоразумений.

Важным деонтологическим фактором в работе врача-ортопеда является целенаправленное использование медикаментозных средств с целью снятия у пациента психического напряжения, устранения боли при препарировании зубов.

После снятия старых мостовидных протезов, как правило, приходится проводить дополнительное препарирование опорных зубов.

Врач в тактичной форме должен объяснить необходимость этой процедуры, как результата атрофии альвеолярных отростков.

При одновременном множественном удалении зубов необходимо шире применять непосредственное протезирование, что значительно ускорит восстановление у пациента эстетического и функционального оптимума.

При наложении любого протеза следует обязательно научить пациента правилам пользования протезами, в особенности съёмными. Надо наблюдать за пациентом до полной его адаптации к протезам, проводя коррекцию протеза.

Особую роль среди деонтологических факторов занимает фактор воздействия на психику больного обстановки, в которой ведется прием, внешний вид кабинета не должен вызывать отрицательных реакций у больного, на рабочем столике не должно быть использованных лотков с остатками гипса, старыми протезами, окровавленных тампонов и т. д., поскольку они пугают больного.

Говоря о зубных техниках, их взаимоотношении с врачом и косвенно с пациентом, следует отметить следующее.

Практически зубной техник не связан с приемом больных, однако в отдельных случаях его приглашают в ортопедический кабинет, чтобы непосредственно показать неточности или технические погрешности, допущенные в работе в полости рта больного, а иногда просто посоветоваться, как лучше решить ту или другую техническую задачу. С этого времени все внимание должно быть уделено только больному.

Зубному технику необходимо сосредоточиться, чтобы выслушать вопросы врача и очень деликатно ответить на них.

Особые сложности и трудности в совместной работе врача и зубного техника возникают при изготовлении мостовидных и дуговых (бюгельных) протезов из благородных металлов, когда в результате угара металла и отходов при механической обработке (шлифовке, полировке коронок и промежуточных частей) неизбежны его потери.

Не думая о последствиях, некоторые техники уделяют минимум внимания шлифовке таких протезов и полировке необработанных поверхностей.

Экономия материала или потеря его при этом незначительны, а неблагоприятные клинические результаты совершенно очевидны.

На необработанных механически и неотполированных со всей тщательностью поверхностях мостовидных и бюгельных протезов быстро накапливаются гомогенаты из пищевых остатков, бактерий (в том числе и болезнетворных), осадений из ротовой жидкости, и т.п.

Это приводит к развитию воспалительных и дегенеративных процессов в слизистой оболочке полости рта, соприкасающейся с этими протезами, и, в конечном счете, к снятию мостовидных протезов или коронок.

Как известно, в настоящее время в стране изготавливается несколько миллионов съёмных протезов, причем сроки их службы в известной мере ограничены.

Поэтому, если в лаборатории допускаются хотя бы малейшие нарушения, например, технологии полимеризации, то это сразу же сказывается и в клинике.

Врачам приходится прикладывать немало усилий, чтобы выяснить истинные причины возникновения и развития разнообразных болезненных изменений в полости рта, причин головных болей и плохого общего самочувствия пациентов и т.п. Из всего изложенного видно, насколько строго должны соблюдаться принципы деонтологии в зуботехническом производстве.

Роль гигиениста стоматологического

Стоматологический гигиенист играет важную роль в снижении распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний среди населения.

Он помогает пациенту малозатратными профилактическими мерами устранить или ослабить воздействие основных факторов риска самых распространенных стоматологических заболеваний через пропаганду тщательного ухода за полостью рта, рекомендаций по питанию и использованию фторидов в порядке само- и взаимопомощи.

Первичная профилактика в настоящее время трактуется как система государственных, воспитательных, социальных, санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на устранение или ослабление основных, самых главных и управляемых факторов риска стоматологических заболеваний.

Профилактика стоматологических заболеваний – это предупреждение возникновения и развития заболеваний полости рта.

Внедрение программ профилактики приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом возрасте и возрастанию количества детей и подростков с интактными зубами

Методы профилактики основных стоматологических заболеваний:

- 1) стоматологическое просвещение населения;
- 2) обучение правилам рационального питания;
- 3) обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта;
- 4) эндогенное использование препаратов фтора;
- 5) применение средств местной профилактики;
- 6) вторичная профилактика (санация полости рта).

В России в 2001 году была введена в номенклатуру медицинских специальностей новая специальность «Стоматология профилактическая» с квалификацией специалиста «гигиенист стоматологический».

Местами работы гигиениста являются: стоматологические амбулаторно-поликлинические учреждения для детей и взрослых; стоматологические отделения и кабинеты лечебно-профилактических учреждений; учреждения социальной защиты населения и образования; санаторно-курортные учреждения (приказ МЗ РФ № 33,2001).

Максимально эффективной является работа гигиениста стоматологического в организованных детских коллективах, так как проводимые им групповые методы профилактики стоматологических заболеваний наиболее широко охватывают население.

Биоэтические аспекты в стоматологии

Медицинские работники, оказывающие стоматологическую помощь должны знать, что врач-стоматолог – это профессионал, владеющий специальными знаниями и умениями для практического осуществления диагностики, лечения и предупреждения болезней зубов, полости рта и челюстно-лицевой области в целом.

Профессиональную деятельность врача-стоматолога подразделяют на следующие сферы: общемедицинскую, специальную; социальную, учебно-исследовательскую.

Выделяют следующие функции врача-стоматолога, которые наиболее часто вызывают *профессионально-этические проблемы*:

- диагностика болезней твердых тканей зубов;
- обезболивание;
- препарирование кариозных полостей;
- эндодонтическое лечение;
- профессиональная гигиена;
- медикаментозное лечение

Одним из них является обезболивание одна из наиболее важных функций стоматолога, так как любые манипуляции, связанные с ощущением пациентом боли, негуманны. Поэтому проблему обезболивания принято считать профессионально-этической проблемой в стоматологии.

Выполнение препарирования кариозной полости составляет основную часть всего рабочего времени стоматолога-терапевта.

В основе возникновения возможных этических проблем при препарировании лежат следующие неправильные действия врача: болезненное препарирование, перегревание тканей зуба, травма органов и тканей полости рта, «случайное» вскрытие полости зуба, разрушение структур зуба, недостаточное препарирование.

Большинство этических проблем, связанных с функцией пломбирования стоматолога, возникает в связи с постановкой пломб.

Эндодонтическое лечение представляет собой наиболее трудную функцию врача-стоматолога на терапевтическом приеме.

К сожалению, на данный момент далеко не все стоматологи в совершенстве владеют методами эндодонтии. В этом случае профессионально-этические проблемы возникают в связи с осложнениями после эндодонтических процедур.

Профессиональная гигиена – данная функция стоматолога-терапевта подразумевает комплекс лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при лечении больных с заболеваниями периодонта. К ней следует отнести обучение пациента гигиене полости рта и инструментальное удаление зубных отложений.

Работу со средним медицинским персоналом в стоматологии необходимо организовывать так, чтобы в кабинете находилась единая лечебная бригада с общей целью – оздоровление больного. Только в таком случае будут исключены предпосылки для возникновения этических проблем по причине халатности одного из членов бригады.

Стоматологическая этика является частью медицинской этики, выступающей как раздел биоэтики (от греч. bios – жизнь и ethikos – этика, мораль, обычаи) – науки о нравственной стороне жизнедеятельности, объектом исследования которого являются морально-нравственные аспекты медицины.

Особенности биофармацевтической этики

Биофармацевтическая этика имеет свои отличительные особенности, которые определяются двойственным характером работы провизора, фармацевта.

Во-первых, провизор, фармацевт – медицинский работник, и на его профессиональную деятельность распространяются все правила биомедицинской этики, характерные также и для работы врача и среднего медработника.

Во-вторых, провизор, фармацевт занимается коммерческой деятельностью и должен ориентироваться на законы, диктуемые жизнью общества потребления. При работе с покупателем фармацевтический работник старается соблюсти биоэтический принцип «не навреди».

В своей повседневной деятельности провизор контактирует с клиентами-больными и действует в соответствии с этическими принципами медицинского работника.

При этом провизор, работающий в аптеке - в отличие от клинического провизора - выступает как последнее звено в цепи «пациент - лекарство».

Это означает, что фармацевтический работник в большинстве случаев не может принимать на себя функции консультанта, но подчинён рекомендациям лечащего врача.

Основные принципы биофармацевтической этики

Взаимоотношения провизора как медицинского и коммерческого работника и пациента / регламентируются следующими *основными положениями*:

- фармацевтический работник и пациент должны признавать и уважать мнение друг друга и избегать конфликтных ситуаций;
- пациент должен платить определённый процент от стоимости фармацевтической продукции для достижения качественного и компетентного обслуживания;
- фармацевтический работник должен в полном объёме задействовать свои профессиональные знания и навыки при работе с врачом и пациентом;
- фармацевтический работник должен учитывать мнение врача и пациента о его профессиональном уровне и степени информированности.

Одной из центральных проблем биофармацевтической этики в **настоящее время** стало формирование и совершенствование системы защиты прав потребителей лекарственных средств и других видов фармацевтической помощи.

Эта система включает в себя свод этических норм, морально-правовых принципов, имеющих как рекомендательный, так и нормативно-правовой характер.

Фармацевтическая деонтология

Профессиональная этика провизора, фармацевта должна рассматриваться в двух аспектах: аксиологическом (ценностном) и деонтологическом (т.е. в аспекте долженствования).

Кроме того, в повседневной деятельности фармацевтического работника выделяются должностной и нравственный аспекты.

С этим связаны профессиональные и психологические требования, предъявляемые к провизору; фармацевту, которые можно свести к следующим основным группам положений.

1. Провизор, фармацевт, как профессионалы должны удовлетворять следующим психологическим требованиям:

- чувствительность к различию формы, цвета, величины единиц фармацевтической продукции;
- чувствительность к человеческой речи, делающая возможным установление контакта с пациентами;
- хорошая зрительная память, от которой зависит информированность провизора и его способность быстро находить требуемый препарат;
- сосредоточенность внимания, уменьшающая вероятность ошибки;
- устойчивость внимания, позволяющая сохранять работоспособность на протяжении рабочего дня;
- хладнокровие и выдержка, позволяющие успешно разрешать конфликтные ситуации;
- эмоциональная устойчивость и уравновешенность;
- старательность и добросовестность;
- владение грамотой речи.

2. Провизор, фармацевт, как медицинский работник должны оказывать на больного психотерапевтическое воздействие:

- общая психотерапия (информация, разъяснение, успокоение, эмоциональная поддержка);
- специальная психотерапия (убеждение и внушение);
- социальная терапия (сопереживание, совместная заинтересованность в выздоровлении больного).

Биофармацевтическая этика в настоящее время находится в стадии формирования, однако основные положения, регламентирующие медицинскую и коммерческую деятельность фармацевтических работников, уже выработаны и должны являться непреложным правилом в работе провизоров.

Медицинская этика и деонтология в акушерстве и гинекологии

Особенности медицинской этики и деонтологии в акушерстве и гинекологии заключаются в том, что при лечении больных с гинекологическими заболеваниями возникает множество проблем интимно-сексуального, психологического, социального и этического характера, что существенно осложняет деятельность медицинских работников и требует специальной подготовки.

Вопросы этики и деонтологии в медицине не теряют своей актуальности и в XXI веке. В акушерстве и гинекологии они имеют свои особенности. Деонтология (от греч. deon – должное) – раздел этики, учение о проблемах морали и нравственности.

Медицинская этика и деонтология представляют собой особенности медицинской деятельности, основанной на взаимном доверии больного и медицинского работника, которому больной добровольно вверяет свое здоровье, а иногда и жизнь.

При гинекологическом обследовании совершенно естественно проявление стыдливости у женщин, и к этому психологическому явлению нужно относиться с должным уважением.

Для установления хорошего контакта с больными необходима тактичность и осторожность при беседе и обследовании. Важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу при проведении манипуляций, тем более, если врач – мужчина. Это важно в социально-психологическом аспекте.

Во время менструального периода у женщин могут возникать тянущие боли в животе, в пояснице, неприятные ощущения в области половых органов.

Генез их неясен, важная роль в их возникновении отводится вегетативно-сосудистым расстройствам.

Нередко отмечаются изменения и со стороны психики в виде повышенной раздражительности, напряженности, нервозности и даже угнетенно-подавленного настроения.

У больных, страдающих невротами и другими психопатологическими отклонениями, жалобы более многочисленны и разнообразны, иногда отмечается обострение основного заболевания (эпилептические пароксизмы).

У девочек под влиянием длительно существующих психогений (различные конфликты семейно-бытового и личного характера) могут быть дисменореи. Тяжелые психические травмы могут вызывать у женщин аменорею.

Нередко естественное наступление климакса вызывает у женщин вполне понятные психологические реакции: страх перед наступлением старости, страх потерять женственность, привлекательность и способность к супружеской жизни.

Важной проблемой в гинекологии является фригидность. Причинами ее могут быть различные факторы: личностно-психологические особенности женщины, неудовлетворенность семейной жизнью, неблагоприятные жилищные условия, мешающие нормальным супружеским отношениям, неправильная тактика мужа и т.д.

Частой причиной служит боязнь забеременеть, алкоголизм и агрессивность мужа, болезненные ощущения при половом акте и др.

Медицинские работники, достаточно хорошо знающие указанные выше особенности, могут успешно использовать эти знания при работе с больными.

При этом должны соблюдаться соответствующий такт, внимательное и доброе

отношение, располагающее к откровенности.

Нередко медицинским сестрам женщины чаще рассказывают то, чего не говорят врачу. Полученные при откровенной беседе данные способствуют более точной диагностике и выбору адекватного лечения.

Большая психотерапевтическая работа должна проводиться с женщиной перед серьезными хирургическими операциями (ампутация матки, удаление яичника и т.д.)

. Необходима оценка личностных особенностей женщины, характера семейно-супружеских отношений. После этого важна беседа с больной в плане предстоящей операции и вселение в нее уверенности в благоприятный исход. Возможность возникновения у больных психоневротических нарушений после хирургического вмешательства обязывает медицинских сестер вести длительную подготовительную работу

Важную проблему в акушерско-гинекологической практике представляет страх перед беременностью. Следует объяснить молодым женщинам, что в настоящее время имеется большое число противозачаточных средств.

Необходимо предупредить их, что возможное появление сосудисто-вегетативных побочных симптомов от приема противозачаточных таблеток (тошнота, угнетение аппетита, неприятный вкус во рту, нежелательная полнота и др.) не приводит к нарушению здоровья.

Беременность и роды являются одной из актуальных психологических проблем, возникающих на жизненном пути женщины.

Формирование убеждения в благоприятном исходе беременности, родов и дальнейшей жизни – гуманная и благородная задача врача и акушерки женской консультации и родильного дома. Боль, которая возникает в процессе родов, всегда была одной из сложных проблем акушерства. По мнению многих исследователей, причиной ее является укоренившееся представление, что роды – это обязательно сильная боль.

В нашей стране в 20-30-е годы были разработаны психотерапевтические приемы по профилактике родовых болей. Психопрофилактическая подготовка к безболезненным родам строится на принципах учения И.П. Павлова.

Основной целью при подготовке безболезненных родов является устранение опасений беременных женщин, связанных с предстоящими родами. Для этого женщинам читаются лекции, проводятся курсовые, индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах и т.д., показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Кроме того, применяются различные методы психопрофилактики: аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, суггестивная гипнотерапия.

В заключение хочется сказать, что акушерство и гинекология как область медицины требует от врачей и медицинских работников среднего звена определенных знаний не только медицинских, но и психологических, а также знаний медицинской этики и деонтологии.

Список использованной литературы

1. Балалыкин, Д.А. История и современные вопросы развития биоэтики / Д.А. Балалыкин, А. С. Киселев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты / под ред. Я. С. Яскевич, – Минск: Изд-во БГЭУ, 2007.
3. Введение в биоэтику / под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. – М.: Прогресс-Традиция, 1998.
4. Гоглова, О.О. Биомедицинская этика / О.О. Гоглова, Ю.О. Гоглова, С.В. Ерофеев. – СПб.: Питер, 2013.
5. Грандо, А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология / А.А. Грандо. – Киев, 1988.
6. Кэмпбелл, А. Медицинская этика / А. Кэмпбелл, Г. Джиллет, Г. Джонс. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
7. Лисицин, Ю.И. Медицинская этика, деонтология и биоэтика / Ю.И. Лисицин // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – № 2. – С. 7–13.
8. Лопатин, П. В. Биоэтика / П.В. Лопатин, О.В. Карташова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
9. Саперов, В.Н. Медицинская этика / В.Н. Саперов. – М.: Бином, 2014.
10. Сгречча, Э. Биоэтика / Э. Сгречча, В. Тамбоне. – М.: Изд-во Библейско-Богословского ин-та Св. Апостола Андрея, 2002.
11. Сергеев, В.В. Биоэтика / В.В. Сергеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
12. Силуянова, И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. – М.: Грантъ, 2001.
13. Ушаков Е.В. Биоэтика: учебник и практикум для вузов / Е.В. Ушаков. – М.: Издательство Юрайт, 2016. – 306 с. – Серия: Специалист
14. Хрусталева, Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья / Ю.М. Хрусталева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
15. Хрусталева, Ю.М. Основы биоэтики / Ю. М. Хрусталева, О.В. Ткаченко. – М.: Практическая медицина, 2014.
16. Этическая и правовая сторона проведения клинических исследований / И.Дж. Эммануэль [и др.]. – М.: Практическая медицина, 2013.
17. Яровинский, М. Я. Медицинская этика (биоэтика) / М.Я. Яровинский. – М.: Медицина, 2006.
18. A Companion to Bioethics / ed. by Н. Kushe, Р. Singer. – 2th ed. – Hershey: Wiley-Blackwell, 2012.
19. Beauchamp, T. L. Principles of Biomedical Ethics / T.L. Beauchamp, J.F. Childress. – 6th ed. – N. Y.: Oxford University Press, 2009.
20. DeGrazia, D. Biomedical Ethics / D. DeGrazia, Th. Mappes, J. Brand-Ballard. – 7* ed. – N.Y.: McGraw Hill, 2011.
21. Veatch, R.M. The Basics of Bioethics / R. M. Veatch. – 3rd ed. – Upper Saddle River; N.Y.: Prentice-Hall, 2011.

