

## **СОДЕРЖАНИЕ:**

Абрамова А.В. Биоэтические аспекты использования животных в медицинском образовании	8
Аброськина Е.Ю. Юридические перспективы и этические риски в страховании профессиональной ответственности врача	11
Аксенова О.Ж., Богданова О.К., Зиновьева С.Е. Код этики специалистов реабилитационного центра	14
Амосов В.А, Гузенко О.А., Бекетова Е.Н., Баскакова О.А. Этический образ современной медицинской сестры	17
Артемьева Е.Н. Организационные и этические аспекты применения биологической обратной связи	21
Бабкин Р.А., Соловьев А.Г. Этические конфликты при взаимодействии медицинских работников со специфическим социальным (религиозным) пространством	24
Балаева Т.В., Санников А.Л., Самодова О.В., Гржибовский А.М., Клоуман Э. Опыт проведения обсервационного популяционного исследования распространенности парентеральных и половых инфекций: правовые и этические аспекты денежных выплат участникам	27
Баннх Р.И. Этические аспекты спасения жизни и выхаживания экстремально недоношенных детей	30
Белова О.С., Бочарова Е.А., Парамонова М.В. Этические аспекты оказания медицинской помощи детям с отклонениями в развитии на фоне перинатального поражения головного мозга	31
Березина И.Н. Актуальные вопросы защиты прав потребителей медицинских услуг	34
Большакова Е.А., Мальцева Н.А. Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания онкологической помощи	37
Волова Т.Л. Социально-этические аспекты сохранения психического здоровья ребенка раннего возраста в условиях дома ребенка	41
Герасимова О.В., Мещерякова Т.В. Символическая трансформация аргументов за эвтаназию и ее актуальность в преподавании биоэтики	44
Григорович В.В. Проблемы реабилитации людей с болезнью Альцгеймера	48

Доника А.Д. Этический подход в профессиональном образовании специалистов медицинского профиля	50
Дубинина Н.И., Шмакова Т.Л., Веденева Н.А. Роль этики и деонтологии в процессе взаимодействия врача и пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях	52
Дубинина Н.И., Фомина А.С., Конопляная М.Н., Веденева Н.А., Валькова С.И. Особенности этических взаимоотношений врача и пациента при подозрении на злокачественное новообразование на примере работы центра женского здоровья «Белая Роза»	56
Еремина М.В. Реализация этических принципов при оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций	60
Жогал Р.А., Борисова Т.А. Особенности взаимодействия врача-дерматолога и пациентов, страдающих псориазом, на амбулаторном этапе лечения	63
Золотова А.В., Иванова З.К. Этический кодекс медицинской сестры России в деятельности ОМРАО	66
Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г. Формирование коммуникативной компетентности медицинских работников как инструмент повышения качества медицинской помощи	71
Игнатова Ю.А. Междисциплинарные взаимодействия медицинских работников при оказании помощи лицам с невротическими расстройствами	74
Карамян В.Г. Этические проблемы плода и новорожденного	76
Киворкова А.Ю. Соблюдение этических принципов в рамках научно-практической деятельности клинических психологов	82
Киселева Л.Г., Тишкова Ю.С., Гудкова Н.С., Павловская Н.В. Этические вопросы табакокурения в период беременности	84
Ковалева Е.Н., Михайлова Л.Н., Золотова А.В. Этика, деонтология и любовь к детям в работе медицинской сестры специализированного дома ребенка	88
Кожевников Е.Д., Чумакова Г.Н. Суррогатное материнство: за и против	91
Кожевникова И.С. Перспективы применения математических методов при чтении термограмм	96

Колесников Г.С., Низовцева В.А., Постникова Е.М. Взаимодействие сотрудников экстренной службы 03 и пациентов во время оказания медицинской помощи	98
Конза А.В. Особенности ЭКО в рамках суррогатного материнства	103
Кравцова Л.Н., Ившин И.В. Реализация права инвалидов на обеспечение техническими средствами реабилитации	107
Кузьмина Ю.А. Ответственность медицинских работников за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну	111
Кузьмина Ю.А. Этические дилеммы и противоречия социальной работы	116
Кургузов А.О. Информированное согласие пациента как проблема моральной ответственности	119
Лебедева О.В. Роль врача в субъективной оценке пациентом качества его жизни	122
Майленова Ф.Г. О проблемах поддержания мотивации в новой парадигме взаимоотношений врач-пациент в персонализированной медицине	124
Меньшикова М. А. Эмпирическая философия медицины А. Мол: что такое болезнь?	128
Некрасова Е.Л. Страхование ответственности медицинских работников как актуальная проблема современной медицины	131
Никитин И.Е., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В. Этические аспекты психопрофилактической работы с сотрудниками органов внутренних дел, имеющими факты суицидального поведения в анамнезе	134
Новыш О.Г. Этические проблемы в практике врача-онколога	137
Павленко П.А. Современные этические представления об основах профессионального долга в практике социальной работы	141
Павлова А.Н. Этические аспекты взаимоотношений врача и подростка	144
Плаксин В.А., Малик Л.С., Плаксина Н.Ю. Этические проблемы поддержки приемных семей Арктического региона	146
Попов М.В. К вопросу о врачебной тайне	151

Попова О.В. Индивид, дивид, персона: проблема человека в проекте персонализированной медицине	153
Прохоров Д.В., Панасик В.П., Санников А.Л., Мордовский Э.А. Этико-правовые аспекты голодовки как формы аутоагрессивного поведения осужденных, отбывающих наказание в местах лишения свободы	158
Ревако П.П., Лебедева Т.Б., Ившин И.В. Актуальные правовые аспекты врачебной деятельности	161
Ревта А.М., Цыганова О.А., Усынина А.А. «Off-label терапия» в педиатрической офтальмологии	164
Светличная Т.Г., Степанов Е.С. Отношение к эвтаназии медицинских работников и пациентов	169
Сидоренко Е.М., Клоковская Т.В., Коровина А.Г. Врач, сестра, донор: правовые и этические аспекты донорства крови	172
Сидорова Т.А. Стратегический и ситуативный подходы в формировании этических комитетов	175
Смирнова Н.Н. Этические аспекты междисциплинарного взаимодействия специалистов в наркологической сфере деятельности	179
Смирнова Е.А., Светличная Т.Г. Медикализация в повседневной жизни населения	183
Смирнова А.А. Роль и место этики и деонтологии в современных медуко-социальных направлениях медицинской помощи	185
Сокольчик В.Н. Модели взаимоотношения врач – пациент в современном обществе	188
Соловьева В.А., Соловьева Н.В., Удовенкова Л.П. Клиническое обоснование изучения липидного обмена при патологии сердечно-сосудистой системы	192
Татаева Х.С. Суррогатное материнство: вопрос этики и права	195
Тищенко П.Д. Персонализированная медицина как научный проект медицинского будущего и «социальная мнимость»	198
Ульяновская Т.Н. Этические аспекты психодиагностической работы с беременными женщинами	202

Флеглер Н.А. Вопросы этики и деонтологии в условиях профессиональной адаптации молодого врача	205
Шарыпова М.А. Этические проблемы выхаживания новорожденных с некурабельными заболеваниями	211
Шевченко С. Ю. Персонализированная медицина – между индивидуальным и закономерным	214
Шелыгина Е.А., Шелыгин К.В. Толерантность в психиатрии с точки зрения биоэтики	217
Шурундина Е.М. Правовые основы развития санитарной авиации	220
Шутова У.Ю. Этические проблемы пренатальной диагностики	223
Якубенко О.С. Этические воззрения Джереми Бентама как методологическая основа современной деонтологии	227

## ***БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖИВОТНЫХ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ***

***Абрамова А.В.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,  
Архангельск***

Обучение в медицинском ВУЗе не может эффективно развиваться без различного рода научных, лабораторных исследований, а так же экспериментов на животных. При этом постоянно продолжается дискуссия по поводу использования животных в биомедицинских исследованиях. На сторону противников экспериментов на животных встают философы, биологи, ветеринары и медики. Данный вопрос очень многогранен и по сей день не может быть решен однозначно.

В истории биоэкспериментальной медицины условно выделяются три этапа. Первый из них занимает XVII и XVIII век и оглавляется деятельностью анатома Андреаса Везалия. Анатом экспериментировал на животных без обезболивания (такие эксперименты получили название вивисекции). По поводу жестокостей вивисекции в это время общественное мнение практически не высказывалось, лишь отдельные ученые выражали свое негодование.

Второй этап приходился на XIX век. В этот период начались выступления общественности, проведение экспериментов на животных осуждалось с позиции этики. Были созданы первые организации, направленные против прекращения жестоких экспериментов. В Великобритании в 1878 году приняли первый в мире закон в защиту экспериментальных животных, который регламентировал работу с ними и предписывал использование обезболивающих препаратов.

В XX веке начался третий этап развития биоэксперимента. В 1920-х годах анатомирование животных включено в программы высшего образования в Америке и некоторых других странах. Усиливается общественное беспокойство. В 1981г. Национальная Ассоциация Учителей в Науке (NSTA - National Science Teachers Association) и Национальная Ассоциация учителей биологии (National Association of Biology Teachers) поспособствовали принятию «Кодекса практики» в довузовском образовании. Касательно проведения опытов на животных Кодекс разрешал студентам проводить только такие опыты на позвоночных животных, которые могли бы быть проведены на людях без причинения им боли или угрозы здоровью. В движении за модификацию экспериментальной науки приняли участие многие врачи. Результатом этих усилий было принятие Международных рекомендаций по проведению медико-биологических исследований с использованием животных, и Консультативный комитет Всемирной Организации Здравоохранения по медицинским научным исследованиям при Совете Ев-

ропы утвердил эти рекомендации в 1984 году. Так же в марте 1986 года в Страсбурге Советом Европы была принята «Европейская конвенция по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях».

В современной системе высшего медицинского образования биоэтика лежит в основе формирования мировоззрения будущих специалистов. При изучении различных медицинских дисциплин животные часто используются при выполнении лабораторных и практических занятий. Каждый год сотни миллионов животных во всем мире используется в экспериментах или умерщвляются при препарировании. Гуманизация обучения медицинским дисциплинам и предоставление возможности замены экспериментов на животных гуманными альтернативами, является одной из важнейших проблем биоэтики.

Общепринятый мировой стандарт в разработке гуманных альтернатив сформулирован Расселом и Берчем, что позволило в значительной степени сократить количество используемых лабораторных животных. Это концепция 3-х R:

1. сокращение количества используемых животных (reduction);
2. усовершенствование эксперимента за счет использования обезболивающих и нетравматических методов (refinement);
3. замена высокоорганизованных животных низкоорганизованными или использование альтернативных методов (replacement) [2].

Так же в ряде международных документов закреплены принципы гуманизации обращения с лабораторными животными. Так, например, статья 25 Конвенции Совета Европы говорит о том, что эксперимент не должен проводиться, если существует другой научно удовлетворяющий метод получения искомого результата, который не требует использования животного.

Альтернативы являются прогрессивными инструментами обучения, которые могут заменить использование животных, наносящее им вред. Рассмотрим несколько возможных альтернатив:

1. Фильмы и интерактивное видео могут быть использованы для дополнения практических занятий, иллюстрируют процессы, которые нуждаются в объяснении.

2. Модели, манекены и тренажеры. Модель традиционно используется как обучающее средство. Это воспроизведение животного или его отдельных органов из пластика или латекса. Похожие на живых животных манекены могут помочь тренировке таких клинических навыков, как обращение с лабораторными животными, взятие крови и интубация. Так же большую часть хирургических навыков можно отточить с помощью специальных тренажеров.

3. Мультимедийные компьютерные симуляторы. Понимание функций и структуры органов повышается при применении видео-клипов, иллюстраций и графики высокого разрешения. Широкие возможности виртуальных лабораторий позволяют моделировать процесс препарирования животных и проводить эксперименты по физиологии и фармакологии. Например, виртуальное препарирование лягушки (V-Frog). Манипулируя “мышью”, студент использует “скальпель” и проводит все манипуляции по вскрытию цифрового земноводного, изучая при этом строение, физиологию и анатомию реальной лягушки. Существующие виртуальные анатомические атласы, которые представляют различные системы и органы. Компьютер может воссоздавать не только внешние, но и механические параметры органов [1]. Обучение студентов с помощью технологий виртуальной реальности включает подготовку по всем необходимым врачу направлениям. С помощью виртуальных тренажеров врач приобретает навыки выполнения различных манипуляций, проведения операций, осуществляя взаимодействие с программой не только через графическое изображение, но и тактильную связь, чувствуя механическое воздействие на ткани и органы.

4. Трупы и ткани животных, полученные из этически допустимых источников. К этически допустимым источникам относятся трупы или ткани, полученные от животных, которые умерли естественной смертью или от несчастного случая, а также по причине эвтаназии при наличии смертельных заболеваний. В США существуют программы, способствующие передаче из ветеринарных клиник трупов животных. Хозяева животных дают согласие на использование трупа их питомца в обучении, так как знают, что спасают других животных от убийства. Поэтому общественность поддерживает эту программу и считает ее позитивной.

5. Быстрое развитие *in vitro* технологий должно способствовать тому, чтобы их изучение включат в учебные планы. Клетки и ткани животных, используемые в такой работе, можно получить из этических источников. Например, для изучения клеточного дыхания и транспорта электронов можно использовать митохондрии из картофеля или свеклы вместо печени крысы.

Из перечисленных примеров видно, что использование альтернатив возможно в анатомии, фармакологии, хирургии, физиологии. Применение в учебном процессе комбинации альтернативных подходов способствует его улучшению. Преподаватели для разработки хороших курсов дисциплин смогут выбирать лучшие средства и подходы для решения поставленных перед ними задач. Перестанет накапливаться негативный опыт традиционного подхода к обучению, состоящий, к примеру, в том, что животные являются предметом одностороннего использования. Новые подходы способствуют формированию позитивного отношения к животным и совершенствованию образовательного процесса,

а так же привнесут следующие преимущества: многократность использования (тренажеры, манекены, модели); встроенная система оценки; мультимедийная демонстрации явлений, которые сложно наблюдать в подобном эксперименте на животном.

Во всем мире набирает силу движение, которое направлено на замещение использования животных в экспериментах. Его поддержка осуществляется развитием современных технологий и эволюцией этической мысли. Применение альтернативных средств обучения принесет пользу студентам, педагогам, животным и всему процессу преподавания.

### **Литература:**

1. Кузнецова Д.В., Абрамова А.В. Возможности использования виртуальных моделей при изучении анатомии в медицинских высших учебных заведениях: Ломоносовские научные чтения студентов, аспирантов и молодых ученых – 2016: сборник материалов конференции [Электронный ресурс] / сост. Н.В.Баталова; Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В.Ломоносова. – Электронные текстовые данные. – Архангельск: ИД САФУ, 2016. - 693-698 с.
2. Мишаткина Т. Биомедицинская этика: Учебное пособие. Минск:ТетраСистемс. 2003. 320 с.

## ***ЮРИДИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ И ЭТИЧЕСКИЕ РИСКИ В СТРАХОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА*** ***Аброськина Е.Ю.***

***ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации***

Тема введения института профессиональной ответственности врача активно обсуждается средствами масс-медиа и специалистами в области медицины и права. Его необходимость обусловлена многочисленными факторами, среди которых:

- правовые пробелы в сфере оказания медицинских услуг [7, 8],
- отсутствие правовых гарантий профессиональной деятельности медицинских работников [5],
- отсутствие системы профилактики профессиональных правонарушений [4],
- отсутствие должной правовой подготовки медицинского персонала [2],
- несоблюдение норм медицинской этики [6,10],
- отсутствие знаний у населения об их гражданских правах, правах пациента [9],
- отсутствие ответственности за собственное здоровье,
- отсутствие стандартов ведения медицинской документации с учётом правовых и этических аспектов оказания медицинских услуг [8],

- вынужденное занижение объёмов медицинской помощи вследствие дефицита финансирования в системе обязательного медицинского страхования и др.

Перечисленные факторы риска неизбежно при доказанности обстоятельств приводят к гражданско-правовой ответственности медицинского работника. Очевидно, что ответственность за неблагоприятный исход лечения не должна возлагаться на врача, если он лечит пациента в соответствии с существующими правилами, стандартами, а также с соблюдением специальных правил безопасности, обусловленных профессиональной деятельностью [3].

При случайном причинении вреда для осуждения поведения нарушителя нет оснований, поэтому речь здесь должна идти не об ответственности, а об «особых правовых формах распределения случайных убытков, то есть о мерах защиты субъективных прав потерпевшего». Если врач действовал в соответствии с профессиональными обязанностями, применяя допустимые меры, объективно способствующие лечению и соответствующие уровню практики и науки, то в таких случаях ни врач, ни медицинское учреждение, в котором он работает, не отвечает «за неудачный исход операции и даже смерть. Действия врача, допустившего ошибку в постановке диагноза, при лечении из-за несовершенства медицинской науки или скрытых индивидуальных особенностей организма, нельзя считать неправомерными».

Но и пациента, уже пострадавшего от последствий неудачного лечения, оставлять наедине со своей бедой, также не представляется возможным в современных условиях развития общества и государства. На такие случаи и должна быть ориентирована система компенсации ущерба «всем существенно пострадавшим пациентам в результате неудачного лечения независимо от вины причинителя вреда». Каждый пациент, потерявший в результате лечения трудоспособность либо иначе пострадавший, вправе получить определенную компенсацию, дающую надежду на возможность восстановления состояния своего здоровья. Такое разрешение проблемы совершенствования нормативного регулирования в области здравоохранения в целом возможно, на наш взгляд, лишь после введения института страхования профессиональной ответственности исполнения медицинской услуги. В настоящее время какого-либо законодательного закрепления института страхования профессиональной ответственности медицинских работников не имеется, за исключением ч.1.п.7 статьи 72 «Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования» Федерального закона «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 ФЗ от 2011 г.), где закреплено право медицинских работников «на страхование риска своей профессиональной ответственности» [1].

Анализ судебной практики демонстрирует тенденцию к росту размера компенсаций, запрашиваемых пациентами при судебном разбирательстве как в отношении сумм возмещения реального вреда, расходов на восстановление здоровья, так и по поводу компенсации морального вреда, причиненного по мнению пострадавшего некачественным медицинским обслуживанием. А если пациент обращается к положениям Закона РФ «О защите прав потребителей» сумма заявленных требований может увеличиться в разы в связи с правом потребителя предъявить требование об уплате неустойки, предусмотренной этим законом. Гражданское законодательство на современном этапе развития нашего общества не может обойтись без установления в известных пределах мер защиты без вины (за случай) до тех пор, пока общество не возьмет на себя обязанность полного возмещения подобных случайных убытков, которые могут возникнуть в имущественной сфере каждого из его членов [3].

Учитывая неоднозначность трактовки и прогнозируя трудности на пути интеграции института профессиональной ответственности врача в российские реалии, большое значение в предупреждении конфликтов в медицине имеет досудебное решение споров – через независимые этические комитеты, сеть которых в России в настоящее время значительно расширяется и приобретает все больший авторитет участников рассматриваемых отношений.

#### **Литература:**

- 1.ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 ФЗ от 2011 г.): Электронная база «ГАРАНТ».
2. Айвазян Ш.Г. Формирование правовой компетентности врача в образовательной среде вуза // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 6. С. 121
3. Айвазян Ш.Г. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика. 2015. № 1(15). С.35-37.
4. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. 2015. № 1(15). С.58-60.
5. Доника А.Д., Толкунов В.И. Альтернативы принятия решений в медицинской практике: правовые нормы и этические дилеммы // Биоэтика. 2010. № 5. С. 57-59.
- 6.Доника А.Д. Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии)/ А.Д.Доника, Л.Л.Кожевников// Биоэтика. 2011. № 7. С. 32-34.
7. Радченко М.А. Спорные вопросы правового статуса граждан в области охраны здоровья // Успехи современного естествознания. 2011. № 8 С.244.
8. Седова Н.Н. Образование в области биоэтики как интернациональная проблема // Биоэтика. 2012. №2 (10). С.22-26.
9. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.
10. Donika A.D., Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A. Bioethical content of current studies on professiogenesis problems in medicine // Биоэтика. 2016. № 1 (17). С. 34-38.

## **КОД ЭТИКИ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

*Аксенова О.Ж., Богданова О.К., Зиновьева С.Е.*

*ГБУ АО «Опорно-экспериментальный РЦ», Архангельск*

В любой профессиональной сфере существуют свои этические правила профессионального поведения. У специалистов социальной сферы разработаны свой код этики, включающие в себя эти нравственные и моральные качества, а также такие понятия как милосердие, справедливость, дружба, солидарность. Вопросы этики затрагиваются в процессе обучения будущих специалистов, однако глубокое изучение и понимание этих вопросов приходит во время накопления практического опыта.

Принцип междисциплинарной работы способствует тому, что каждый член команды приходит со своими представлениями об отношении к ребенку и семье. В процессе практической работы специалист осознает и применяет этические правила, но не только по отношению к клиентам и коллегам, но и, что очень важно, к самому себе, как к профессионалу.

Мы коснемся пунктов Кода этики нашего учреждения, которые требуют дискуссии в плане осмысления их и применения. Данный документ предлагается как руководство для принятия решений, а также помогает управлять этическими аспектами, возникающими в ходе оказания социальных услуг. Он также содержит набор правил, которыми специалист должен руководствоваться в разных рабочих ситуациях. Принятие решения с соблюдением этических аспектов - это не отдельная задача, это процесс, проходящий через все программы сопровождения семей и реализации себя, как профессионала.

### **По отношению к детям специалист:**

- рассматривает каждого ребенка, в первую очередь, **как ребенка**, а не его нарушения, высоко оценивает его уникальные качества и старается найти сильные стороны;
- уважает тот факт, что **каждый ребенок является частью своей семьи и принимает это во внимание** при любом взаимодействии с детьми и их семьями;
- признает значение ведущей деятельности (игра, обучение) в развитии ребенка, его потребности в стимуляции, получении **удовольствия, выборе и предпочтениях**. Это очень важно в составлении программ и отличает их от других моделей сопровождения (дефектологическая, медицинская). Например, использование укладок, специальных технических средств – для чего? Укладка для игры или просто методика лечебной физкультуры;
- взаимодействует с детьми, способствуя их развитию, и высоко ценит **любые их достижения**. Специалист вместе с родителями учится отмечать маленькие шаги

в развитии двигаясь к выполнению общей цели. Например, для детей с множественными нарушениями часто основным барьером является коммуникация. Для ребенка важно научиться нажимать на кнопку с записью «Привет» и это будет способствовать его развитию;

- обеспечивает безопасную, здоровую и стимулирующую среду, которая способствует оптимизации благополучия ребенка и его развития в зависимости от трудностей (подбор функциональные игрушки, обедненной среды и внешних стимулов);

- действует в интересах детей, защищая их физическое и эмоциональное благополучие, в том числе, в случаях необходимости, делая заявления о нарушении их интересов. Частью программы являются вопросы: как оставить ребенка в семье, какими методами уточнить состояние, в какой психологической поддержке нуждаются родители. В процессе ведения случая меняются подходы к реализации программы;

- чутко и неторопливо делает выводы, в случае необходимости обосновано аргументируя, отходит от стандартов;

- сохраняет необходимую конфиденциальность и **неприкосновенность частной жизни** ребенка и семьи. Например, визитирование в семью, фото и видеосъемка и их использование делается только с разрешения родителей.

#### **Этика по отношению к семьям.**

Специалисты рассматривают индивидуальные особенности семьи (экономические, социальные, религиозные, образовательные, языковые), перспективы и приоритеты в отношении их собственного ребенка с точки зрения международной классификации функционирования, опираясь на фасилитаторы и преодоление барьеров.

Междисциплинарная команда при формировании программы ориентируется на принятые нормы развития, однако это не является основным критерием. Специалисты поддерживают семью в развитии ребенка с любой сложностью нарушений (множественные нарушения или тяжелая степень нарушений) для достижения его собственного уровня, уважают выбор семьи в плане технологий и программ помощи. Специалисты учитывают, что зачастую родительский выбор склонен быть стереотипным, и приводит к уходу только в медицинскую или в дефектологическую модели помощи, в этом случае родителям оказывается дополнительная информационная поддержка.

Специалисты подготовлены и заинтересованы в каждом визите семьи и оказывают услуги только высокого качества. Надо заметить, что используемый нами термин «высокое качество» услуг требует отдельной супервизии, междисциплинарной дискуссии для единого понимания специалистами, родителями и руководителями. Партнерство с родителями на уровне междисциплинарности -

трудная и не всегда выполнимая задача, но специалисты должны стремиться уважать любое мнение членов семьи относительно ребенка, включать в процесс обсуждения и реализации программы, использовать ресурс ближайшего окружения семьи, а при необходимости для формирования команды вокруг ребенка привлекать профессионалов не только собственного учреждения, и других ведомственных организаций. Обеспечивая семью (одновременно обоих родителей, если этому не препятствуют какие-либо обстоятельства) полной и точной информацией, специалист изъясняется на понятном для всех языке, чтобы дать возможность членам семьи обоснованно принимать решения относительно своих детей. Например, специалисты изучают язык жестов для общения с родителями с нарушениями слуха и речи.

Обсуждая состояние ребенка и программу важно помнить, что когда мы делимся своими профессиональными знаниями с родителями, **мы не обучаем**, а помогаем разобраться в ситуации и освоить необходимые навыки. Позитивное отношение с семьями строится на совместном принятии решений, взаимном доверии и открытой коммуникации.

Выполняя нормативные правовые акты и регламенты, специалисты помнят о соблюдении конфиденциальности и уважении права каждой семьи на личную жизнь, принимают участие в защите интересов семьи, даже если этого требует выход за пределы их функциональных обязанностей. Например, помогает организовать процесс посещения обычного детского сада ребенку с расстройствами аутистического спектра и его обучения там.

### **По отношению к самому себе как профессионалу:**

Ведение практических случаев постоянно требуют новых знаний, умений и **личного включения в процесс сопровождения** семьи и ребенка. Специалисты должны иметь стремление повышать свой профессиональный уровень используя разные ресурсы: очное-заочное обучение, профессиональные и командные супервизии, чтение современной литературы, просмотр и обсуждение фильмов, собственный опыт и опыт других специалистов через проведения разных форм сопровождения ребенка и семьи и т.д. Руководство нашего учреждения заинтересовано в том, чтобы специалисты выполняли данный пункт Кода, повышали свой профессиональный уровень, обучались новым методам абилитации, реабилитации, гибко составляли расписание работы с детьми и родителями, выделяя время для междисциплинарных обсуждений, супервизий и внутренних семинаров. Для оценки качества своей работы мы привлекаем внешних экспертов из независимых объединений, партнерских организаций и проектов, а также мнений родителей через проведение фокус-групп и анкетирования.

Своим профессиональным поведением специалист стремится быть вовлеченным, честным и верным профессии во всех видах деятельности.

### **По отношению к коллегам специалист:**

- выстраивает **эффективную коммуникацию**, действует открыто и уважительно, доверяя профессиональному мнению коллег. Работая в междисциплинарной команде, признает профессионализм каждого из ее членов и привносит свои профессиональные знания и опыт в сопровождение семей;
- участвует в системе наставничества, как способе профессиональной адаптации молодых специалистов и поддержки других членов команды;
- активно поддерживает рабочую обстановку, чтобы она была физически, эмоционально и профессионально безопасной.

### **По отношению к обществу специалист:**

Стремиться донести информацию о людях с инвалидностью и их способностях, как до своего профессионального сообщества, так и для людей другого круга (соседи, друзья, знакомые): статьи, телерепортажи, публикации, видеоматериалы, исследования, проведение фокус-групп, беседы.

Действуя в интересах детей, сотрудничает с различными организациями и специалистами для устранения барьеров в развитии и жизни ребенка.

Вырабатывает четкую профессиональную позицию в отношении ребенка с нарушениями и отстаивает ее в обществе. Выполняя закон, старается не ухудшить качество жизни ребенка и его семьи, и в данном случае заявляет об этом в вышестоящие структуры.

В заключение важно обратить внимание на необходимость расширения работы по обсуждению этических вопросов в учреждениях социального обслуживания: от индивидуальных консультаций до психологических тренингов и этических супервизий.

## **ЭТИЧЕСКИЙ ОБРАЗ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

*Амосов В.А., Гузенко О.А., Бекетова Е.Н., Баскакова О.А.*

*ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница»*

*«Нравственность и жизнь – единое целое.*

*Этика – опора жизни, а нравственный человек – истинный гражданин жизни».*

*Томас Манн*

Профессия медицинской сестры - одна из тех, где непосредственный контакт с другим человеком играет первостепенную роль. Цена такого общения – здоровье, а нередко и жизнь человека, поэтому так важно научить медицинского работника умению общаться или нормам профессионального этикета. В обыденной практике часто сводят смысловую часть понятия «этикет» к понятию «нравственность», а понятие «этика» - к понятию «мораль». Существуют четкие формулировки:

этика— учение о морали, ее развитии, принципах в обществе;  
мораль – нравственные нормы поведения, отношений с людьми;  
этикет – установленный принятый порядок поведения, форм обхождения.

Личность медицинского работника, метод работы, стиль, умение общаться с пациентом и его социальным окружением, владение техникой психологической работы само по себе служит лекарством, и как «лекарство» требует точной дозировки, а иногда может обладать побочным действием. Неотъемлемым на всех этапах установления отношений между пациентом и медицинским персоналом становится соблюдение принципов медицинской этики [1, 2].

Роль медицинской сестры в оказании психиатрической помощи трудно переоценить. Медицинской сестре приходится выполнять руководящую, воспитательную, просветительную деятельность. В сфере психического здоровья медсестра порой общается не только с «особенным» и «трудным» пациентом, но и в большей степени с его социальным окружением (семьей, знакомыми). В соответствии с этическим кодексом медицинской сестры России, утвержденным решением правления Российской ассоциации медицинских сестер от 24.06.2010г., медицинские сестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации и располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции [3].

Повседневное поведение медицинской сестры, стиль ее работы и общения зависят от многих факторов. Здесь и собственное отношение к профессии, и личностные качества, и общая корпоративная культура конкретной медицинской организации. К большому сожалению, часто приходится сталкиваться с эмоциональной и нравственной индифферентностью (безразличием, равнодушием) медицинских работников. Нередко неблагоприятные поступки, противоречащие нормам этического кодекса, медицинские сестры пытаются оправдать экономической обстановкой, наличием глубоких личных проблем и другими факторами. Однако с точки зрения профессиональной этики медсестры необходимо руководствоваться тем, что в подобных ситуациях обстоятельств, оправдывающих неэтичное поведение, просто не существует.

Профессиональной секцией «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» региональной общественной организации «Объединение медицинских работников Архангельской области» в январе 2017 года методом анкетирования проводилось изучение этического образа современной медицинской сестры. В выборочном анкетировании приняли участие 113 медицинских сестер государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница».

При анализе полученных анкет было выявлено, что большинство медицинских сестер обращается к пациенту по имени - отчеству – 65,5%, по фамилии называют 29,2% медсестер, обращаются по имени – 28,3%.

О проводимом лечении (обследовании) в пределах своей компетенции информируют пациента 67,3% опрошенных медсестер, хотя своевременное и полное информирование о предстоящих манипуляциях является хорошей профилактикой конфликтных ситуаций в дальнейшем. При профессиональной подготовке специалистов сестринского дела необходимо проводить их пошаговое обучение по информированию пациентов, принимать во внимание их страхи и представлять обзорную информацию при проведении различных манипуляций, не форсировать события, учитывать особенности характера и психический статус пациента. Отсутствие адекватной информации у пациента усиливает его психологический дискомфорт, повышает риск конфликта.

Никогда не обсуждают проблемы пациентов со своими близкими и знакомыми 85% респондентов, однако, по признанию анкетированных, 12,4% иногда допускают обсуждение медицинской информации вне стен больницы.

Важным этическим принципом со времен Гиппократа является принцип непричинения вреда. С заповедью «Прежде всего не навреди» полностью согласны 74% медсестер, а 27,4% стараются придерживаться древней этической заповеди, но не всегда.

Внешний вид медицинской сестры - визитная карточка как ее самой, так и организации, которую она представляет. Чистые волосы и аккуратная прическа – это то, чего следует придерживаться. Легкий макияж, короткие ногти и здоровые руки. Рекомендуется носить удобную обувь с устойчивым каблуком. Каждый работник может выбрать форму в соответствии со стандартами и спецификой своего отделения, которая должна быть чистой и отглаженной. Наши медицинские сестры в силу специфики учреждения предпочитают носить медицинские костюмы, что составило 78,8%, а халат средней длины носят 53% респондентов. 100% респондентов считают, что внешний вид медицинской сестры должен быть прежде всего аккуратным и опрятным.

По стилю поведения мнения разделились: 45% медсестер считают, что в поведении медицинская сестра должна быть спокойной, 42% придерживаются взгляда, что специалист среднего звена должен быть вежливым и доброжелательным, а 20% респондентов считают, что главное в поведении это уравновешенность, 11% предпочитают сдержанность в поведении специалиста. По вопросам о стиле общения медицинской сестры с пациентами ответы также неоднозначны: 30% считают, что стиль поведения должен быть вежливым, 27% - ува-

жительным, а 25% - доброжелательным. Медицинская сестра обязана поддерживать уважительные отношения и со своими с коллегами, обращаться к ним по имени-отчеству.

Очень важно быть сдержанным и тактичным, владеть собой и считаться с желаниями и потребностями других людей. Беседуя с коллегой, надо уметь слушать собеседника, не мешая высказать ему то, что он думал, а затем, если есть необходимость, спокойно возразить, но без грубости. Недопустимо публичное выражение негативных эмоций. Очень громкий разговор или очень громкий смех неуместны на рабочем месте. Недопустимы конфликты между коллегами и особенно в присутствии пациента. При общении с коллегами медицинской сестре необходимо соблюдать субординацию, не допускать «панибратского» поведения в профессиональных отношениях. В коллективах должны быть конструктивные отношения, поддерживающие командный стиль работы, которые предполагают не только ценностные ориентиры, но и поддержку во врачебно-сестринском коллективе. Командный стиль – это движение в одном направлении, связанное со здоровьем пациента, который находится на лечении. По результатам проведенного анкетирования выявлено, что большая часть респондентов в основном обращаются к своим коллегам по имени-отчеству – 91%, а почти треть (28%) - просто по имени.

Считается, что медицинский работник должен быть примером отношения к здоровью для своих пациентов, так как обладает большей информированностью о факторах риска и возможности профилактики различных заболеваний. При проведении исследования мы выяснили, что только 65% опрошенных медицинских сестер сами придерживаются здорового образа жизни, почти треть респондентов (27%) ответили отрицательно, а 23% имеют «вредные привычки», причем 18,6 % из них курят и это возрастная группа от 31 года и старше. Возникает вопрос: «Может ли медицинский работник, относящийся к своему здоровью, таким образом, мотивировать пациента на ценность и сохранение здоровья?»

Этическая основа профессиональной деятельности медицинской сестры - гуманизм и милосердие. Важнейшими задачами деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий, восстановление здоровья и реабилитация, содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний. Этический кодекс медицинской сестры России дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности сестринского персонала. Он призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России [3].

По результатам проведенного исследования мы пришли к выводу, что в нашей медицинской организации необходимо продолжить обучение сестринского персонала по этическим вопросам профессиональной деятельности, для повышения уровня их компетенций и профессиональной культуры, а также для определения ценностных жизненных ориентиров. Совместно со специализированной секцией «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» необходимо разработать Кодекс поведения медицинской сестры психиатрической службы, учитывающий не только специфику профессиональной деятельности, но и морально-нравственные требования к данным специалистам.

### **Литература:**

1. Голенков А. В., Козлов А. Б., Аверин А. В. Сестринское дело в психиатрии и наркологии. Конспект лекций. Чебоксары. 2006. 244 с.
2. Караваева Т. А., Вьюнова Т. С., Подсадный С. А. Значение этических норм и принципов в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании / Т. А. Караваева, Т. С. Вьюнова, С. А. Подсадный // Вестник психотерапии. 2015. №2. С.6-9
3. Ключникова П. Кодекс поведения медицинской сестры / П. Ключникова // Сестринское дело. 2007. № 1. С. 40 – 41

## ***ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ***

*Артемьева Е.Н.*

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,*

*II курс, лечебный факультет*

*Научный руководитель – проф. А.Г.Соловьев*

В настоящее время в связи с ростом различных стресс-зависимых, психосоматических и иных психических расстройств особенно актуальными становятся систематизация и учет социально-психологических факторов в их возникновении и течении и поиск эффективных, доступных в использовании вариантов лечения [6], отвечающих не только современным клиническим, но и этическим требованиям. Метод биологической обратной связи (БОС) используется на основе саморегуляции психофизиологических функций при различных дисфункциональных состояниях, позволяет решить лечебные, реабилитационные, а также профилактические задачи [2]. Активное вовлечение пациента в лечебный процесс является одним из показателей комплаенса.

Целью настоящего исследования явилась систематизация организационных и этических аспектов применения БОС в лечении различных дисфункциональных расстройств.

БОС направлена на повышение уровня осознания обычно неосознаваемых (непроизвольных) процессов, а также произвольного управления собственными

психофизиологическими функциями. В процессе применения метода пациенту с помощью внешней обратной связи, организованной на основе персонального компьютера, подается информация о состоянии его тех или иных психофизиологических процессов, что позволяет человеку научиться контролировать соответствующие функции организма и закреплять эти навыки для того, чтобы в дальнейшем использовать их в повседневной жизни [9]. На первом этапе это происходит путем контролирования внешних сигналов, а затем посредством сознательного регулирования внутреннего психофизиологического состояния. Осознание пациентом в процессе биоуправления единства и взаимозависимости когнитивных и психофизиологических процессов помогает ему понять причину своего деструктивного состояния или болезни и пути их преодоления [5], повысить эффективность партнерских отношений с врачом и психологом.

Особая ценность метода БОС заключается в том, что он, являясь немедикаментозным, доступным в применении, имеющим минимальное количество противопоказаний и возможность индивидуального подбора лечебной тактики, позволяет активно мобилизовать резервные возможности организма человека и направить их на восстановление имеющихся нарушений. Поэтому метод БОС открыл возможность направленной произвольной коррекции функциональных состояний организма и активному осознанному привлечению личностных ресурсов.

В настоящее время метод БОС используется в различных областях медицины и психологии: при лечении основных видов психосоматических, неврологических заболеваний, психовегетативных нарушений, хронических болевых расстройств и состояний нервно-мышечного напряжения [4, 10].

В психотерапевтической практике технологии метода БОС являются перспективными реабилитационными средствами при коррекции различных дестабилизирующих состояний, вызванных стрессовыми ситуациями: депрессивных, тревожно-фобических расстройств, состояний постоянного психоэмоционального напряжения, навязчивых состояний, а также могут быть использованы в качестве профилактики возникновения деструктивных проявлений воздействия стресса и иных психотравмирующих факторов [3].

В детской психиатрической практике эффективность БОС-тренинга отмечается при терапии расстройств, связанных с дефицитом внимания, состояния гиперактивности [8], различных речевых нарушений [7].

К положительным моментам метода БОС можно отнести использование аудио-визуального стимульного материала в процессе непосредственного проведения самих тренингов. В качестве данного материала может быть специально подобранная красивая музыка, например, классическая. Визуальным сопровож-

дением могут являться различные иллюстрации, возникающие на экране монитора, имеющие вдохновляющий характер: например, изображение той жизни, к которой стремится человек или репродукции картин художников-классиков. Стимульный материал используется для воодушевляющего воздействия на пациента, создания благоприятной обстановки, более комфортных условий в процессе работы над коррекцией своего психофизиологического состояния.

Достоинством метода БОС следует считать возможность его применения в дополнении к традиционной лекарственной терапии, а также для лечения больных, резистентных к фармакотерапии [1].

Таким образом, применение БОС может быть, как основным методом лечения, так и вспомогательным методом терапии в комплексе других реабилитационных мероприятий. Эффективность метода БОС во многом зависит от личностных особенностей пациента и прилагаемых им усилий в процессе реабилитации. Этическое обоснование применения БОС основано на сознательном активном привлечении больного в партнерском режиме взаимодействия со специалистами.

### **Литература:**

1. Григорьева Е.А., Певзнер А.А., Дьяконов А.Л. Методы перестройки биоэлектрической активности мозга с целью устранения патологического устойчивого состояния // Доктор.Ру. 2013. № 5. С. 99-105.
2. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Боев И.В. Применение биологической обратной связи в медико-психологической реабилитации жен военнослужащих // Экология человека. 2015. № 9. С. 3-6.
3. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Боев О.И. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих // Эссендуки, 2013.
4. Полякова А.Г., Матвеева В.В. Использование аппаратного биоуправления в комплексном восстановительном лечении пациентов с психовегетативными расстройствами для профилактики развития артериальной гипертонии // Медицинский альманах. 2011. Т. 16., № 3. С. 64-66.
5. Плоткин Ф.Б. Компьютерное биоуправление: прогрессивные технологии – в практику здравоохранения // Военная медицина. 2012. № 2. С. 106-110.
6. Сидоров П.И., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Роль неблагоприятных социально-психологических факторов в возникновении и течении сахарного диабета // Терапевтический архив. 2001. Т. 73. № 1. С. 68-70.
7. Синева Н.Л. Применение технологии БОС в лечении детей с нарушениями речи в условиях детской городской поликлиники // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2015. № 3. С. 38-40.
8. Федоренко Е.В. Применение метода с биологической обратной связью у детей младших классов с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Успехи современного естествознания. 2013. № 8. С. 30-32.

## **ЭТИЧЕСКИЕ КОНФЛИКТЫ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ СОЦИАЛЬНЫМ (РЕЛИГИОЗНЫМ) ПРОСТРАНСТВОМ**

**Бабкин Р.А., Соловьев А.Г.**

**ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница №1», г.Северодвинск  
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,  
г.Архангельск**

Взаимодействие медицинских профессионалов с пациентами, принадлежащими тому или иному религиозному объединению, нередко сопряжено с возникновением этических конфликтов, которые могут принимать как открытую, так и скрытую форму.

Известно, что некоторые конфессии до сих пор не приемлют определенного вида медицинского вмешательства при возникновении проблем со здоровьем у своих последователей [5]. Так, например, членам «Свидетелей Иеговы» запрещена гемотранфузия. В данном случае приходится констатировать, что этические установки, основанные на специфической религиозной доктрине, приводят к «нелогичному» поступку – отказу от медицинской помощи тогда, когда она безусловно необходима. Этический конфликт может закончиться гибелью человека [4].

С другой стороны, в повседневной медицинской практике в отношениях с пациентами, обладающих различным религиозным мировоззрением, наблюдаются многочисленные этические конфликты, которые, казалось бы, не имеют столь трагических последствий. Врач публично подвергает сомнению религиозные взгляды пациента; медицинская сестра высмеивает религиозные традиции и обычаи больного; медицинский профессионал, проводя исследование, допускает в отношении лиц определенной религиозной группы употребление «ярлыков». Вряд ли в подобных ситуациях стоит ожидать от пациента «терапевтического сотрудничества». Следствием таких этических конфликтов нередко становится недоверие к медицинскому работнику, игнорирование рекомендаций, прямой отказ от назначений врача.

Целью исследования явилась систематизация подходов в проблеме этической совместимости дуэта «врач-пациент».

В России неоднократно разрабатывались и утверждались различные документы, регламентирующие нормы поведения медицинских работников [6]. В них отражены, в том числе, религиозные аспекты взаимоотношений врача и пациента. Например, в «Этическом кодексе российского врача (утвержден IV Конференцией Ассоциации врачей России, 1994 г.)» [2] сказано:

- недопустимо нанесение пациенту нравственного ущерба ни намеренно, ни по небрежности (ст.3);
- врач не имеет права навязывать пациенту свои религиозные взгляды (ст.4);
- врач обязан гарантировать пациенту право по его желанию воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии (ст.14).

Последнее положение отражено также и в другом документе – в ст. 41 Кодекса профессиональной этики врача РФ (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации (Москва, 2012 г.)) [3].

К сожалению, даже эти минимально-необходимые требования не всегда соблюдаются. Среди медицинских профессионалов распространено убеждение о вторичности, несущественной значимости религиозных взглядов в процессе выздоровления. Религиозное мировоззрение не рассматривается в качестве фактора, который может, как ускорить восстановление нормального функционального состояния организма, так и затормозить его. Между тем, фактом социологических наблюдений является то, что доля нерелигиозных людей в мире, до 1970 года стабильно возрастающая, в настоящем уменьшается – приверженцев какой-либо религии становится всё больше [8].

При взаимодействии с представителем какой-либо религиозной группы медицинскому профессионалу необходимо учитывать следующее:

- Важнейшим аспектом взаимодействия медицинского работника и пациента является комплаенс [1]. Комплаенс (от англ. *compliance* – согласие, соответствие; происходит от глагола *to comply* – исполнять) – терапевтическое сотрудничество, наилучшее взаимопонимание между медицинским профессионалом и пациентом для достижения всех намеченных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных целей. Сомнительно, что комплаенс возможен без уважительного отношения к религиозным взглядам пациента.
- Медицинский работник контактирует не только с конкретным верующим, и даже не с его мировоззрением, а соприкасается со специфическим социально-психологическим пространством.
- Верующий неотделим от своей общины. Взаимодействие членов религиозной группы формирует специфическое социальное (религиозное) пространство. В него включены, как лидеры общины, единоверцы пациента, его родственники, так и весь комплекс их взаимоотношений.

Разумеется, нет необходимости выяснять всё подробности, но важно иметь хотя бы общее представление о религиозной стороне жизни пациента:

- К какой именно конфессии он принадлежит?

- Каково (в общих чертах) отношение его религиозной доктрины к медицинскому вмешательству?
- Как (в общих чертах) религиозная доктрина влияет на его образ жизни (особенности питания, отдыха, трудовой деятельности и пр.)?

Игнорирование этих вопросов в отношении пациентов, практикующих активную религиозную деятельность, влечёт неизбежный морально-этический конфликт. При этом нельзя не учитывать и социально-психологические особенности личности пациентов с уже имеющимися соматическими заболеваниями, что обязательно отразится на качестве их жизни [7].

На основании вышеизложенного можно предложить конкретные правила (рекомендации) взаимодействия с пациентами, имеющими стойкие религиозные верования:

1. «У врача нет религии».

Медицинский работник обязан отделять свои религиозные взгляды от профессиональной деятельности. Различия в религиозном мировоззрении не должны влиять на решения, касающиеся здоровья другого человека.

2. «Не игнорируй, не агитируй».

Не принимая во внимание религиозные взгляды пациента, легко допустить ошибку, как в тактике, так и в стратегии лечения. Недопустимо критиковать и/или пытаться изменить «неправильные» религиозные взгляды пациента.

3. «Не отвергать, а использовать».

Любые религиозные доктрины, как правило, допускают широкое толкование различных аспектов здоровья, что дает основание поиска оптимальных путей взаимодействия для назначения действительно необходимых верующему пациенту процедур и других вмешательств и обеспечения максимально высоких результатов лечения.

### **Литература:**

1. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т.10. №1. С. 13-20.
2. Киселев В.А. Биоэтический словарь: учебное пособие сост. 2-е изд., испр. и доп. Екатеринбург, УГМА. 2006. 152 с.
3. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации // По материалам сайта Национальной Медицинской Палаты - <http://www.nacmedpalata.ru>.
4. Свидетели Иеговы допустили переливание крови? // Центр священикомученика Ириней Лионского, 2000.
5. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Бабкин Р.А. Социально-психологические аспекты сектантства // Российский психиатрический журнал. 2001. №3. С. 29-33.
6. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Дерягин Г.Б. Правовая ответственность медицинских работников: учебное пособие для студентов медицинских вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004 г. 432 с.

7. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. 2002. Т. 48. №1. С. 9-13.
8. M.Baumann, J. Gordon Melton «Religions of the World: A Comprehensive Encyclopedia of Beliefs and Practices», 2010. 3200 p.

**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЕРВАЦИОННОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ И ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ: ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТ УЧАСТНИКАМ**

**Балаева Т.В.**<sup>1, 2, 3</sup>, **Санников А.Л.**<sup>1</sup>, **Самодова О.В.**<sup>1</sup>, **Гржибовский А.М.**<sup>1, 4, 5</sup>, **Клоуман Э.**<sup>3</sup>

**1 – ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г.Архангельск**

**2 – ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Архангельской области»**

**3 – Арктический университет Норвегии (г.Тромсё, Норвегия)**

**4 – Северо-Восточный Федеральный Университет, г. Якутск, Россия;**

**5 – Международный казахско-турецкий университет имени Х. А. Ясави, г. Туркестан, Казахстан**

В Российской Федерации долгое время при проведении медицинских исследований участники набирались среди определенных, чаще организованных групп населения: студентов, военнослужащих, пациентов поликлиник и т.д., что влекло за собой определенные трудности при генерализации результатов на всю популяцию. В 2010-2011г. нами была предпринята попытка набрать репрезентативную группу населения в возрасте 18-39 лет для участия в исследовании, целью которого являлось определение распространенности инфекций, передающихся парентеральным и половым путем, среди взрослого населения г.Архангельска. Для этого агентство социологических исследований, используя базу данных мобильных телефонов жителей г.Архангельска, проводило обзвон и приглашение населения принять участие в исследовании. Для набора необходимых 1200 участников был использован квотный метод. На основании официальных статистических данных были рассчитаны квоты – необходимое количество женщин и мужчин в каждом из 8 районов г.Архангельска в возрастных группах 18-29 и 30-39 лет. Если респондент подходил по квотам, его/ее приглашали принять участие в исследовании, т.е. прийти в поликлинику Северного государственного медицинского университета (СГМУ, г.Архангельск), заполнить анкету и сдать кровь для исследования на вирусные гепатиты В и С, а также герпес 2 типа. Всем участникам было выплачено 400 рублей. Проект финансировался Норвежским Советом по научным исследованиям и Норвежским институтом общественного здоровья.

## **Правовые аспекты**

Перед началом исследования было получено разрешение Этического комитета СГМУ. В ходе этической экспертизы в связи с планировавшимися денежными выплатами участникам исследования возникли вопросы, потребовавшие юридической консультации.

Первый вопрос касался возможности усмотрения подкупа участников путем выплаты компенсации в размере 400 рублей. Ниже приводим выдержку из Справки, полученной в ходе юридической консультации: в дизайне исследования «признаков состава преступления по ст.204 УК РФ либо иных составов, указанных в УК РФ, не содержится, равно как и самого подкупа физических лиц, так как Подкуп – незаконная передача лицу, выполняющему управленческие функции в государственной или иной организации, денег или иного имущества, а также незаконное оказание ему услуг имущественного характера за совершение действий (бездействия) в интересах дающего в связи с занимаемым этим лицом служебным положением».

Второй вопрос, потребовавший пояснений: обременяются ли дополнительными расходами выплаты физическим лицам, участвующим в исследовании. Ответ юриста: «в соответствии со статьей 217 НК РФ доходы, не подлежащие налогообложению (освобождаемые от налогообложения) – полученные в порядке дарения от физических лиц, облагаются НДФЛ лишь тогда, когда дарится недвижимое имущество, транспортные средства, акции, доли и паи, и если при этом одаряемый и даритель не являются близкими родственниками (согласно п.18.1 ст.217 НК РФ). Таким образом, при использовании схемы – получение координатором исследования денежных средств на нужды, определенные грантом, с последующей выдачей денежных средств участникам исследования – физическим лицам – подарка от физического лица – не налагает на получателей денежных средств в размере 400 руб. обязанностей по уплате налога на доходы физических лиц. Однако уплата НДФЛ координатором проекта с денежных средств гранта, перечисляемых иностранным университетом, в соответствии с пп.7 п.3 ст. 208 НК РФ облагается НДФЛ по ставке 13% по п. 1 ст. 224 НК РФ. В документах необходимо исправить слово «компенсации», выдаваемые участникам исследования, на слово «подарок»».

## **Этические аспекты**

Во всем мире ежегодно тысячи людей получают деньги за участие в биомедицинских исследованиях. Однако единого мнения о необходимости и размере денежных выплат в мировом сообществе нет [8]. В РФ Общество клинических исследователей разработало Практические рекомендации «Этическая экспертиза биомедицинских исследований» (далее – Рекомендации). Авторы обращают внимание на то, что слишком большое вознаграждение может «склонить испытуемых ко лжи или сокрытию информации, обнародование которой исключило бы их участие в исследовательском проекте» [1]. Риск подобной ситуации был исключен дизайном нашего исследования, поскольку предложение участвовать в исследовании и выплате 400 руб. сообщалось после того, как оператор убеждался, что респондент подходит по квотам.

Также в Рекомендациях отмечено, что «важным вопросом является проверка целесообразности выплат. Для исследований, в которых от испытуемых требуется перенести лишь небольшие неудобства или дискомфорт, обычно целесообразно скромное вознаграждение, включающее возмещение транспортных расходов...». Участники нашего исследования испытывали определенный дискомфорт при взятии образцов крови, заполнение анкеты занимало не более 30 мин., а денежная выплата в размере 400 руб. была достаточна, чтобы покрыть расходы на такси из любой точки города в поликлинику СГМУ и обратно.

Кроме того, авторы Рекомендаций считают немаловажным знать социальный статус испытуемых. Для выяснения уровня дохода участникам нашего исследования предлагалось ответить на 2 вопроса:

*I. К какой из следующих групп населения Вы, скорее, могли бы себя отнести?*

1. Мы едва сводим концы с концами. Денег не хватает даже на продукты.
2. На продукты денег хватает, но покупка одежды вызывает финансовые затруднения.
3. Денег хватает на продукты и на одежду. Но вот покупка вещей длительного пользования (телевизора, холодильника) является для нас проблемой.
4. Мы можем без труда приобретать вещи длительного пользования. Однако для нас затруднительно приобретать действительно дорогие вещи.
5. Мы можем позволить себе достаточно дорогостоящие вещи - квартиру, дачу и многое другое.

*II. Приблизительно сравните уровень своих семейных доходов со средними семейными доходами по городу (предлагалось отметить стрелкой на шкале от 1 до 10).*

После анализа полученной информации было выявлено, что более 70% респондентов отнесли себя к так называемому среднему классу, т.е. при ответе на первый вопрос выбрали варианты 3 и 4, а отвечая на второй вопрос, поставили стрелку в диапазоне 5-7. На основании этих данных, мы заключили, что абсолютное большинство участников нашего исследования не относилось к категории «малоимущих» и в отношении уровня семейных доходов представляли репрезентативную выборку жителей г.Архангельска.

Ученые из Великобритании также задавались вопросом, не является ли плата за участие в исследовании, способом подзаработать для бедных. Был сделан вывод, что лучшей является модель исследования, при которой испытуемые получают возмещение, эквивалентное понесенному ущербу/затратам участника при участии в проекте [7]. Ученые из Бостона (США) выяснили, что в среднем плата за участие в исследовании с минимальным риском для участников должна составлять около 20 долларов – таковы ожидания самих испытуемых [5]. Исследование, проведенное в Австралии, подтвердило, что факт платы за участие в научном эксперименте/проекте не искажает результаты и спонсорам исследований следует предлагать большую выгоду для участников [2]. Одни ученые полагают, что слишком высокая плата может оттолкнуть человека от участия в исследовании, т.к. он может заподозрить высокую компенсацию как признак высокого риска [4], другие исследователи считают эти опасения необоснованными

[3]. Есть мнение, что должен быть установлен минимальный размер оплаты участия в исследовании и при отсутствии возможности выплачивать компенсацию не ниже данного размера выплаты не должны проводиться совсем [6].

### **Выводы**

Мы считаем, что адекватная плата за участие в исследовании является необходимым инструментом, повышающим отклик у респондентов при создании репрезентативной выборки в поперечных исследованиях. Поскольку люди тратят свое время на дорогу к месту проведения исследования, на участие во всех процедурах, мы считаем этичным при планировании бюджета исследования предусматривать статью расходов на выплаты участникам. Осуждение платы участникам исследований, по нашему мнению, равнозначно осуждению платы работодателем за выполненную сотрудником работу. В то же время, необходимо принимать во внимание, при каких условиях делается предложение об участии, и исключать возможность сокрытия информации, обнаружение которой не позволило бы принять участие в исследовательском проекте.

### **Литература:**

1. Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации. Под ред. Ю.Б.Белоусова. Москва, 2005. 156 с.
2. Ballantyne A. Benefits to research subjects in international trials: do they reduce exploitation or increase undue inducement? *Dev World Bioeth.* 2008 Dec;8(3):178-91.
3. Bentley JP, Thacker PG. The influence of risk and monetary payment on the research participation decision making process. *J Med Ethics.* 2004 Jun;30(3):293-8
4. Cryder CE, John London A, Volpp KG, Loewenstein G. Informative inducement: study payment as a signal of risk. *Soc Sci Med.* 2010 Feb;70(3):455-64.
5. Devine EG, Knapp CM, Sarid-Segal O, O'Keefe SM, Wardell C, Baskett M, Pecchia A, Ferrell K, Ciraulo DA. Payment expectations for research participation among subjects who tell the truth, subjects who conceal information, and subjects who fabricate information. *Contemp Clin Trials.* 2015 Mar;41:55-61.
6. Phillips T Exploitation in payments to research subjects. *Bioethics.* 2011 May;25(4):209-19.
7. Stones M, McMillan J. Payment for participation in research: a pursuit for the poor? *J Med Ethics.* 2010 Jan;36(1):34-6.
8. VanderWalde A, Kurzban S.J Paying human subjects in research: where are we, how did we get here, and now what? *Law Med Ethics.* 2011 Fall;39(3):543-58.

## ***ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ И ВЫХАЖИВАНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ***

***Банных Р.И.***

***ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Кемерово***

В январе 2012 года Россия перешла на новые критерии помощи экстремально недоношенным новорождённым (ЭНН). В соответствии с критериями ВОЗ рекомендуется обязательное выхаживание детей, родившихся не ранее 22 недели беременности и весом от 500 г.

С позиции ценностного отношения к жизни, казалось бы, не должен возникать вопрос о спасении таких новорождённых. Но, с точки зрения медицины,

плод при таких показателях имеет катастрофическую недоразвитость, что в полной мере не является гарантом здоровья и полноценного развития, так как в норме вынашивание составляет 38-42 недели, а масса тела свыше 3 кг. Известно, что формирование капиллярной системы происходит на 6 месяце, а бронхолёгочной на 7-8 месяце внутриутробного развития, следовательно, проблемы, возникающие в результате недоношенности, приведут к страшным последствиям. Например, нарушение кровотока и проблемы с бронхолёгочной системой приведут к гипоксии всех органов и тканей, дефектам умственного и физического (слепота, глухота и др.) развития плода. В будущем такой ребёнок останется инвалидом и не сможет пройти полноценную социализацию. Негативные последствия спасения жизни экстремально недоношенных новорождённых ставят под сомнение соблюдение таких этических принципов как "не навреди", "делай благо". Спасённый ребёнок с высокой вероятностью остаётся инвалидом. Родители - несчастные люди со сломанной судьбой.

Таким образом, считаем вопрос спасения жизни и выхаживания экстремально недоношенных новорождённых сложным и не имеющим однозначного решения. Учитывая мнение врачей, родителей, на уровне государства должны быть пересмотрены с обоснованием целесообразности рекомендации по спасению и выхаживанию экстремально недоношенных новорождённых.

### ***ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА***

***Белова О.С., Бочарова Е.А., Парамонова М.В.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»***

***Минздрава России, г.Архангельск***

***ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница  
имени П.Г. Выжлецова»***

Перинатальное поражение головного мозга (ППГМ) всегда находится в центре внимания исследователей, поскольку занимает ведущее место среди причин детской инвалидности и летальности, часто служит причиной заболеваемости новорожденных и приводит к тяжелым нарушениям нервно-психического развития (НПР) [2,5].

Последнее десятилетие более 30% детей рождаются с тяжелым ППГМ. Для этих детей характерно глубокое, множественное и стойкое (на протяжении всего первого года) отставание в НПР и множественные нарушения поведения [1]. Кроме того, одной из существенных тенденций современного развития общества является лавинообразный всплеск пограничной нервно-психической патологии, вызванной негативными макро- и микро-социальными процессами в России и ее отдельных регионах [6].

Важным фактором психического здоровья ребенка раннего возраста

является активное участие семьи в коррекционной работе. Только при условии тесного сотрудничества специалистов с семьей ребенка реабилитационные воздействия смогут обеспечить эффективную профилактику нарушений развития. Существенная роль отводится родителям, поскольку они способны реально повлиять на его уровень развития через выполнение мероприятий по оптимизации образа жизни и взаимодействия с ребенком и, в целом, повышения его адаптационного потенциала [4].

Около 30% родителей детей-инвалидов раннего возраста с неврологической патологией не считают нужным проводить медико-социальные реабилитационные мероприятия своему ребенку [3]. Родители многих детей с различными нервно-психическими расстройствами вообще не предъявляют жалоб детским врачам, категорически отказываются от консультации врача-психиатра. Это происходит вследствие ряда причин:

- непонимания родителями болезненного характера имеющихся нарушений у детей;
- желания переложить всю ответственность за состояние здоровья своего ребенка на врача-невролога;
- страха перед направлением в психиатрический диспансер в связи с боязнью связанных с этим социальных ограничений.

Родители, как правило, не готовы к принятию ребенка с отклонениями в развитии: не имеют достаточной психолого-педагогической компетентности, что усугубляется психологической реакцией родителя: отрицание, гнев, чувство вины, и, как следствие, отстраненность и безынициативность в воспитании.

Особую психологическую трудность представляет для родителей принятие диагноза, которая может проявляться в том, что родители неоднократно прибегают к независимой перепроверке диагноза, обращаются к разным формам лечения, включая нетрадиционную медицину. Период неэффективных попыток лечения в ряде случаев продолжается до 5 лет. Процесс воспитания ребенка подменяется физическим уходом, родители не знают, какие меры применимы к ребенку, и процесс воспитания «откладывается на потом». В результате теряется много времени, которое могло бы быть потрачено более эффективно на процесс воспитания ребенка, что дополнительно осложняет процесс психического развития ребенка [7].

Продолжительность эмоционально-шоковых реакций у родителей различается и зависит, прежде всего, от их индивидуально-психологических особенностей и наличия психологической поддержки.

В ранее проведенном нами исследовании выявлено, что ни один из родителей детей с отклонениями в развитии на фоне ППГМ не владел методами психологической саморегуляции, а для восстановления своего

психоэмоционального равновесия использовали курение, употребление спиртных напитков, чрезмерное употребление продуктов питания [1].

Следовательно, важное место в ранних лечебно-коррекционных мероприятиях следует отводить обучению родителей, особенно матери, которая в процессе повседневного ухода может целенаправленно в течение дня тренировать психомоторные навыки ребенка. Для получения необходимой информации о состоянии ребенка родители должны иметь возможность консультироваться со специалистами по поводу особенностей его состояния и развития, получать ответы на волнующие их вопросы, а также иметь доступ к систематизированной информации по актуальным вопросам, иметь возможность обучения конкретным навыкам оказания помощи ребенку, взаимодействию с ребенком и методам сенсорной стимуляции его развития.

Проанализировав оказание комплексной помощи, мы считаем необходимым и возможным в условиях детского стационара раннее оказание психологической помощи семьям, воспитывающим детей с ППГМ, которая может быть направлена на коррекцию эмоциональных взаимоотношений матери и ребенка, помощь родителям в принятии ребенка и его диагноза, помощь в адекватном интегрировании ребенка в структуру семьи. Психологическая помощь может включать проведение психологической коррекции в виде групповых и индивидуальных занятий родителей с психологом для улучшения психического состояния, снижения эмоциональной лабильности и повышения настроения.

Таким образом, необходимо усовершенствование системы ранней диагностики и психопрофилактики отклонений ННР детей, в рамках которой существенны выявление, диагностика и коррекция нарушений внутрисемейных отношений, повышение компетентности родителей и обучение навыкам взаимодействия со стимуляцией развития основных психических функций ребенка: речевых, эмоциональных, волевых, познавательных, а также внимания и социального поведения.

### **Литература:**

1. Белова О.С., Парамонова М.В., Соловьев А.Г., Свирский А.В. Лечебно-диагностическая тактика при отклонениях нервно-психического развития детей на фоне перинатального поражения головного мозга // Психическое здоровье. 2012. №3. С. 35-39.
2. Бочарова Е.А., Корытова Н.Г., Труфанова Л.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы // Российский педиатрический журнал. 2003. № 3. С. 52-54.
3. Полуниин В. С. Медико-социальные проблемы умственно отсталых детей-инвалидов с неврологической патологией / В. С. Полуниин, И. К. Сырников // Рос. мед. журн. 2004. № 5. С. 5–6.

4. Поляшова Н.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Адаптационный потенциал младших школьников и его взаимосвязь с параметрами физического развития // Экология человека. 2008. № 2. С. 34-38.
5. Прусаков В.Ф., Морозова Е.А., Марулина В.И. и др. Роль перинатальных повреждений нервной системы в формировании неврологической патологии детского возраста // Вестник современной клинической медицины. 2016. №2. С. 65-70.
6. Самсонова Т.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н. и др. Организация этапной лечебно-абилитационной помощи детям с перинатальными поражениями нервной системы // Вестник Ивановской медицинской академии. 2014. №2. С.14-18.
7. Сорокин В.М. Содержание и динамика реакций родителей на факт рождения ребенка с отклонениями в развитии // Вестник ОГУ. 2011. №5. С. 23-26.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**Березина И.Н.**

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Архангельск**

Проблемы, возникающие при применении законодательства, регулирующего защиту прав потребителей медицинских услуг, а также необходимость совершенствования правового регулирования в этой сфере требуют детального изучения. Жизнь и здоровье человека – это неотчуждаемые блага, без которых в значительной степени утрачивают свое значение все другие ценности и блага. В силу такой значимости этих благ государство и право охраняют их от умаления и неправомерных посягательств, в том числе путем установления права на охрану здоровья и оказание медицинской помощи, закрепления прав пациента, других прав, направленных на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи, установления ответственности за нарушение этих прав [1, 2].

Для современной российской цивилистики большой интерес представляет изучение гражданско-правовых отношений, возникающих при оказании медицинских услуг. При многообразии форм оказания медицинской помощи гражданам появление наряду с государственными и муниципальными частных медицинских услуг, требуют более четкой гражданско-правовой регламентации как сама по себе медицинская деятельность, так и работа медицинского персонала. Недостатки в данном направлении, неправильные действия медицинских работников могут быть основанием не только для морального осуждения, но и для привлечения их к различным видам ответственности [3, 4].

На сегодняшний день нормативную основу правового регулирования медицинских услуг в Российской Федерации составляют Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.); Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. N51-ФЗ; Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 г. N14-ФЗ; Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Закон РФ от

07.02.1992 №2300-I «О защите прав потребителей»; Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а также некоторые иные акты федеральных органов исполнительной власти и нормативно-правовые акты субъектов Российской Федерации. Для защиты прав пациентов как участников гражданского оборота наиболее значимы нормы законодательства в сфере охраны здоровья граждан и гражданского законодательства. [5].

В соответствии с действующим в сфере охраны здоровья граждан законодательством одной из сторон медицинских правоотношений являются граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства. К этой группе субъектов правоотношений, как правило, применяется понятие «пациент», которое отражено в статье 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». 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. Еще одним участником этих правоотношений является медицинская организация, которой является юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации [6].

Несмотря на провозглашенное в статье 41 Конституции Российской Федерации право граждан на бесплатную медицинскую помощь, ее доля в последнее время сокращается. Статьей 98 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливаются основы ответственности в сфере охраны здоровья, в том числе медицинских организаций, медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Даже в случае ненадлежащего оказания гражданам бесплатной медицинской помощи возникают деликтные отношения, которые регулируются гражданским законодательством. С позиций действующего законодательства в подобных случаях правильнее говорить - за нарушение прав пациентов и неисполнение (ненадлежащее исполнение) медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей [7, 8].

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, примерно 10% всей медицинской помощи в России оказывается с дефектами. При защите своих прав пациент должен четко представлять, куда обращаться и что требовать. В случае нарушения прав пациента гражданин может урегулировать конфликт непосредственно с услугодателем или использовать внесудебные и судебные способы защиты своих прав и свобод, к числу которых относятся:

1. Внесудебные способы: а) обращение к должностным лицам медицинских организаций; б) обращение в органы управления сферы здравоохранения, в

органы, осуществляющие федеральный государственный надзор в сфере здравоохранения либо в области защиты прав потребителей; в) обращение в правоохранительные органы; г) обращение в общественные организации и иные негосударственные институты (в том числе соответствующие профессиональные медицинские ассоциации). При обращении во внесудебном порядке к должностным лицам медицинских организаций (главному врачу, директору клиники и т.п.) пациент вправе требовать: исполнения обязательства по оказанию медицинской услуги; безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги третьими лицами; возмещения убытков. Также он вправе отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

2. Судебные способы: а) обращение в суд с жалобами на действия и решения, нарушающие права и свободы граждан – потребителей медицинских услуг; б) обращение в суд с исковыми заявлениями о недействительности договоров возмездного оказания медицинских услуг, о возмещении убытков, о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью в результате ненадлежащего оказания медицинских услуг, взыскании компенсации морального вреда и т.д. [4, 6].

Федеральный государственный контроль и надзор за соблюдением законодательства в сфере здравоохранения осуществляется Росздравнадзором. По данным Росздравнадзора, в структуре обращений граждан по вопросам оказания медицинской помощи свыше 40% связано с ненадлежащим ее качеством, свыше 25% - с дефектами организации, почти 20% - с недостаточной полнотой получаемой гражданами информации об их правах при получении медицинской помощи, в том числе на бесплатное ее оказание [10].

Таким образом, в случае нарушения прав потребителя медицинской услуги он может выбрать любой из внесудебных способов защиты нарушенных прав либо обратиться сразу в суд с жалобой на действия и решения, нарушающие его права и свободы либо с иском с заявлением. Заложенный в действующем законодательстве инструментарий, направленный на защиту прав потребителей медицинских услуг, на практике в ряде случаев оказывается недостаточно эффективным, что требует его дальнейшего совершенствования.

### **Литература:**

1. Долинская Л.М. Права пациентов как потребителей в сфере здравоохранения // Законы России: опыт, анализ, практика. 2010. №5.
2. Цыганова О.А., Ившин И.В. Права граждан в области охраны здоровья // Главная медицинская сестра. 2010. №7. С. 25 – 48.
3. Рабец А.М. Права потребителей при оказании медицинских услуг // Законы России: опыт, анализ, практика. 2007. №2.
4. Епифанова Е.В., Цыганова О.А., Ившин И.В., Мартынов Е.А. Гражданско-правовая и уголовно-правовая ответственность в медицине. М.: Юрлитинформ, 2011.
5. Цыганова О.А., Светличная Т.Г. Становление и развитие национальных законодательств в области обеспечения и защиты прав пациентов и практика их реализации // Медицинское право. 2013. №4.

6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 №323 // Собрание законодательства РФ. 2011. №48. Ст. 6724.
7. Цыганова О.А., Светличная Т.Г., Ившин И.В. Российская судебная практика по разрешению дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи // Заместитель главного врача. 2008. №1. С. 82 – 88.
8. Ившин И.В., Кузин С.Г., Чертов А.М. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками как признак объективной стороны преступления // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М., 2005. С 433 – 438.
9. О защите прав потребителей. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 // Российская газета. 1992. 7 апреля.
10. Долинская Л.М. Защита прав потребителей на примере защиты прав пациента. Доступно по: <http://отрасли-права.рф/article/17652>. Ссылка активна на 14.03.2017.

## **ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

***Большакова Е.А., Мальцева Н.А.***

***ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»,  
Архангельск***

В настоящее время приоритетом в деятельности медицинских учреждений любого профиля является обеспечение населения качественной медицинской помощью. Аспектами такого подхода признаны: безопасность, эффективность, доступность, своевременность и понимание индивидуальных потребностей больного, внимательное отношение к нему вне зависимости от национальности, вероисповедания, пола, возраста, уровня доходов, образования или состояния здоровья.

Важное значение в этих условиях приобретает поиск путей совершенствования онкологической помощи. Данный вид медицинской помощи определен как один из наиболее затратных, имеющий большую социальную значимость, в связи с ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями и инвалидизации от них, особенно среди трудоспособного населения. Рост числа вновь выявленных больных на поздних стадиях заболевания свидетельствует о нарушении прав граждан на получение качественной, бесплатной и доступной медицинской помощи. Это диктует необходимость проведения оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи онкологического профиля [1].

Удовлетворенность качеством медицинской помощи - это интегрированный показатель, отражающий объективное состояние системы здравоохранения и индивидуальное восприятие ее личностью, выражающей интересы определенных социальных слоев групп населения. Понятие «удовлетворение» это состояние удовольствия, когда полученный результат либо совпадает с ожиданием, либо превосходит его. Это сложное понятие, зависящее не только от качества медицинской помощи, но и объективных факторов и субъективных ощущений самого больного.

Уважительное и внимательное отношение к пациенту медицинских работников – наиболее значимый фактор для удовлетворенности пациента. Удовлетворенность зависит от профессионального уровня медицинских кадров, включающего их квалификацию, добросовестность, соблюдение принципов этики и деонтологии, что в определенной степени определяется наличием или отсутствием мотивации у медицинских работников к высококачественному и интенсивному труду. Так же имеет значение информация о заболевании, дополнительное обучение пациента, привлечение семьи [2, 3]. Недовольство пациентов в основном связано с низкой эмоциональной поддержкой медицинского персонала, недостаточной доступностью для понимания сообщаемой медицинской информации, недостаточным информированием пациентов о своих правах и обязанностях в области охраны здоровья.

Для оценки и поиска путей повышения качества, доступности, эффективности организации онкологической службы большое значение имеет анализ мнения непосредственных потребителей, то есть пациентов. С целью оценки эффективности и доступности организации службы необходимо владеть информацией не только объективного, но и субъективного характера [2, 4]. Это позволит выявить недостатки, внести обоснованные предложения по их устранению, определить пути повышения качества оказания онкологической помощи.

Авторами статьи переработаны и дополнены анкеты по изучению удовлетворенности пациентов качеством и организацией медицинской помощи, представленные в различных литературных источниках [4]. В результате составлена анкета по изучению доступности и удовлетворенности населения организацией и качеством медицинской помощи в ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер» (АКОД).

Предметом данного исследования является изучение удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием в учреждении онкологического профиля по таким направлениям, как организация приема и госпитализации, своевременность начала лечения, удовлетворенность результатами медицинского обслуживания, удовлетворенность отношением медицинского персонала, оценка работы лечебно-профилактического учреждения, условий пребывания в стационаре, обеспечения медикаментами.

Анкетирование проводилось на базе АКОД, в исследовании принимали участие пациенты 11 отделений. Нами проанализированы анкеты за период с 09.01.2017 по 17.02.2017 года. В анкетировании приняли участие 238 пациентов, добровольно согласившиеся на исследование. 77,3% респондентов лица женского пола, 22,7% – мужского. Возрастная структура респондентов представлена следующим образом: самую многочисленную группу составили пациенты в возрасте 50-59 лет (34,0%), на втором месте лица в возрасте 40-49 лет (26,9%), на третьем –

лица старше 60 лет (19,3%). Обращает внимание то, что удельный вес пациентов старше 40 лет составил 80,2%.

По уровню образования респонденты разделились следующим образом: наибольшую часть составляют пациенты со средним специальным образованием (48,7%) и высшим образованием – 35,7%. На данном этапе в анкетировании участвовали следующие группы пациентов: работающие – 54,2%, работающие пенсионеры – 43,3%, состоящие в центре занятости – 2,5%.

Почти  $\frac{3}{4}$  пациентов (74,4%) оценивают свое здоровье как удовлетворительное. На вопрос, что вызывает наибольшую тревогу при медицинском обслуживании в онкологическом диспансере, 83,2% ответили, что «все хорошо», 4,2% - снижение качества медицинского обслуживания, 3,8% - невнимательное отношение персонала, 3,4% - отсутствие лекарств, 7,6% пациентов указали свой вариант ответа (в основном недовольны питанием в стационаре).

Время ожидания приема врача в поликлинике составило до 15 минут у 58,0% пациентов, от 1 часа и более ожидали приема 13,4% респондентов. Не было сложностей с получением направления в стационар в 94,1% случаев. При этом почти у 90,0% пациентов сроки планового поступления в стационар составили менее 1 месяца. Недовольство у пациентов вызывает время пребывания на приемном покое: 65,5% опрошенных провели на приемном покое от 15 до 60 минут, от 1 часа и более – 18,9%.

При поступлении в стационар обследование и лечение было начато на 2-й день и позже у 40,8% пациентов. В 94,0% случаев лечащий врач осматривал и беседовал с пациентом ежедневно или не менее 3 раз в неделю.

Одним из важных условий качества медицинской помощи и удовлетворенности ею, является умение медицинского персонала всех уровней, особенно врачей, найти контакт с пациентом. Более 95,0% респондентов отметили, что лечащий врач информировал о диагнозе, процедурах, осложнениях и отвечал на интересующие их вопросы. Сталкивались с грубым отношением со стороны медицинских сестер 3,4% пациентов, со стороны лечащего врача лишь 0,8%.

Не удовлетворены или частично удовлетворены санитарно-гигиеническими условиями при оказании медицинской помощи 15,1% пациентов. 40,0% респондентов не в полной мере удовлетворены организацией питания в диспансере.

Часть пациентов (9,2%) отметили, что приобретали медикаменты самостоятельно (гипоаллергенный пластырь, облепиховое масло, тималин, рибоксин), но данные средства не входят в перечень ЖНВЛП и предоставляемых по программе госгарантий, следовательно, не предоставляются в стационаре бесплатно. Среди опрошенных 8 человек ответили, что оплачивали медицинскую

помощь, которая должна быть оказана бесплатно, при этом они сами выступали инициатором оплаты.

В целом удовлетворены работой диспансера 97,1% пациентов.

В заключение анкеты респондентам было предложено высказать свои замечания и предложения по работе диспансера. Пациенты высказывают много благодарностей в целом персоналу и отдельным врачам. Замечания в основном сводились к питанию (питание однообразно, мало овощей и фруктов, недовольны качеством приготовления), длительному ожиданию приема врача и пребыванию на приемном покое, отмечали запоздалое начало лечения и обследования. Среди пожеланий пациентов – улучшение питания, внимательное отношение персонала, доступность оказания медицинской помощи.

Проведенный анализ удовлетворенности пациентов качеством и доступностью выявил недостатки и проблемы в оказании медицинской помощи лицам с онкологическими заболеваниями, что позволит разработать мероприятия по ее совершенствованию. Руководителю учреждения, на основании этих данных целесообразно обратить особое внимание на выявленные проблемы и предпринять меры по повышению качества и доступности, совершенствованию организации оказания онкологической помощи.

### **Литература:**

1. Алексеев П.С. К вопросу об экспертизе качества медицинской помощи при онкологических заболеваниях / П.С. Алексеев, В.В. Колосков, Н.И. Чернышева // *Фундаментальные исследования / Академия естествознания*. 2010. № 2. С. 19-23.
2. Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // *Социология медицины*. 2015. №14 (1). С. 19-25.
3. Ходакова О.В., Шильникова Н.Ф., Никифоров А.В. Результаты мониторинга социальной удовлетворенности застрахованных в системе обязательного медицинского страхования // *Дальнев. мед. журн*. 2013. №2. С. 85-88.
4. Шулаев А.В., Спиридонов А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения // *Современные проблемы науки и образования*. 2013. № 4. С.12-19.

## **СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА**

**Волова Т.Л.**

**ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики», г. Архангельск**

В последнее десятилетие обеспечение благополучного и защищенного детства стало одним из основных национальных приоритетов России [7]. Важным направлением при этом является разработка и реализация программ раннего вмешательства в соответствии с Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 г. № 1839-р [4].

Основные проблемы в сфере детства систематизированы в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 01.06.2012 г. № 761 [7]: высокий риск бедности при рождении детей, особенно в многодетных и неполных семьях, распространенность семейного неблагополучия, жестокого обращения с детьми и всех форм насилия в отношении детей, низкая эффективность профилактической работы с неблагополучными семьями и детьми, распространенность практики лишения родительских прав и социального сиротства, социальная исключенность уязвимых категорий детей (дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, дети-инвалиды и дети, находящиеся в социально опасном положении). Это ставит вопросы ранней диагностики поражения центральной нервной системы (ЦНС) и прогноза психического здоровья ребенка в ряд наиболее актуальных, особенно с акцентом на обследование детей из групп социального риска [1,6].

По данным Федеральной службы государственной статистики, за последние пять лет количество детей-инвалидов в России увеличилось и составляет около 2% детского населения. В структуре причин инвалидности наиболее часто наблюдаются психические расстройства и расстройства поведения (22,8%) [4].

Профилактическое направление рассматривается в качестве одного из основных принципов медицинской этики. Базовой составляющей превентивной медицины является сохранение психического здоровья ребенка раннего возраста. Психологический и этические аспекты психического здоровья предполагают профилактику психологического неблагополучия еще до рождения ребенка и внимание к его внутреннему миру с самого раннего возраста.

Существует ряд факторов, оказывающих определяющее влияние на психическое здоровье, в т.ч. биологические (возраст, пол, соматические заболевания и

пр.), генетические и социально-экономические факторы, особенности семейной ситуации и возможности межличностной коммуникации, психологические и личностные особенности, возможности адаптации в стрессовых условиях и пр. [2]. Важную роль при формировании психического здоровья ребенка раннего возраста играют также правильное питание, сон, физическая активность и лечебная физкультура, соматическое здоровье и своевременная терапия заболеваний, отношения в системе «мать-дитя», особенности межличностной коммуникации в среде сверстников, наличие общения с природной средой и животными, развитие внимания, памяти, интеллекта, творческих способностей, воображения, игровой деятельности.

Известно, что истоки большинства психических заболеваний лежат в детстве, причем преимущественно в первых годах жизни ребенка, когда закладывается основа его личности и здоровья, в целом. Микропсихиатрия занимается диагностикой начальных проявлений психопатологии, поиском как факторов риска, так и антириска ранней психопатологии, разработкой новых форм психопрофилактики (в т. ч. первичной) и психиатрической помощи для детей раннего возраста, повышением эффективности процесса охраны психического здоровья детского населения с натального периода [5].

Первый триместр жизни человека можно считать особым сенситивным периодом в развитии общих свойств личности, а именно ее возможностей образовывать эмоциональные связи, испытывать эмоциональный резонанс, т.е. понимать эмоции других людей и сочувствовать им, а также создавать тонкие душевные связи, так называемую привязанность, берущую начало в диаде «мать-дитя» и распространяющуюся на целостную семейную привязанность в триаде «мать-отец-дитя». Дефицит материнского тепла, заброшенность и беспризорность детей - частая причина возникновения психопатологии в раннем и последующем детстве [3]. Главная задача перинатальной психологии и психиатрии – гуманизация среды, окружающей диаду «мать-дитя» на протяжении антенатального, интранатального и постнатального периодов.

К группе социального риска по возникновению психических расстройств относятся дети, оставшиеся без попечения родителей, или оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, независимо от возрастной категории. Особая категория детей, оказавшихся в условиях материнской депривации, с нарушением привязанности в сочетании с сопутствующей психоневрологической и соматической патологией - воспитанники домов ребенка.

Целью исследования явилась систематизация основных подходов по реабилитации детей раннего возраста с наличием психических расстройств, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и воспитывающихся в условиях специализированного дома ребенка.

В Архангельском специализированном доме ребенка (АСДР) для детей с поражением ЦНС и нарушением психики, который является медицинским психолого-социальным центром раннего вмешательства и реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, ежегодно проходят комплексную медико-психолого-педагогическую реабилитацию более 200 детей. С каждым годом возрастает число детей в возрасте до 1 года.

В дом ребенка поступают дети с перинатальным и органическим поражением ЦНС, врожденными пороками, алкогольной эмбриофетопатией, родившиеся раньше срока, в том числе с экстремально низкой и очень низкой массой тела и пр. В 85% случаев выявляются задержки психомоторного развития различного генеза, что, в основном, является следствием социальной, семейной ситуации, в которой находился малыш, отмечаются элементы острой реакции на стресс и депрессивные реакции.

Необходимым условием психологического благополучия ребенка является создание в учреждении соответствующей среды для улучшения процесса адаптации ребенка, применение методик, позволяющих минимизировать проявления острой реакции на стресс, депрессивных расстройств и пр.

Большинство воспитанников дома ребенка - дети с ограниченными возможностями здоровья, поэтому педагоги должны владеть особыми знаниями и навыками, обладать добротой и чуткостью к пониманию психических особенностей таких малышей. Требуется комплексный полипрофессиональный подход к сопровождению и лечению таких детей, защита их прав и интересов.

Клинический опыт комплексной реабилитации детей раннего возраста в условиях АСДР показывает, что для сохранения психического благополучия ребенка важную роль имеют дополнительные факторы среды: создание комфортных условий проживания, приближенных к семейным, умение специалистов дома ребенка заменить близкого взрослого, создание речевой среды, правильная организация встреч с родителями, использование специальных уголков уединения для малыша, организация совместного пребывания в группах братьев и сестер, использование специальных реабилитационных программ для детей, перенесших жестокое обращение и условия психоэмоциональной депривации, а также специальных методик по развитию детей с педагогической запущенностью.

Одним из основных направлений деятельности специализированного дома ребенка является устройство ребенка в семью. Ежегодно из АСДР выбывает 150-180 малышей и большинство из них - в семьи (в биологическую семью, под опеку или усыновление). В связи с этим важной задачей специалистов является психологическая подготовка ребенка к переходу в семью с использованием специальных программ.

Таким образом, в целях сохранения психического здоровья детей раннего возраста, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и воспитывающихся в условиях дома ребенка, необходим комплексный подход, включающий как оказание медико-психологической помощи для улучшения процесса адаптации ребенка к новой среде, комплексное лечение патологии ЦНС и психических расстройств, так и использование специальных абилитационных и реабилитационных методов и программ, в том числе для психологической подготовки ребенка к переходу в семью.

### **Литература:**

1. Бочарова Е.А., Корытова Н.Г., Труфанова Л.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы // Российский педиатрический журнал. 2003. № 3. С. 52-54.
2. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медико-биологические факторы риска в формировании психоречевой патологии в детском возрасте // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2002. Т. 81. № 1. С. 91-93
3. Голубева Н.И., Козловская Г.В. Депрессивные расстройства младенческого и раннего детского возраста. Клиника, диагностика, лечение и коррекция. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2016. 44 с.
4. Концепция ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 г № 1839-р.
5. Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А. и др. Актуальные проблемы психического здоровья детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2015 (15). № 2. С.12-14.
6. Поляшова Н.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Адаптационный потенциал младших школьников и его взаимосвязь с параметрами физического развития // Экология человека. 2008. № 2. С. 34-38.
7. Указ Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы».

### ***СИМВОЛИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ АРГУМЕНТОВ ЗА ЭВТАНАЗИЮ И ЕЕ АКТУАЛЬНОСТЬ В ПРЕПОДАВАНИИ БИОЭТИКИ<sup>1</sup>***

***Герасимова О.В., Мещерякова Т.В.***

***ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет»,  
г. Томск***

***ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»,  
г. Томск***

Несмотря на то, что термин эвтаназия появляется лишь в XVII веке благодаря философу Френсису Бэкону, а привычное большинству определение эвта-

---

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ (№ 15-03-00598).

назии как прекращение жизни человека, испытывающего невыносимые страдания вследствие неизлечимого заболевания, появляется гораздо позднее, практика прерывания жизни неизлечимых больных, неполноценных детей и дряхлых стариков существовала еще в древности. Как этическая проблема она находит свое выражение в «Клятве Гиппократа»: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла...» [1]. Эвтаназия, которая в современных дискуссиях обозначается как «право на смерть» в традиционную эпоху была не правом, а обязанностью и часто применялась к людям не испытывавшим «невыносимые страдания», являясь по сути убийством «балластных» членов общества. Это действие являлось *социально одобряемым*, не в силу особой жестокости традиционных культур, а т.к. давало больший шанс для выживания племени, рода, общины, деревни. Общеизвестен тот факт, что данная практика чаще всего применялась среди тех групп, где были наиболее суровые условия для выживания. Община выступает как социальная целостность, человек не мыслится вне ее как автономная социально действующая единица. Следствие этого – важнее выживание сообщества в целом, а не отдельного индивида.

Рационализация западного общества выводит на первый план личность и такое ее качество как индивидуальность, понимаемая как неповторимость, уникальность каждого человека. Все более отделяясь от общины, человек становился все более свободным, однако он все менее испытывает поддержку и защиту рода, клана, профессиональной гильдии. Возрастающая свобода приводила естественным образом к возрастанию ответственности, а это, в свою очередь, порождало все возрастающее стремление контролировать собственную жизнь и более того – собственную смерть: «Люди, которые смотрят на жизнь как на способ самоутверждения и самоопределения, приходят в ужас при мысли, что их смерть станет свидетельством обратного – полной зависимости от других. Они хотят умереть так, как пожелают сами, даже если такая форма смерти будет расходиться с желаниями других» [4].

Во второй половине XX века проблема эвтаназии приобрела особое звучание, особую актуальность. И связано это было не только с процессами индивидуализации и либерализации, но и с изменениями в медицине: 1) развитие медицинских технологий позволили человеку доживать до таких стадий болезни, до которых ранее не доживали; 2) изменился критерий смерти, появляется новый критерий – смерть мозга; 3) развитие реаниматологии и появление жизнеподдерживающей аппаратуры. Одновременно происходит отход от патернализма как основной модели взаимоотношения врача и пациента, складывается понимание автономии пациента. Часто сторонники эвтаназии ссылаются именно на автономию пациента.

Сегодня споры об эвтаназии во многих странах ведутся очень горячо. К сожалению, ее сторонников становится все больше и больше. 8 ноября 2016 года в США жители штата Колорадо на референдуме приняли решение о легализации эвтаназии для пациентов, достигших восемнадцатилетнего возраста, страдающих от неизлечимого заболевания, жить которым осталось менее полугода [2]. Это уже шестой штат США, который принимает закон о легализации эвтаназии.

Проводимые социологические исследования в России показали, что большое количество людей высказываются за легализацию эвтаназии, однако изучение мнений посетителей форумов, посвященных данной проблеме показало, что представление об эвтаназии поверхностно, часто под словом эвтаназия подразумеваются иные явления, например, просто отказ от лечения.

Анализ данных опросов студентов СибГМУ, проводимый авторами ежегодно с 2005 года в самом начале проведения лекций и семинарских занятий по биоэтике, показал, что такая же ситуация характерна и для них. В анкетах был задан вопрос: «Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?» Кроме этого, студентам предлагалось аргументировать свою позицию. В 2017 году было опрошено 180 студентов. Авторы сравнили данные опроса студентов врачебных факультетов (лечебного и педиатрического) 2006 года и 2017, которые показали, что наблюдается некоторая динамика в сторону либерализации по отношению к эвтаназии: в 2006 году сторонников эвтаназии было на 8% меньше, чем в 2017 году, а противников было на 10% больше. Число затруднившихся с ответом изменилось незначительно.

Обращает на себя внимание то, что в 2006 году те, кто высказался против эвтаназии, охотно аргументировали свою позицию (всего 2 человека из всех не пояснили ее). Среди же тех, кто выступил «за», было много студентов, никак не аргументировавших свой выбор. Большинство из тех, кто ответил «затрудняюсь ответить», никак не объяснил свою позицию. В 2017 г. наблюдается несколько иная картина: в основном все, кто отвечал «за» и «против» приводили аргументы для обоснования своей позиции. Среди студентов, затруднившихся четко определиться в отношении эвтаназии, гораздо больше, чем в 2006 г., дали объяснение этому. Напрашивается вывод, что современные студенты более осознанно подошли к ответам на вопросы, они четко определяются с аргументами и готовы их высказать.

Позиции студентов, высказавших свое мнение по поводу эвтаназии в 2017 г., были проанализированы с точки зрения их принадлежности к религиозной конфессии. Студенты выбравшие ответ «против» – все верующие (христианство – большинство, ислам, есть буддисты); из тех, кто выбрал ответ «за» – половина христиан (в основном православные), единицы исповедуют ислам и буддизм. И только четверть из них указали – «я не верю в Бога». Затруднившиеся с ответом

на этот вопрос, но пояснившие причину такого ответа, все христиане (абсолютное большинство православные) и ислам (два человека). Отсюда можно сделать вывод о том, что религия для большинства опрошенных студентов – это скорее культурная принадлежность, чем ясное понимание духовных основ. Впрочем, этот вывод очень созвучен выводу, полученному при опросе 2006 года: «религиозная ориентация для многих студентов, носит скорее характер следования традиции в культурно-историческом плане, чем глубокого понимания и осознанного принятия тех моральных норм, которые являются фундаментальными для верующего человека» [3].

Содержательный анализ, высказанных аргументов, позволяет в свою очередь сделать выводы о задачах, которые стоят перед преподавателями биоэтики в таких темах, как «Смерть и умирание», «Эвтаназия: аргументы основных подходов». Что дал этот анализ? При сравнении ответов в разные годы прослеживается схожесть аргументации, но есть одно отличие: в 2006 г. студенты, выступающие за эвтаназию, говорили в основном о сострадании, например – «Если человек уже обречен на смерть и безнадежно болен, то зачем его мучить, ему будет тяжело». Только 8 ответов из 45, высказавшихся «за», в качестве довода говорили о правах человека. В 2017 г. о том, что «каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью», высказалось гораздо больше студентов: на лечебном факультете (1 курс) – 20 из 48, на педиатрическом (2 курс) – 15 из 43. Рост количества ответов о правах пациента может быть расценен как проявление осознания того, что люди имеют право на автономию, на добровольное информированное согласие. В 2006 г. в медицинских учреждениях России не была распространена повсеместно практика получения добровольного информированного согласия у пациентов в отличие от последних лет. Притом надо отметить, что у студентов появились ответы даже не о *праве*, а о *долге* в оправдании эвтаназии: неизлечимо больной человек «должен обладать правом на эвтаназию», подчеркнуто в двух ответах. Симптом тревожный, он указывает на то, что в обществе появляется скорее всего незаметно для самих говорящих представление о принудительном характере автономии, это только намеки, штрихи, но они не могут не вызывать тревогу.

Заслуживают внимания ответы тех студентов, которые написали разъяснения в пункте «затрудняюсь ответить». Это студенты по вероисповеданию православные и мусульмане. В их ответах прослеживается понимание сложности проблемы эвтаназии, ее неоднозначности. Одна студентка прямо написала, что не может судить об этом, так как «еще не совсем информирована».

Анализ ответов «за» в целом позволил сделать следующие выводы:

1. Студенты не видят логических противоречий в своих ответах. Например, эвтаназия для них – это способ «облегчить страдания», но ведь смерть не облегчает страдания в жизни, а прекращает саму жизнь.
2. В некоторых ответах проявляется инфантилизм, выражающийся в своеобразном эгоизме: лучше убить человека с помощью эвтаназии, чем смотреть, как человек мучается (смотрящий ведь тоже страдает).
3. Есть и довольно циничные ответы, называющие эвтаназию услугой, а также рассуждающие о социальной смерти: «Социальная смерть – это конец существования личности. Человека больше нет. И даже если он выйдет из комы, он будет только обременять врачей и родственников. К тому же, ресурсы и койко-места больницы ограничены, есть менее безнадежные пациенты».
4. Прослеживается сведение понятия жизнь во всех ее проявлениях к понятию жизни с удовольствием, без страданий.
5. Самое главное: студенты (нет разницы 1-го или 2-го курса) невежественны (не информированы) в данном вопросе. Они не знают, что такое эвтаназия, клиническая смерть, кома, и не имеют представления о паллиативной помощи.

Отсюда соответственно вытекают задачи, которые для себя должен поставить каждый преподаватель биоэтики: дать четкие определения основных понятий, показать философские основания аргументации «за» и «против» эвтаназии, доказать, что альтернатива эвтаназии существует.

### **Литература:**

1. Гиппократ. Избранные книги. М.: Сварог, 1994. 736 с.
2. Жители Колорадо проголосовали за легализацию эвтаназии. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.interfax.ru/world/536274>
3. Мещерякова Т.В., Герасимова О.В. Осознание ценности жизни в пересечении этических позиций (анализ результатов социологического исследования динамики отношения к проблемам биоэтики российских студентов-медиков) // Бюллетень сибирской медицины. 2006. № 5. С. 142-146.
4. Уайатт Джон. На грани жизни и смерти. По материалам лекций, прочит. в Ин-те соврем. христианства в Лондоне / Пер. с англ. О. А. Щелочков и др.; Под общ. ред. А. В. Прокопенко, О. А. Щелочкова. СПб.: Мирт, 2003. 362 с.

## ***ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА***

***Григорович В.В.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г.Архангельск***

Болезнь Альцгеймера — это поражение нервной системы, при котором человек постепенно утрачивает умственные способности: память, речь, способность мыслить логически и ориентироваться. Это заболевание считается одной

из самых тяжелых форм старческого слабоумия. Чаще всего болезнь Альцгеймера обнаруживают у людей старше 65 лет, в редких случаях встречается и более раннее начало. К сожалению, количество больных из года в год увеличивается, что связано не только с улучшением диагностики, но и с общим увеличением продолжительности жизни людей. Если в 2006 году болезнью Альцгеймера страдали почти 27 миллионов человек во всем мире, то к 2050 году эта цифра может увеличиться в 4 раза.

Специалисты разделяют течение болезни Альцгеймера на 4 стадии: предеменция, ранняя деменция, умеренная деменция, тяжелая деменция. Симптомы предеменции часто принимают за естественное старение мозга. Больной не может усвоить новую информацию, вспомнить распространенное слово или выполнить дело средней сложности. На этапе ранней деменции нарушения памяти становятся более заметными, хотя это по-прежнему не отражается на воспоминаниях, относящихся к далекому прошлому. Могут начаться проблемы с речью — человек начинает говорить медленнее, скудеет его словарный запас, труднее становится выражать свои мысли как устно, так и письменно. При умеренной деменции нарушения речи выражены уже довольно заметно — пациент забывает подходящие слова, пытается подобрать им аналогичную по смыслу замену, но часто ошибается. Страдает координация сложных движений, чтение и письмо, развивается недержание мочи. Ухудшается долговременная память, человек может забыть, где он находится, дорогу домой, лица родственников. Тяжелая деменция — это крайняя степень болезни, когда пациент не может себя контролировать самостоятельно и полностью зависит от помощи посторонних. Речь его очень скудна, как правило, она сводится к отдельным словам, не всегда употребляемым уместно. В некоторых случаях наблюдается полная утрата речевой функции. При этом сохраняется способность к эмоциональному контакту — человек понимает обращенные к нему эмоции и даже может отвечать взаимностью [1].

Течение болезни Альцгеймера индивидуально, но как правило, она развивается незаметно и постепенно прогрессирует. На первые симптомы часто не обращают внимания, считая странное поведение человека возрастными особенностями или нетипичной реакцией на стресс.

Болезнь Альцгеймера является настоящим испытанием для больного человека и его близких людей. В первую очередь близкие люди сталкиваются с психологическими проблемами, так как больной может не узнавать своих родственников, у него может меняться настроение и отдельные черты характера. Зачастую родственники больного не понимают его и отвергают наличие болезни [2]. Еще одной немаловажной проблемой является режим содержания больного, по-

скольку не все родные могут самостоятельно ухаживать за больным родственником, а потому вынуждены помещать их в специализированные пансионаты, что для самого больного может стать травмирующим фактором и усугубить течение его болезни.

В лечении пациента и его реабилитации также имеется ряд проблем. Во-первых, медикаментозно больного можно только поддерживать, но полностью вылечить человека невозможно. Во-вторых, оказываемая психологическая поддержка не может быть объективно оценена. Это означает, что внешне состояние пациента улучшается, а фактически не изменяется или ухудшается.

Во время болезни пациент испытывает одиночество, безразличие к окружающему миру, депрессию, ему кажется, что для родных он стал тяжким грузом, который их обременяет. Близким людям, в свою очередь, тяжело наблюдать, как прогрессирует болезнь, изменяя их родного человека. Поэтому так важно обращаться к специалистам, которые помогут в решении проблем.

#### **Литература:**

1. Каминский Ю. Г., Косенко Е. А. Популярно и не очень о болезни Альцгеймера // Либроком. 2009. 136 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия: Учебник для студ. мед. Вузов. 2006. С.32-34

### ***ЭТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ***

*Доника А.Д.*

***ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации***

Высокий уровень конфликтности в здравоохранительной сфере (отношениях между медицинскими работниками и пациентами) демонстрирует потребность формирования специфических личностных компетенций уже в условиях образовательной среды вуза медицинского профиля [4]. Сегодня в междисциплинарном поле медицины, биологии (генетики), химии развиваются биотехнологии лечения социально значимых заболеваний (био и нано-чипы), разрабатываются новые техники разработки лекарственных средств («малой молекулы», генетического редуцирования) и их назначения пациентам (фармакодиагностика, точечная терапия). В то же время, несмотря на возрастающую интеллектуальную нагрузку будущего медицинского специалиста, для успешной реализации необходимо формирование деонтологических компетенций, поскольку рост этических конфликтов также опосредован ростом высокотехнологичных биомедицинских технологий.

Необходимость оптимизации этического подхода в образовании медицинских специалистов подтверждают и результаты проведенного нами социологического исследования рассматриваемой профессиональной группы. Квотная выборка сформирована по критериям специальности, возраста, пола (N=58, ср. возраст  $28 \pm 3,5$  лет). В результате исследования было получено субъективное ранжирование личностных качеств медицинского специалиста, необходимых для формирования партнерских доверительных отношений с пациентом. Несмотря на то, что в целом полученные результаты демонстрируют приоритет личностных качеств, определяющих этику профессионального поведения данной профессиональной группы, обращает внимание, высокая оценка респондентами таких качеств, как наблюдательность и заниженная – эмпатии.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает значимость этических и моральных ценностей для рассматриваемой профессиональной группы, но также эксплицирует направления для социально-психологического сопровождения профессионального обучения в контексте его непрерывности [3,]

Современные Федеральные государственные стандарты высшего образования включают еще несформированный окончательно, но уже заявленный блок общекультурных компетенций. Так, анализ ФГОС ВО специальности «лечебное дело» демонстрирует необходимость формирования у выпускника таких *общекультурных* компетенций, как «способность ... нести социальную и этическую ответственность за принятые решения», «готовность... толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия» и *общепрофессиональной* компетенции – «способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности» [1]. Если оценивать такой подход как потенциальный инструмент снижения конфликтности в медицине, то необходимо отметить, что ожидаемый результат носит отдаленный характер, требуется разработка и апробация методического сопровождения, во-вторых, любое обучение не гарантирует абсолютность положительного результата (степень освоения учебного материала, уровень компетентности преподавательского состава и др. факторы).

В этой связи определенное значение приобретает обучение будущих медицинских специалистов деонтологии более креативными методами. Европейский механизм предупреждения и разрешения конфликтов в рассматриваемых взаимоотношениях, формализован «Всеобщей декларацией по биоэтике и правам человека», принятой ЮНЕСКО 19 октября 2005 г., которая содержит 15 основных принципов, охватывающих основные аспекты соблюдения прав человека на современном уровне развития биомедицинских наук. На наш взгляд, интеграция в образовательное пространство медицинского вуза данного этического

подхода является целесообразной. В этом году в Волгоградском государственном медицинском университете впервые, как и во всем мире, отмечался Международный день биоэтики. В рамках этого праздника Волгоградским юнит-отделением Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО проведена научная конференция студентов и молодых ученых, в преддверии которой был организован конкурс эссе и плакатов на тему «Человеческое достоинство и права человека». Результаты конкурса позволяют сделать вывод, что участие студентов медицинского вуза в международных научных мероприятиях такой направленности является реальным вкладом в формирование не только научно-исследовательских, но и этико-ориентированных компетенций медицинских специалистов. Это особенно актуально для студентов лечебных специальностей младших курсов, которые еще не столкнулись с этическими проблемами в практической деятельности [2].

### **Литература**

1. ФГОС ВО специальности «лечебное дело» (утв. Пр. Минобрнауки РФ от 09.02.2016 № 95 [Электронный ресурс] режим доступа: <http://fgosvo.ru>.
2. Доника А.Д., Шипунов Д.А. Человеческое достоинство и права человека (о праздновании международного дня биоэтики в Волгоградском медицинском университете // Биоэтика. 2016. №2(18). С.56-57
3. Седова Н.Н. Образование в области биоэтики как интернациональная проблема // Биоэтика. 2012. №2 (10). С.22-26.
4. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.

## ***РОЛЬ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ***

***Дубинина Н.И., Шмакова Т.Л., Веденеева Н.А.***

***ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1»***

*Ничто не обходится нам так дешево  
и не ценится так дорого, как вежливость.*

*Мигель Сервантес де Сааведра*

В настоящее время в системе здравоохранения значительное место занимают инструментальные исследования, специализированная и высокотехнологическая медицинская помощь на основе развития медицинских технологий. Во главу угла ставятся положения доказательной медицины. Обследование и лечение пациента осуществляется на основе стандартов и с учетом порядков оказания медицинской помощи. В услугах специализированной и высокотехнологической

медицинской помощи (в основном, оперативное лечение, способы доставки лекарственных препаратов, применение лучистых энергий, применение новых разработок- стволовых клеток и т.д.) нуждаются не более 3-5% пациентов, прикрепленных для медицинского обслуживания к поликлинике. Исследования, проводимые согласно принципов доказательной медицины (рандомизированные плацебо - контролируемые исследования), считаются успешными при разнице конечных точек на 23-25% по сравнению с контрольной группой, получающей плацебо [6]. Таким образом, более 20% пациентов, участвующих в клинических исследованиях, достигали улучшения состояния, которое было зафиксировано в медицинской документации, фактически не получая медикаментозных препаратов. Т.е. глубокое убеждение пациента в назначении эффективного лечения, уверенность со стороны врача в «правильности» назначения лечения, привела к положительному результату.

Основная часть пациентов получает медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту прикрепления для медицинского обслуживания. По данным крупной медицинской организации, оказывающей амбулаторную помощь в условиях г. Архангельска (количество населения, прикрепленного для медицинского обслуживания составляет 77 тысяч человек) при оказании первичной медико-санитарной помощи основную массу составляют пациенты, страдающие наиболее распространенными заболеваниями: артериальная гипертензия, хроническая ишемическая болезнь сердца и ее осложнения, заболевания органов дыхания, сахарный диабет.

Нуждаемость в специализированной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (в основном, хирургического профиля- по поводу варикозной болезни вен, грыжесечения, ЖКБ, операций на женских половых органах, эндопротезирования суставов, вмешательств на коронарных сосудах) в год составляет около 2000 человек, что составляет около 2,6% пациентов, прикрепленных для медицинского обслуживания к поликлинике. Практически 40% пациентов являются лицами пенсионного возраста. Количество лиц, имеющих значимые хронические заболевания, требующих постоянной лекарственной терапии, мероприятий реабилитации и абилитации составляет около 40% (в том числе имеют группу инвалидности 9,1%, имеют региональную льготу 8,5%), что сопоставимо с данными по Архангельской области.

С увеличением возраста пациента повышается степень полиморбидности (артериальная гипертензия и хроническая ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, сахарный диабет, снижение остроты зрения, тугоухость, гинекологические заболевания, патология предстательной железы), в старших возрастных группах этот индекс составляет 5,4.

Данные категории пациентов страдают изменениями в эмоциональной и когнитивной сферах. Общение с ними требует больших временных затрат, душевных сил от врача и медицинской сестры. «Портрет пациента 2017» - значительно отличается от «портрета пациента» конца XX века в плане появления знаний правовых норм здравоохранения на поверхностном уровне и уверенного их применения при взаимодействии с медицинскими работниками. Средства массовой информации сформировали образ медицинского работника, как «чиновника от медицины». При обращении в поликлинику пациент «морально готов» к отстаиванию своих прав, он слышал о существовании стандартов оказания медицинской помощи, системе ОМС; считает, что только при содействии страховой медицинской компании, министерства здравоохранения и прокуратуры может получить качественную медицинскую помощь, особенно в условиях сокращения количества коек в круглосуточных и дневных стационарах. Таким образом, в настоящее время отмечается рост числа пациентов, априори более агрессивно настроенных.

Медицина, как отрасль народного хозяйства, имеет четкие плановые показатели (тарифные соглашения министерства здравоохранения с фондом ОМС на региональном уровне) во всех гранях своей деятельности, поэтому врач и медицинская сестра испытывают пресс государственного задания по выполнению плана посещений (обращений), выполнения профилактических показателей.

Анализ количества обращений пациентов по поводу оказания медицинской помощи в течение последних лет растет: по сравнению с 2010 годом число обращений увеличилось в 4,8 раз и составило 279 в 2016 году, в том числе в письменном виде, устно, по Интернету (сайт медицинской организации, сайт министерства здравоохранения). Причем, количество обращений по качеству оказанной медицинской помощи (дефектам ее оказания) составляет не более 10%. Обращает внимание, что большая часть претензий пациентов связана с отсутствием предоставления информационной услуги медицинскими работниками, либо отсутствием разъяснения своих действий. Количество жалоб без видимого повода («врач-травматолог посадил пациентку на стул, находящийся на расстоянии, некомфортном для пациента», «не улыбнулся», «отказался принять коробку конфет», «ворчал при осуществлении приема») составляет около 40%. В поликлинике каждое обращение рассматривается на комиссии по обращениям граждан, возглавляемой главным врачом; при необходимости - на комиссии по этике в присутствии заинтересованных медицинских работников. Разбор каждой жалобы, с учетом времени, потраченного на объяснительные непосредственных участников неудачного взаимодействия, анализ документации, проведение экспертизы качества случая оказанной помощи, подготовки ответа, занимает в среднем, 6-7 часов рабочего времени. Время приема пациента врачом, обычно, не

превышает 20 минут. Соотношение времени, потраченного на неконструктивный диалог и подготовку ответа несоизмеримо.

Принципы поведения в процессе профессиональной деятельности человека являются вопросами профессиональной этики. Медицинская этика изучает медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия врача с коллегами и пациентом [4]. Ее принципы закреплены в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации": «Соблюдение этических и моральных норм, а также уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников; оказание медицинской помощи пациенту с соблюдением, по возможности, культурных и религиозных традиций пациента». В процессе обращения за медицинской помощью всегда участвуют две стороны: медицинский работник и пациент. Модель ответственности врача за уровень здоровья пациента, бытовавшая ранее (патерналистская модель), в настоящее время преобразована в партнерскую. Если патерналистская модель была устоявшейся, и нормы поведения ее участников были четко определены, то принцип партнерских отношений врача и пациента не имеет устоявшихся норм и правил.

Если стиль общения врача (медицинской сестры) определяют принципы медицинской этики и деонтологии, то образ действия пациента ограничивает только его культурный уровень, который может колебаться в большом диапазоне. Изменения, внесенные в ст. 27 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [1], декларирующие положение о повышении ответственности пациента за уровень своего здоровья, должны дополняться изменением общественного мнения, что не происходит.

Подготовка молодых врачей в учебном заведении преимущественно осуществляется в условиях стационара. Правила взаимоотношений пациента и врача на амбулаторном этапе отдельно не рассматриваются. При начале самостоятельной работы психологические аспекты взаимоотношений врач-пациент молодой специалист постигает на собственном опыте, совершая типичные ошибки, описанные в литературе. Опытный профессионал, не растерявший желания помогать, вырастает из бывшего студента только через несколько лет работы, при самостоятельном постижении азов конфликтологии, психологии переговорного процесса, общения с тяжелыми и инкурабельными пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, больными пожилого возраста со сниженным слухом и зрением, нередко с когнитивными нарушениями. Феномен эмоционального выгорания, описанный в литературе, в разных степенях выраженности присутствует у большинства врачей поликлиники после 3-5 лет работы.

Имея большой опыт разрешения конфликтных ситуаций с пациентами, общения с представителями страховых медицинских компаний, авторы считают, что программа обучения студентов старших курсов должна включать в себя основы

конфликтологии с обязательной организацией тренингов для выработки стиля общения с пациентами на основе принципов медицинской этики и деонтологии, умения использовать и патерналистский и партнерский стиль общения с пациентом для достижения результата.

Таким образом, только осознанное соблюдение всех формальных принципов медицинской этики при общении с пациентом и его родственниками, позволит медицинским работникам выполнять свои профессиональные обязанности в полном объеме, получив удовлетворение от эффективной коммуникации. Для этого все медицинские работники должны иметь знания и практические навыки психологии общения в стандартных ситуациях и с конфликтными пациентами до момента осуществления практической деятельности.

### **Литература:**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Постановление Правительства Архангельской области от 12.10.2012 N 464-пп (ред. от 20.12.2016) «Об утверждении государственной программы Архангельской области "Социальная поддержка граждан в Архангельской области (2013 - 2020 годы)» Интернет ресурс [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) Дата сохранения: 11.01.2017.
3. Статистический сборник «Деятельность и ресурсы медицинских организаций Архангельской области за 2015 год» ГБУЗ АО «МИВЦ».
4. Интернет ресурс <https://ru.wikipedia.org/wiki> от 09.02.2017.
5. Итоги работы системы здравоохранения Архангельской области в 2015 году и перспективы на 2016 год. Интернет ресурс [https://www.minzdrav29.ru/ministry/kollegii\\_ministry/2016/31\\_march\\_2016/1\\_31.03.2016.pdf](https://www.minzdrav29.ru/ministry/kollegii_ministry/2016/31_march_2016/1_31.03.2016.pdf).
6. SCD-HeFT (Sudden Cardiac cath in Heart Failure Trial- Moss) A. J. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction / A. J. Moss, W. Zareba, W. J. Hall et al. // N. Eng. J. Med. 2002. № 346. P. 877–883.
7. Nanthakumar, K. Prophylactic implantable cardioverter-defibrillator therapy in patients with left ventricular systolic dysfunction: a pooled analysis of 10 primary prevention trials / K. Nanthakumar, A. E. Epstein, G. N. Kay et al. // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 44. – P. 2166–2172.

### ***ОСОБЕННОСТИ ЭТИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ «БЕЛАЯ РОЗА»***

***Дубинина Н.И., Фомина А.С., Конопляная М.Н., Веденеева Н.А., Валькова С.И.***

***ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1»***

При посещении врача каждый пациент испытывает определенные эмоции, обусловленные желанием в кратчайшие сроки пройти очередной осмотр (перед

поступлением на учебу, перед практикой, при приеме на работу, при прохождении периодических осмотров, при получении справки для посещения бассейна, при оформлении санаторно-курортной карты и пр.). В случае появления каких-либо жалоб, пациент планирует получить консультацию, направления на обследование, либо лечение, при этом думает: «Все будет хорошо и ничего страшного не найдут». Пациент предполагает определенный уровень общения в поликлинике, в том числе вежливое и гуманное обращение, получение ответов на все вопросы.

В случае подтверждения ожидаемого уровня здоровья визит к врачу заканчивается осознанием рутинного мероприятия с обеих сторон, а при наличии обоснованных подозрений на серьезное заболевание возникает проблема информирования пациента, так как его реакция на данное сообщение является стрессовой и может быть выражена достаточно серьезными эмоциональными потрясениями. Именно в таких случаях требуется неукоснительное соблюдение определенных правил общения с пациентами [4].

Особую значимость взаимодействие с этической точки зрения врача и пациента имеет при онкологических заболеваниях, которые имеют тенденцию к росту во многих регионах Российской Федерации. Ежегодно в Архангельской области регистрируется около 5000 злокачественных новообразований и умирает от рака более 2500 человек. В структуре онкологической заболеваемости у женщин в Архангельской области рак молочной железы занимает 1 место - 18,4% [8].

Фонд социально-культурных инициатив РФ в 2010 году по инициативе С.В. Медведевой разработал и внедрил в практику системы здравоохранения проект «Белая Роза», основная цель которого - проведение профилактических осмотров женщин с целью раннего выявления заболеваний молочной железы и репродуктивной системы.

В г.Архангельске при поддержке Благотворительного фонда «Добрый мир» на базе городской клинической поликлиники №1 с февраля 2014 года организован центр «Белая Роза» (далее – Центр), который является структурным подразделением поликлиники и функционирующий в системе обязательного медицинского страхования. В составе Центра работают следующие специалисты: врачи онкологи – маммологи, акушеры – гинекологи, врачи ультразвуковой и клинической лабораторной диагностики, врач - рентгенолог. При подозрении на злокачественное новообразование женщина направляется в Архангельский областной клинический онкологический диспансер с направлением, обеспечивающим консультацию онколога в кратчайшие сроки по типу «зеленого коридора».

За время работы Центра (с 2014 по 2016 год) было обследовано 32 820 женщин. Ежемесячно в Центр обращается более 900 женщин. При проведении анализа анкетных данных обращает на себя внимание, что большинство женщин на момент осмотра не предъявляли жалоб (64%), наследственность по онкологическим заболеваниям была отягощена у 12,1%. Более, чем у половины женщин (53%) в анамнезе были гинекологические заболевания дисгормональной природы, у 39 % женщин - заболевания щитовидной железы. По возрастному составу преобладают женщины пременопаузального и менопаузального возраста.

Одной из самых сложных задач при выявлении подозрения на злокачественное новообразование является вопрос информирования пациентки. Учитывая серьезность прогноза заболевания, длительность предстоящего лечения, необходимо заметить, что органосохраняющая операция возможна только при выявлении заболевания в ранних стадиях. Практика показывает, что чаще всего проводится мастэктомия, которая даже при условии выздоровления от рака, является источником нарушения гендерного ощущения женщины.

В случае обоснованных подозрений на рак молочных желез роль врача, первично информирующего пациентку о злокачественном новообразовании, является крайне важной. Именно первично сформированное ощущение возможности выздоровления, либо появление парализующего чувства страха определяет активность позиции пациентки по дальнейшему обследованию и лечению. Многие больные думают, что если их направили на консультацию в онкологическое учреждение, то у них рак, а в противоопухолевом лечении им отказывают вследствие неизлечимости болезни [1]. Сам факт обследования в специализированном онкологическом диспансере часто является источником канцерофобии и дискомфорта женщины. Нередки случаи отказа от дальнейшего обследования в связи с выраженным чувством страха.

Наш опыт показывает, что при первичном информировании пациентки о злокачественном новообразовании необходимо соблюдать дополнительные правила общения:

1. Нельзя с определенностью говорить о диагнозе «рак», даже если это диагноз кажется несомненным, так как диагностические ошибки бывают достаточно часто.
2. Необходимо ориентировать пациентку на серьезное дообследование для уточнения диагноза.
3. Нельзя отнимать надежду на возможность радикального излечения, у пациентки должно быть время на осмысление тяжести заболевания и возможности лечения.
4. Важно, чтобы информацию о состоянии своего здоровья, планируемом лечении и прогнозе пациент получал от лечащего врача, а не от посторонних лиц

(других пациентов, знакомых и т.д.). При этом общение врача с пациентом должно внушить надежду на благоприятный исход лечения или возможность достижения ремиссии.

4. Обсуждать с больным и его родственниками возможные методы и виды лечения, их исходы и последствия имеет право только тот врач, который берет на себя личную ответственность за предстоящее лечение. Данную функцию должен на себя взять врач онкологического диспансера.

Возможные отказы больных от предлагаемого лечения нередко связаны именно с такими деонтологическими погрешностями [2]. Среди пациенток с установленным диагнозом рака молочной железы при обращении в центр «Белая Роза» за период 2014-2016гг. не было случаев отказа от обследования и лечения.

По результатам работы Центра в онкологический диспансер с подозрением на злокачественные новообразования молочных желез направлено 808 женщин. У 129 женщин диагноз подтвержден гистологически. Специалисты центра ежемесячно подают данные направляемых пациенток в оргметодотдел онкологического диспансера с целью выяснения, подошла ли женщина на консультацию в диспансер, какой диагноз был ей установлен, подтвержден ли диагноз Центра, какое лечение получила пациентка. Важно отметить, что все направленные пациентки были проконсультированы специалистами онкологического диспансера. Кроме того, две пациентки, у которых был подтвержден диагноз ЗНО молочных желез, приняли участие в съемках фильма, посвященном результатам работы медицинского диагностического центра. Женщины открыто рассказывали о своем заболевании, говорили о необходимости своевременного обращения к врачам.

Таким образом, соблюдение правил этики и деонтологии при общении с пациентами онкологического профиля, приводит к своевременному обследованию и лечению данной категории больных. Спокойное, доброжелательное отношение к пациенткам, взятое за основу в Центре располагает, к хорошему психологическому контакту пациента и врача, доверию, что является залогом успешного лечения.

### **Литература:**

1. Быкорез А. Н. Причина рака: факты и гипотезы / А. Н. Быкорез, Б. Л. Рубенчик. Киев: «Наукова думка», 1997. 118 с.
2. Лавренов В. К. Природное лекарство против рака / В. К. Лавренов. – СПб.: «Диалог», 2003. 76 с.
3. Прот. Сергей Филимонов. Православный взгляд на онкологию. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://azbyka.ru/zdorovie/>.
4. Санников А. Л. Рак молочной железы – системный анализ проблемы, диагностика, лечение, реабилитация / А.Л. Санников и др. Архангельск: «Правда Севера», 2006. – 440 с.

5. Состояние онкологической помощи населению Архангельской области в 2015 году [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://onko29.ru/docs/clinic\\_2015.pdf](http://onko29.ru/docs/clinic_2015.pdf)10.11.2016
6. Уточненный отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2015 год [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://static-0.rosminzdrav.ru/>
7. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva. World Health Organization, 2009.

## ***РЕАЛИЗАЦИЯ ЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ***

***Еремина М.В.***

***ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград***

Согласно современным представлениям под экстремальными подразумевают такие ситуации, которые выходят за пределы обычного, «нормального» человеческого опыта. Экстремальность ситуации определяют факторы, к которым человек еще не адаптирован и не готов действовать в их условиях. Степень экстремальности ситуации определяется силой, продолжительностью, новизной, непривычностью проявления этих факторов [1,3].

Восприятие одной и той же ситуации каждым конкретным человеком индивидуально, в связи с чем критерий «экстремальности» находится, скорее, в интернальном, (психологическом) локусе личности.

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие:

1. Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью ситуации.
2. Дефицит необходимой информации или явный избыток противоречивой информации.
3. Чрезмерное психическое, физическое, эмоциональное напряжение.
4. Воздействие неблагоприятных климатических условий: жары, холода, кислородной недостаточности и т.д.
5. Обострение витальных потребностей (голод, жажда и др.) [5].

Деятельность медицинских работников при ликвидации чрезвычайных ситуаций связана со значительными физическими и еще более значимыми нервно-эмоциональными нагрузками, а также осложнена воздействием многочисленных неблагоприятных и опасных факторов окружающей среды. Эти обстоятельства существенно повышают вероятность негативных изменений функционального

состояния человека, проявляющегося в снижении уровня или срывах психической и психофизиологической адаптации, что неизбежно проявляется в профессиональных ошибках и срывах, нарушениях социальной адаптации (нарушение трудовой дисциплины, злоупотребление алкоголем и т.д.), в психических и психосоматических расстройствах [1,2].

Несмотря на то, что такие реакции имеют место, реакции специалистов на экстремальные ситуации существенно отличаются от реакции пострадавших. Функциональные резервы спасателей, даже исходно большие, часто оказываются недостаточными для преодоления многочисленных сверхсильных факторов.

Чрезвычайные ситуации требуют многогранной реакции специалистов, включая предоставление медицинской помощи пострадавшим. Спасатели и врачи вынуждены действовать в условиях экстремальной обстановки и при этом их личные этические нормы не должны расходиться с этическими требованиями общества в условиях подобной эмоциональной перегрузки [4].

Дефицит медицинских ресурсов и невозможность обеспечить медицинской помощью в необходимом объеме большого количества пострадавших за короткий промежуток времени представляют особую этическую проблему.

Морально-этические принципы современной медицины предполагают оказание врачебной помощи всем пострадавшим в соответствии с компетенцией специалиста. Однако в условиях чрезвычайных ситуаций при оказании медицинской помощи пострадавшим реализация этических принципов существенно ограничивается.

Человек достоин особого отношения в сравнении с другими живыми существами. Это достоинство неотчуждаемо, независимо от расы, национальности, вероисповедания, социального статуса, клинического диагноза и других факторов. Статья 21 Конституции Российской Федерации (1993) гласит: «Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления». Очевидно, что оказание медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации в объеме, противоречащем религиозным убеждениям индивидуума, нарушает принцип уважения человеческого достоинства.

Оказываемая медицинская помощь должна быть направлена на благо и не должна наносить вреда здоровью личности как в настоящем, так и в будущем. Возможная польза здоровью при оказании помощи должна превышать потенциальный риск. Между тем, врачебные манипуляции, не соответствующие религиозным убеждениям, способны нанести моральный вред индивидууму, противореча принципам благодеяния и невреждения.

Человек может быть признан автономной личностью, если он осознанно соглашается с выбранной тактикой врачебных манипуляций. В условиях дефицита

времени на обсуждение плана лечения в экстремальных условиях принятие решения врачом самостоятельно нарушает принцип автономии личности. Т.е. врач лишает пациента возможности быть личностью, что потенциально несет в себе угрозу жизненно важным интересам индивидуума.

Принцип справедливости предполагает уважение в человеке личности. В экстремальных условиях достаточно часто нарушается принцип справедливости, что связано с дефицитом ресурсов. При этом между собой вступают в противоречие требования равенства и учета индивидуальных потребностей или индивидуальных заслуг. В некоторой степени данная проблема разрешается путем проведения медицинской сортировки и поэтапного оказания помощи. Медицинская сортировка является важной этической проблемой первостепенной важности в ситуациях, когда необходимо при ограниченных возможностях оказать медицинскую помощь большому количеству в разной степени пострадавших людей.

Таким образом, при оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций пострадавшим, исходя из компетенции врача, без учета религиозных убеждений индивидуума возникает вероятность нарушения, минимум, первых трех этических принципов. Однако, что при соответствующей организации медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций возможно соблюдение в полной мере четырех основных правил этики оказания медицинской помощи: правдивости, конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни и добровольного информированного согласия. Однако это не снимает вопрос о допустимости медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

### **Литература:**

1. Доника А.Д., Еремина М.В. Выбор профессионального поля: проблемы социально-психологической детерминации // Гуманитарное образование и медицина: сб. научн трудов. Т.65, вып.1 Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. С.299-305
2. Доника А.Д. Проблемы социализации в контексте непрерывного профессионального образования // Современные наукоемкие технологии. 2009. № 10. С.89
3. Доника А.Д., Еремина М.В. – Этические аттитюды профессиональной группы врачей // Биоэтика. 2010. №2(6). С.45-46.
4. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. Москва: Изд-во «Академия естествознания». 2009. С.153-155
5. Пономаренко, В.А. Экстремальность и проблема отношения к профессиональной деятельности и в профессиональной жизнедеятельности // Мир психологии. 2006. №4. С.38-46.

## ***ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА - ДЕРМАТОЛОГА И ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ, НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ***

***Жогал Р.А., Борисова Т.А.***

***ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница»***

При каждом обращении пациента к врачу важно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – все то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, эффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Именно умение врача наладить эмоциональное взаимодействие с больными детьми и их родителями позволяет провести анализ причин болезни, выявить отягощающие факторы, понять внутреннюю картину болезни и выбрать нужную тактику ведения пациента при каждом заболевании.

Псориаз встречается повсеместно, это один из наиболее распространенных хронических дерматозов мультифакториальной природы, склонный к рецидивам, характеризующийся высыпаниями на коже обильно шелушащихся папул. Манифестация его может иметь место в любом возрасте. Среди детей от 0 до 14 лет в г. Северодвинске заболеваемость псориазом за последние 10 лет возросла более чем в 2,5 раза и составляет 4,7 на 1000 детей, в то время как в 2007 году она составляла 1,9 на 1000. Среди подростков за аналогичный период заболеваемость увеличилась в 3 раза и составляет 1,7 на 1000 (в 2007 году - 0,5 на 1000). Особенность заболевания требует дифференцированного подхода при общении с пациентами разного возраста.

По разным литературным данным выделяют несколько возрастных периодов максимальной вероятности дебюта псориаза. В Российской Федерации 5- 6% из числа новых случаев заболевания возникало у детей в возрасте от 0 до 14 лет [1]. У детей эти периоды приходятся на 4-8 лет, причем в половине случаев провоцирующим фактором дебюта псориаза являются перенесенные инфекционные заболевания: ветряная оспа, ангины, ОРВИ. В возрасте 10-11 лет помимо инфекций имеют значение еще ряд различных факторов: эмоционально-психологические стрессы в школе и социальной жизни (около четверти случаев дебюта псориаза связаны с их наличием), начинающаяся гормональная перестройка организма, сопутствующие хронические заболевания.

В ходе исследования, проведенного на базе ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская больница», нами были проанализированы истории развития 59 детей и подростков, с установленным диагнозом псориаза в период 2014 - 2016 гг. и состоящих на диспансерном наблюдении.

На основании анализа установлено, что пик первичной заболеваемости псориазом среди обследованных совпадает с литературными данными. В подростковом возрасте толчком к развитию болезни послужили такие факторы, как половое созревание, когда происходит гормональная перестройка организма, инфекционные заболевания, наследственная предрасположенность, стрессы. В каждом конкретном случае потребовался дифференцированный подход к сбору анамнеза, информированию пациентов и родителей, формированию приверженности к лечению с учетом клинических проявлений заболевания и психологических особенностей пациента.

Как известно, псориаз относится к мультифакториальным заболеваниям, обусловленным сочетанием множества факторов, как наследственных так и факторов внешней среды. Среди обследованных (59 человек) у 48% детей удалось выявить отягощенный семейный анамнез, у 44% - наследственность не отягощена, 8 % пациентов не могут утверждать, но и не отрицают наличие болезней кожи у родственников. Наличия псориаза у обоих родителей не было отмечено. В беседе с пациентами трудно однозначно трактовать наследственную отягощенность по заболеванию псориазом, как правило, родителей беспокоит обусловленность заболевания ребенка наследственностью, возможны внутрисемейные конфликты. В беседе с родителями необходимо учитывать данные проблемы и проводить разъяснительную работу. В работе с пациентами, состоящими на учете, удавалось достигнуть взаимопонимания с родителями в большинстве случаев.

Клинические формы псориаза у детей также многообразны. Особенности клинической картины у детей, по литературным данным, являются частое поражение открытых участков кожи, к которым относят волосистую часть головы (до 70% случаев) и лицо (до 50% случаев). [2]. В структуре клинических форм, по нашим данным, наибольшую долю составляют формы с поражением волосистой части головы, на их долю приходится более 75%, причем третью часть из них составляют изолированные поражения волосистой части головы. Патологический процесс отличается выраженностью воспаления, экссудацией, наличием зуда, что является отдельной проблемой, особенно в старшей возрастной группе. Следует отметить, что поражение волосистой части головы, при относительно небольшой площади дерматоза, считается «проблемным псориазом». На втором ранговом месте по распространенности - каплевидный или постинфекционный псориаз, что может быть обусловлено высокой заболеваемостью детей различными инфекциями (до 48% по данным литературных источников [2]).

Псориаз ногтей встречается нечасто, особенно у детей, не более 7% случаев, но среди обследуемых детей в 10% случаев встречается поражение ногтевых пластинок. В половине случаев это изолированное тотальное поражение ногтевых пластинок по типу «напёрстка» на фоне семейного анамнеза, из них отмечено 2 случая сочетания с тяжелым артритом, в остальных случаях - в сочетании с поражением кожи.

У большинства обследованных детей, по нашим данным, псориаз сочетается с различной патологией. Наиболее часто выявляются очаги хронической инфекции. У 23 обследованных пациентов выявлены очаги хронической инфекции, что составляет 38,9%. У 15,3 % всех обследованных выявлено повышено АСЛО, преимущественно в старшей возрастной (9-14 лет), что является свидетельством сенсibilизации организма к стрептококковым антигенам. Учет выявленных особенностей предполагает взаимодействие с врачами-педиатрами, врачами - оториноларингологами с целью санации очагов инфекции, что предполагает доказательное и доступное объяснение пациентам необходимого лечения.

Выявлено также, что часто развитие псориаза происходит на фоне имеющихся расстройств нервной системы, усугубляющих течение дерматоза. Среди обследованных детей с установленным диагнозом псориаза при тщательном сборе анамнеза были выявлены нарушения сна, астено - невротический синдром в виде повышенной утомляемости, фиксации на болезни, замкнутости, тревожности, эмоциональной лабильности и других расстройств, причем выраженность симптомов нарастает с взрослением. Поскольку псориаз зачастую поражает открытые участки кожи и волосистой части головы, это неизбежно сказывается на эмоциональном фоне ребенка, на качестве его жизни. Среди обследованных детей в 20,3% случаев отмечены расстройства нервной системы, требующие индивидуального подхода, аргументированного направления к профильным специалистам с целью эффективного и комплексного лечения псориаза.

Одной из проблем взаимодействия на приеме врача-дерматолога с пациентами, страдающими псориазом, является проблема здорового питания, несомненно, сказывающаяся на течении заболевания. Так, ожирение предрасполагает к развитию псориаза, и псориаз увеличивает риск ожирения. У детей с псориазом часто имеются нарушения моторики желчного пузыря (ДЖВП), (по нашим данным - в 17,6% случаев), ожирение (в 10% случаев среди детей 8-14 лет по нашим данным). При общении с пациентами, кроме рекомендаций по здоровому питанию, целесообразно, по показаниям, направить ребенка к врачу-эндокринологу детскому, в Центр здоровья для детей с целью оценки имеющихся отклонений и проведению коррекции. Только комплексное воздействие на проблему может обеспечить эффективность лечения.

В каждой области медицины имеют место особенности взаимодействия,

как медицинского, так и не медицинского характера между врачом и пациентом, в дерматологии они связаны с частой хронизацией заболеваний кожи, с утратой эстетической привлекательности. Ребенок вследствие болезни нередко лишается возможности без ограничений делать все, что он мог делать раньше, отказаться от достижения каких-то личных притягательных целей, что вызывает расстройства эмоциональной сферы. Важно построить открытые комфортные взаимоотношения с пациентом, если что-то важно для пациента, то оно так же важно и для врача в целях повышения качества жизни детей.

### **Литература:**

1. Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. // Вестник дерматологии и венерологии. 2012. № 5. С. 20-29.
2. Бишарова А.С. Псориаз у детей// Лечащий врач. 2009. № 6.

## ***ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОМРАО***

***Золотова А.В., Иванова З.К.***

***АРОО «Объединение медицинских работников Архангельской области»***

В современном мире все более актуальными становятся исследования, связанные с этикой. Одним из востребованных направлений является изучение медицинской этики - совокупности норм поведения и моральных норм медицинского работника, включающая чувство долга, чести, совести, достоинства, что предполагает высокую культуру, человеколюбие, моральную и физическую чистоплотность. Широко известно, что этика (от греч. «ethos» - обычай, нрав) - это наука о нравственности, определяющая нормы поведения и моральные взаимоотношения людей [6].

В современном российском обществе самой массовой из медицинских профессий является профессия медицинской сестры. Принимая во внимание важнейшую роль данной профессии и учитывая большое значение этического начала в медицине и здравоохранении, руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестер России приняла Этический кодекс в 2010 г. [8].

В 1998 г. впервые был издан «Этический кодекс медицинской сестры России», который получил широкое распространение во многих регионах, в том числе Архангельской области. Дальнейшая необходимость пересмотра отдельных положений Кодекса была вызвана как развитием медицинской науки и технологий, так и интенсивностью сестринской практики [5].

В 1998 г. в Архангельской государственной медицинской академии (АГМА, ныне - Северный государственный медицинский университет, СГМУ) члены правления АМСАО по инициативе декана Л.П. Лисишниковой впервые встретились со студентами факультета высшего сестринского образования (ФВСО), которые в дальнейшем активно подключились к исследованиям по этике и истории сестринского дела разных специальностей. Многие студенты и выпускники факультета высшего сестринского образования отразили этические аспекты деятельности и исторические данные учреждений в своих контрольных и дипломных работах. Исследования по истории сестринского дела расширились, став связующим звеном для последующей работы по созданию музейного комплекса в СГМУ. В этой деятельности на этико - правовые вопросы обращено большое внимание.

Этический Кодекс медицинских сестер России, не устанавливая жестких правовых норм, определяет и формулирует базовые этические ценности сестринского сообщества России. Его положения дополнены моральной оценкой наиболее острых этических конфликтов сегодняшнего дня. Как и прежде, высшей ценностью сестринской работы обозначены служение людям, верность принципам милосердия и наивысший приоритет интересов пациента. Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Развитие и внедрение Этического кодекса медицинской сестры России в нашей стране и за рубежом на различных конференциях представляет президент Российской Ассоциации медицинских сестер (РАМС) В.А. Саркисова. В Архангельской области большой вклад во внедрение этического кодекса в сестринское дело внесли президенты Ассоциации медицинских сестер Архангельской области (АМСАО) Р.Л. Грошева, Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) А.В. Андреева и президент Объединения медицинских работников Архангельской области (ОМРАО) Е.С. Ипатова. Их сообщения на российских и международных форумах по этическим и историческим вопросам сестринского дела неизменно вызывают большой интерес. И это неслучайно, ведь архангельские медицинские сестры принимают активнейшее участие в тиражировании информации об этическом кодексе и его внедрении, начиная с 1996 г., когда на III Всероссийской конференции по сестринскому делу была принята первая редакция Этического кодекса. В этой работе была задействована Р.Л. Грошева – инициатор и первый президент АМСАО, тесно сотрудничающая с европейскими сестрами. Помощь зарубежных коллег была основана на эффективной

сестринской деятельности в составе этических комитетов, важнейшими составляющими Кодекса стали знания, полученные в результате сотрудничества РАМС с Международным Советом медицинских сестер [1].

В 2006 г. впервые на базе Центра повышения квалификации медицинских работников Архангельской области началось чтение лекций по этике на всех циклах для медсестер, акушерок, фельдшеров и других специалистов. При поддержке руководства центра исполнительный директор АМСАО Е.В. Палатина расширила взгляды медицинских работников на этические вопросы. Это стало настоящим прорывом по внедрению Кодекса и положительно сказалось на развитии ассоциации, получившей разрешение РАМС на переиздание, что позволило более широко использовать его в учебном процессе.

В тот же период расширились границы международного сотрудничества. В начале 2007 г. в партнерстве с СГМУ впервые был проведен первый российско - американский семинар, посвященный сестринским исследованиям. Большое внимание американские коллеги уделили этическим проблемам сестринских исследований, в результате чего член правления АМСАО Н.А. Червина представила доклад о реализации проекта «Научные исследования в сестринском деле в Архангельской области» на международном форуме в Индианаполисе (США).

В 2008 г. стартовал образовательный российско - норвежский проект «Лидерство и менеджмент в условиях изменения системы здравоохранения на Северо – Западе России. Сертификационная программа для главных и старших медицинских сестер». Проект стал чрезвычайно популярным и получил высокую оценку медицинских сестер, многие из которых отразили разнообразные этические проблемы, используя Кодекс в написании курсовых работ и представив доклады на всероссийском съезде средних медицинских работников в Санкт-Петербурге, где в рамках секции по этике впервые был сформулирован тезис о необходимости пересмотра действовавшей редакции Кодекса.

Предложения и дополнения членов региональных ассоциаций, в т.ч. и архангельской, были учтены при подготовке новой редакции Этического кодекса медицинской сестры России, что было одобрено Всероссийской конференцией РАМС в 2010 г. Составителями стали д.ф.н., к.м.н. А.Я. Иванюшкин и зам. директора Санкт - Петербургского медико - технического колледжа ФМБА России В.В. Самойленко. Первый рецензент нового кодекса – д.м.н., проф. Г.М. Перфильева, являющаяся одним из пионеров развития сестринского дела в современной России, поддержала инициативу АМСАО по внедрению Кодекса в сестринскую практику в Архангельской области.

Новый Кодекс, как и предыдущий, не устанавливая жестких правовых норм, определяет и формулирует базовые этические ценности сестринского со-

общества России. Его положения дополнены моральной оценкой наиболее острых этических конфликтов сегодняшнего дня. Как и прежде высшей ценностью сестринской работы обозначены служение людям, верность принципам милосердия и наивысший приоритет интересов пациента.

Сотрудничество с пациентом означает совместную работу над решением проблем с его здоровьем. Взаимоотношения медицинских работников и пациентов должны быть партнерскими. В современной медицине надежность партнера зачастую определяет успех лечения, операции, диагностической или профилактической процедуры. Медицинские сестры не только участвуют в лечении, но и вносят в него очень важную часть, долю труда, без которой не может обойтись ни хирург, ни терапевт. В процессе таких взаимоотношений формируется коллектив (команда) - объединение людей, связанных постоянной совместной работой или деятельностью. Чтобы осуществлять свои профессиональные обязанности, медицинскому персоналу очень важно поддерживать свое физическое и психическое здоровье, т.е. динамическую гармонию личности с окружающей средой, достигнутую посредством адаптации [3].

За прошедший период Этический Кодекс медицинской сестры России вошел в практику, сестринское дело закрепило свои позиции, как практическая и научная дисциплина, как основа клинической практики более чем миллиона медицинских сестер нашей страны. В Архангельской области появились медицинские сестры, имеющие ученую степень. И все это потому, что Кодекс стал частью сестринской профессии. Принимая во внимание важную роль профессии медицинской сестры, учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, РАМС приняла Этический кодекс в новой редакции [7].

В Архангельске презентацию нового издания Кодекса провели члены правления АМРАО в 2011-2012 гг. В их сообщениях на конференциях и семинарах акцент был сделан на этических принципах в сестринском деле и здравоохранении. Члены АМСАО – ОМРАО с каждым годом все шире представляют результаты исследований на российских и международных конференциях, участвуют и побеждают в профессиональных конкурсах, выигрывают гранты. При этом этическое направление остается одним из приоритетных в дальнейшей деятельности.

В 2014 г. в городе Иваново члены АМРАО приняли участие в обучающем семинаре, организованном РАМС на тему «Этика медицинских работников», главным лейтмотивом которого было повсеместное внедрение Этического Кодекса медицинской сестры России, а также распространение традиций милосер-

дия и сострадания. На семинаре были раскрыты актуальные вопросы, касающиеся этических аспектов в работе специалистов со средним и высшим образованием.

Каждому виду человеческой деятельности соответствуют определенные виды профессиональной этики, т.е. те специфические особенности профессиональной деятельности, которые направлены непосредственно на человека в тех или иных условиях его жизни и деятельности в обществе. Профессиональная этика общества не может представлять абсолютную истину в поведении людей. Каждое поколение должно решать их вновь и вновь самостоятельно. Но новые разработки должны опираться на моральный запас, созданный предшествующими поколениями. Одним из видов профессиональной этики является медицинская этика. Профессиональная медицинская этика имеет глубокие исторические корни и явилась отправной точкой для создания многих профессионально – моральных медицинских кодексов.

Основы деятельности ассоциации по развитию Этического кодекса медицинской сестры России заложены с момента создания организации и успешно продолжают развиваться по настоящее время. Активизировалось сотрудничество с Архангельской и Холмогорской Митрополией. Развивается взаимодействие с благотворительными фондами и организациями, деятельность которых не противоречит Этическому кодексу.

Результаты исследований члены АМСАО - АМРАО - ОМРАО представляют на многочисленных форумах, в т.ч. на конференциях в СГМУ. Среди научно - практических конференций многие этические вопросы рассматриваются на ежегодной конференции, посвященной Иконе Божией Матери «Млекопитательница», которую АМРАО в содружестве с кафедрой неонатологии и перинатологии проводит уже в течение 17 лет. Такое сотрудничество позволило расширить границы от регионального до международного, что немаловажно для обмена опытом.

Вопросы медицинской этики весьма актуальны в изучении истории медицины, в том числе истории сестринского дела. Многие темы, касающиеся сестринской этики и кодекса, рассматривались на симпозиуме по истории сестринского дела и образования, который состоялся 1-2 ноября 2016 г. в городе Москва в рамках III Съезда общероссийской общественной организации «Российское Общество историков медицины», приуроченного к 70 - летию РОИМ. В работе съезда принимали участие - заместитель Министра здравоохранения РФ И.Н. Каграманян, президент Национальной Медицинской Палаты профессор Л.М. Рощаль, заместитель директора Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, член - корреспондент РАН, профессор В.О. Щепин, директор

ВНИИЖГ, профессор М.Ф. Вильк, председатель РОИМ профессор К.А. Пашков, зам. председателя РОИМ профессор С.П. Глянцев, профессор Д.А. Балалыкин, президент РАМС В.А. Саркисова и др. Впервые в истории медицины симпозиум по истории сестринского дела и образования прошел на общероссийском уровне [4].

В связи с реорганизацией АМРАО в ОМРАО в конце 2016 г. состоялся пересмотр состава секций, среди которых одной из активных является секция по этико - историческим вопросам сестринского дела и образования. В работе данной секции принимают активное участие ветераны здравоохранения, в том числе бывшие главные и старшие медицинские сестры, которые активно сотрудничают с музейным комплексом СГМУ. Ветераны сестринской службы имеют большой опыт наставничества, именно они стояли у истоков создания этического кодекса медицинской сестры, что является одним из важнейших пунктов для развития этико-исторической секции ОМРАО.

### **Литература:**

1. Андреева А. В. Из истории этического кодекса медицинской сестры России и АМРАО // Этические проблемы современной медицины : сб. науч. тр. межрегион. науч.- практ. конф., 22 марта 2013 г. Архангельск, 2013. С. 13.
2. Золотова А. В. Первый российский симпозиум по истории сестринского дела и образования // Вестник ОМРАО. 2017. № 1. С. 2.
3. Ипатова Е. С. Этический кодекс медицинской сестры России в действии // Этические проблемы современной медицины: сб. науч. тр. межрегион. науч.- практ. конф., 22 марта 2013 г. Архангельск, 2013. С. 79.
4. Материалы III (XIII) съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70 - летию РОИМ. Москва, 2016. 305 с.
5. Саркисова В. А. Страницы истории ООО «Ассоциация медицинских сестер России». Санкт-Петербург, 2012. 220 с.
6. Энциклопедический словарь : в 86 т. / под ред. И. Е. Андреевского. Санкт-Петербург : Издатели Ф. А. Брокгауз, И. А. Ефрон, 1890-1907.
7. Этический кодекс медицинской сестры России. Санкт-Петербург, 1998.
8. Этический кодекс медицинской сестры России. Санкт-Петербург, 2010.
9. <http://www.omrao.ru/old/?p=3209>
10. <http://www.medsestre.ru/publ/info/ethics>
11. [http://www.yamedsestra.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=83&Itemid=24](http://www.yamedsestra.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=24)

## ***ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ***

***Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,  
Архангельск***

Профессия врача относится к числу коммуникативных профессий, и ее успешное осуществление во многом зависит от характера и качества межлич-

ностного общения. При этом профессиональная деятельность предполагает взаимодействие и общение с разными категориями людей, имеющими этнические, гендерные, возрастные, социокультурные, профессиональные, индивидуальные особенности, различный уровень образованности и информированности. Неэффективное общение в процессе медицинской деятельности достаточно часто становится причинами жалоб и обращений, снижает качество оказания медицинской помощи [2].

Профессиональные стандарты, активно разрабатываемые в настоящее время, предусматривают наличие такой характеристики специалиста, как умение соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами, их родственниками и коллегами. Федеральные государственные стандарты (ФГОС) 3-го поколения при подготовке врача по программе специалитета предусматривают формирование в процессе обучения такой общепрофессиональной компетенции, как «готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности». В то же время ФГОС подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры не содержат компетенций, направленных на развитие навыков общения.

За последние десятилетия портрет обучающегося изменился – сегодня это технически продвинутый активный пользователь интернет-ресурсов, современных средств коммуникации и информационных технологий, опосредующих процесс общения и переводящих его в плоскость виртуального.

Широкое использование в обучении тестовых форм контроля знаний как на довузовском этапе, так и в процессе получения среднего и высшего образования также негативно сказывается на развитии коммуникативных способностей, возможности свободно излагать свои мысли, передавать информацию [1]. Согласно данным Поскребышевой А.А., доминирующая диалогическая направленность в общении выявлена лишь у 2,0% из 300 представителей среднего персонала, который является наиболее приближенным к пациентам [3].

Изменение нормативно-правовой базы здравоохранения, повышение правовой грамотности населения обуславливают особую актуальность формирования у медицинских работников в процессе обучения коммуникативной компетентности - системы внутренних ресурсов, в том числе эмпатии, акцептации, аутентичности, направленных на построение эффективной коммуникации в ситуации межличностного взаимодействия.

С 2016 года кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы в межкафедральную рабочую программу обучения по дисциплине «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для интернов и ординаторов включен модуль «Медицинская конфликтология», в ходе изучения

которого рассматриваются особенности взаимодействия врача и пациента, изучаются тактики ведения переговоров с пациентами и принципы бесконфликтного взаимодействия врача и пациента.

Программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», реализуемые на кафедре, предусматривают изучение вопросов медицинской конфликтологии и психологии общения. В ходе практических занятий рассматриваются конкретные конфликтные ситуации, тактики переговоров с пациентами, проводятся тренинги по бесконфликтному общению.

В рамках реализации непрерывного медицинского образования разработаны 36-часовые программы «Конфликты в медицине: диагностика, управление, профилактика» для врачей различных специальностей и «Конфликты в управлении сестринской деятельности» для медицинских сестер с высшим образованием, которые направлены, в том числе, на освоение компетенции по выстраиванию эффективных коммуникаций в процессе медицинской деятельности. Также с 2016 года для врачей и среднего персонала государственных медицинских организаций области проводятся семинары «Правовые риски в медицине», включающие вопросы эффективного взаимодействия с пациентами и принципы бесконфликтного общения. Анкетирование слушателей, которое проводится после каждого цикла, показывает, что вопросы выстраивания эффективных коммуникаций между медицинскими работниками и пациентами вызывают неизменный интерес, особенно привлекают обучающихся тренинги навыков бесконфликтного общения и разборы конкретных конфликтных ситуаций.

Таким образом, реализуемые на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы программы подготовки кадров высшей квалификации (ординаторов), сестер с высшим образованием, практических врачей и организаторов здравоохранения, охватывают основные этапы профессионального становления и развития врача и позволяют сформировать и в дальнейшем совершенствовать коммуникативную компетентность, что может явиться действенным инструментом повышения качества медицинской помощи.

### **Литература:**

1. Асимов М.А., Марданова Ш.С. Психологические основы формирования коммуникативной компетентности современного врача / Медицинская психология в России. [Электронный ресурс].
2. [http://www.mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_6\\_29/nomer/nomer07.php](http://www.mprj.ru/archiv_global/2014_6_29/nomer/nomer07.php) (дата обращения 10.04.2017).
3. Волчанский М.Е., Фомина Т.К. Основные направления современных исследований в медицинской конфликтологии // Социология медицины. 2012. № 2(21). С.45-46.
4. Поскребышева А.И. Особенности коммуникативной компетентности работников системы здравоохранения / сб. матер. Всероссийской научно-практической конференции с межд.

участием «Проблемы и перспективы высшего и среднего сестринского образования: интеграция в современное здравоохранение». Изд-во Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Москва. 2016. С. 238-241.

## ***МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ***

***Игнатова Ю.А.***

***ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница»***

Распространенность невротических расстройств (НР) очень высока в системе общественного здравоохранения, в первую очередь, среди пациентов соматической сети в амбулаторных медицинских учреждениях, составляя в структуре от 6,7 до 18,1% [2]. НР значительно влияют на качество жизни человека, нарушая его функционирование в профессиональной, социальной и семейной сферах, вызывая постоянный психологический дискомфорт и крайне неприятные соматические симптомы, что требует современной диагностики и раннего начала адекватной терапии [3], а также изучения особенностей взаимодействия всех участников лечебного процесса.

Целью исследования явился анализ этических проблем взаимодействия врача и пациента и отношений между медицинскими работниками при оказании помощи лицам с НР.

Своевременная диагностика и раннее начало адекватной терапии НР остаются одними из актуальных задач современной медицины. Являясь функциональными нарушениями, НР вызывают определенные трудности в верификации, поскольку грань между нормальными проявлениями психического здоровья и патологией подчас незаметна, что требует тонкой дифференциальной диагностики с использованием мультидисциплинарного подхода. Исключительную опасность при этом представляют субсиндромальные состояния, длительное персистирование которых без терапии может со временем достигать уровня развернутых психопатологических расстройств, внося существенные коррективы в оценку эффективности оказания психиатрической помощи [1].

Большинство пациентов с тревожной симптоматикой обращаются за помощью к специалисту общей медицинской сети. Однако, как показывает практика, использование только биологически ориентированных подходов в терапии НР оказывается недостаточно эффективным. Согласно современной биопсихосоциальной модели формирования психических расстройств, терапевтические подходы необходимо строить с учетом как биологического, так и психического компонента в развитии заболевания, что требует вовлечения в лечебный процесс

специалистов в области психического здоровья (психиатра, психотерапевта, клинического психолога) [6]. При этом основная задача при диагностике и лечении непсихотических расстройств в общей медицинской практике заключается в определении психологических особенностей пациента и индивидуальной клинической модели болезни, создании дифференцированного алгоритма поэтапной тактики оказания медицинской помощи [4].

Ведущее место в диагностической оценке нарушений, при которых роль психического компонента достаточно высока, принадлежит клиническому психопатологическому анализу поведения больного с учетом влияния социально-психологических факторов в возникновении и течении расстройств [5]. Большое значение имеет соблюдение определенной последовательности, включающей в себя на последнем этапе информирование пациента о сути его заболевания, имеющее особый психотерапевтический смысл. В этом процессе ключевую роль в достижении положительных результатов лечения играет установление эмпатического контакта врач - больной. Ситуация, в которой пациент рассматривается как законный партнер в лечебном процессе, а его отношения с врачом строятся на взаимном уважении и доверии, представляется не только непременным условием, но и одним из компонентов лечения, позволяющим добиваться положительных результатов, используя минимальные дозы психотропных лекарственных средств. При подобном коллегиальном типе взаимоотношений врача и пациента, где господствует принцип равноправия, врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Оправданы и приемлимы альтернативные типы взаимоотношений между врачом и пациентом, например, патерналистский, где межличностные отношения подобны отношениям наставника и подопечного с соблюдением основных принципов отношения к пациенту – любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Во всех случаях эффективность практической деятельности врача во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением, и, конечно же, с коллегами. Часто необходимо согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника.

Таким образом, в настоящих условиях врач должен быть непременно не только специалистом в области медицины, но и психологом, потому, что это позволит ему точнее ориентироваться в характерологии, личностных реакциях людей, поможет изучить особенности мышления пациента, а также выяснить его морально-этические и социальные установки. Врач должен быть еще и педагогом, свободно владеющим дидактикой, так как многие положения психогигиены

требуют от людей устойчивых навыков, выполнения обязательных правил, рекомендаций, без которых эта деятельность становится абстрактной и даже эфемерной. Подобные знания и навыки позволят в полной мере применять биопсихосоциальный подход в лечении больных, увеличить объем психологических знаний у медицинских работников для лучшего понимания ими, как важности психологических и социальных факторов в возникновении психических расстройств, так и смысла работы других специалистов. При этом особую важность приобретает наличие постоянного рабочего контакта психиатров и врачей-интернистов, что выражается в совместных осмотрах больных, выработке единых терапевтических подходов, динамическом психиатрическом наблюдении и согласованной коррекции терапии, позволяющей осуществлять высококвалифицированную и комплексную медицинскую помощь при лечении лиц с НР.

### **Литература:**

1. Захаров Н.Б., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Проблемы оценки эффективности реабилитации в психиатрии // Психическое здоровье. 2010. Т. 8. № 11 (54). С. 51-54.
2. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Психическое здоровье населения: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000-2010гг) // Журнал неврологи и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2011. №6. С. 4-14
3. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 5. С. 7-10
4. Новикова И.А., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Психологические особенности больных с сердечно-сосудистой патологией // Российский кардиологический журнал. 2004. № 1 (45). С. 28-32.
5. Сидоров П.И., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Роль неблагоприятных социально-психологических факторов в возникновении и течении сахарного диабета // Терапевтический архив. 2001. Т. 73. № 1. С. 68-70.
6. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12, № 3. С. 97-104.

## ***ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО***

***Карамян В.Г.***

***ГБУЗ АО «Архангельский клинический родильный дом***

***им. К.Н. Самойловой», Архангельск***

Бурное развитие биомедицинских технологий, активно вторгающихся в жизнь современного человека от рождения до смерти, а также невозможность получить ответ на возникающие при этом нравственные проблемы в рамках традиционной медицинской этики, вызывают серьезную озабоченность общества.

Развитие биомедицинских технологий значительно опережают осмысление возможных духовно-нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения. Современные биомедицинские знания позволяют настолько глубоко проникнуть в человеческую природу, что человек как бы сам становится её «создателем» и «производителем», причем руководствуется при этом некой моделью идеального человека, которая формируется в обществе в определенных культурно-исторических условиях.

В XXI веке СМИ насаждают культ здоровья и телесных наслаждений. Для гедонистического общества страдание бессмысленно. В мире постепенно вырабатывается отношение к человеческой жизни, как к продукту, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с материальными ценностями.

Нравственное отношение к человеческой жизни необходимо, чтобы защитить человеческую жизнь от попыток произвольного манипулирования ею.

Этика – учение о нравственных и моральных нормах, которые определяют взаимоотношения и поведение людей в семье, обществе, быту и труде. Нравственность отражает эмоционально-психическое состояние человека, мораль – общепринятые нормы поведения человека в обществе. Медицинская этика изучает специфические профессиональные взаимоотношения медицинского работника и больного, нравственную сторону деятельности человека в медицине. Профессиональная медицинская практика свидетельствует, что медицинский работник ежедневно решает не только клинические задачи, но и глобальные морально-этические проблемы. Биоэтика, как наука, помогает осмыслить профессиональные решения в категориях добра, справедливости и милосердия.

Одно из современных направлений педиатрии — пренатальная медицина - рассматривает еще не рожденного ребенка как пациента и разрабатывает методы преодоления его возможных заболеваний. Задача пренатальной диагностики - выявить и определить недуг на ранних стадиях внутриутробного развития. Пренатальная диагностика – это генетическая диагностика на этапе внутриутробного развития человека с целью выявления имеющейся генетической патологии или генетической предрасположенности к возникновению в будущем заболеваний, значительно изменяющих качество жизни человека. Она неизбежно влечёт за собой обсуждение вопроса о целесообразности продолжения беременности. Говоря о пренатальной диагностике, нужно в первую очередь иметь в виду не только биологические, но этические проблемы. Ведь речь идет не только и не столько о лечении болезни, сколько о предупреждении рождения ребенка с болезнью, не поддающейся лечению. Аборт здесь становится средством избавления родителей от забот о жизни и здоровье изначально больного ребёнка. Утилитаристские идеи резко противоречат гуманистическим: с одной стороны

«неизлечимо больные и инвалиды – это балласт общества, на который напрасно расходуются материальные средства», с другой - «каждый человек имеет право на жизнь».

Нравственный фактор никогда еще не был так важен для развития биоэтики и медицины. Нерешённость множества этических проблем пренатальной диагностики показывает насколько неоднозначно воспринимается этот вид медицинской помощи в обществе. Существует точка зрения о том, что пренатальная диагностика может быть нравственно оправдана только если она нацелена на лечение и подготовку родителей к рождению больного ребёнка. Но запрещение аборта плода с выявленной патологией заставит некоторых родителей принять бремя, которое им непосильно. С другой стороны установление законодательных стандартов тяжёлых патологий, подлежащих абарту, посягает на право семей самостоятельно строить свою жизнь и принуждает к неприемлемым для них решениям.

Стремительное развитие медицинских технологий выхаживания новорожденных привело к появлению шансов на выживание и сохранение качества жизни у детей, считавшихся ранее бесперспективными. В условиях сложившегося у нас тяжелого демографического кризиса необходимо тщательно контролировать любые факторы, которые могут усугубить этот кризис, или, наоборот, вывести из него.

Сложное взаимодействие полярных точек зрения и эмоциональное напряжение окружают трагедию рождения ребенка с патологией. Все это может привести к ошибкам в принятии решений.

Существуют 3 стратегии принятия решений, когда речь идет о спасении детей в крайне тяжелом состоянии (Southwell S. M., Archer-Duste H., 1993).

Первая стратегия – статистический подход. Эта стратегия основывается на статистической вероятности неблагоприятного исхода. Она применяется в Швеции по отношению к недоношенным массой менее 750 г. Таким детям после рождения отказывают в лечении, так как, по данным статистики, 80% недоношенных с экстремально низкой массой тела имеют в анамнезе тяжелые инвалидизирующие заболевания. Преимущество этого подхода состоит в том, что исключается принятие трудных решений в индивидуальных случаях, так как имеются согласованные стандарты. Недостатки стратегии статистического подхода – потеря небольшого числа потенциально хороших, способных к выживанию детей. Роль родителей в принятии судьбоносных решений минимальна.

Вторая стратегия – подход «ожидания до появления малейшей определенности». Для сторонников этого подхода, широко используемого в США, смерть является наихудшим исходом. Этот подход дает ребенку шанс до тех пор, пока

неизбежность смерти или серьезного поражения мозга не станет очевидной. Преимущество этого подхода выражается в уважении индивидуальной жизни, устранении нравственных мучений при прекращении лечения живых детей. Тем не менее родители отстраняются от принятия решений, так как решение не лечить ребенка принимается только в чрезвычайных случаях. Этот подход игнорирует озабоченность качеством жизни и является витализмом, не учитывая страданий, которые может уготовить сохранение жизни в вегетативном состоянии ребенку, родителям и обществу.

Третья стратегия – подход на основании индивидуализированного прогноза. Распространен в Великобритании. Эта стратегия рекомендует не ожидать наиболее неблагоприятного исхода, а проводить изначальное лечение в пограничных случаях и затем часто осуществлять переоценку необходимости продолжать лечение, основываясь на оценке его эффективности и вероятности смерти или серьезного поражения. Она пытается минимизировать, как выживаемость тяжело пораженных, так и смертность потенциально здоровых детей. К преимуществам этого подхода относится широкая вариабельность в принятии решений о лечении с учетом индивидуальных особенностей и мнения родителей. Отрицательной стороной третьей стратегии может считаться вероятность ошибки при решении вопроса, насколько существующие поражения оправдывают прекращение лечения.

Большинство беременностей при которых проводится пренатальная диагностика – желанные. Поэтому многие женщины, для которых морально приемлемо прерывание беременности по личным мотивам, испытывают эмоциональную боль и вину при прерывании беременности плодом с патологией, боль, сравнимую со смертью ребёнка. Если больной человек дал понять, что мы можем считать рациональным и добровольным его желание умереть, то мы морально более оправданы, не принимая меры по поддержанию жизни. В случае с новорожденными обстоятельства сложнее. Новорожденный продолжает оставаться абсолютно зависимым пациентом. Он не может высказать свое мнение по поводу лечения и ухода, и его права делегируются матери или опекунам.

Русское слово беременность уходит своими корнями в древнее слово «бремя», «беру», в котором сохранено значение «нести» и «сохранять». Только беременная мать, супруги, а не врачи или представители государственных, религиозных, общественных организаций, должны решать сохранить или прервать беременность. На индивидуальный выбор могут влиять личное отношение к святости человеческой жизни, желание предотвратить страдания человека, социальные и экономические условия жизни, наличие или отсутствие адекватного лечения или социальной поддержки инвалидов и хронических больных.

Часто нельзя дать однозначный прогноз о проявлении заболевания, а, следовательно, нельзя предложить однозначную рекомендацию о сохранении и лечении пораженного плода или прерывании беременности. Поэтому так важна роль информационного контакта врача и семьи для предоставления полной информации об особенностях клинического проявления заболевания. Врач должен объяснить семье, как будет жить больной от рождения до смерти, будет ли он испытывать боль или страдания. Решение лучше оставить тому, кто будет растить ребёнка.

Принцип свободы выбора семьёй репродуктивного решения должен быть сохранён, но выбор должен быть информированным. Информация о здоровье плода, полученная в результате пренатальной диагностики, может использоваться для приготовления к рождению ребёнка с аномалиями, может сделать роды более безопасными для матери и ребёнка. Врач должен разъяснить семье все результаты пренатальной диагностики. При этом, семья, а не врач, должна решать, как себя вести с учётом результатов пренатальной диагностики.

Методы пренатальной диагностики подразделяются на две группы:

1) неинвазивные методы (данные методы безопасны) включают в себя ультразвуковое сканирование плода и определение биохимических маркеров в крови беременной.

2) инвазивные методы, предполагающие медицинское вхождение в полость матки с целью взятия материала для исследования и с высокой точностью определяющие кариотип плода и исключают такие патологии, как синдром Дауна, синдром Эдварса и др. К таким процедурам относятся биопсия хориона, амниоцентез, плацентоцентез, кордоцентез. В связи с этим, производится забор клеток хориона, плаценты, околоплодных вод, крови из пуповины плода.

В прежнее время принятие решения об улучшении материнского и, как следствие, плодового состояния было единственной заботой беременной женщины и ее врача. Все вмешательства относительно плода проводились опосредованно через организм матери, улучшая ее самочувствие. В настоящее время многие аспекты пренатальной медицины направлены на решение специфических медицинских и хирургических проблем непосредственно плода часто при удовлетворительном состоянии беременной, нередки случаи, когда интересы беременной и ее плода не совпадают. Решение беременной женщины на проведение диагностических и терапевтических процедур принимается на основе понимания важности и ценности этих мероприятий для плода. Однако это решение должно опираться и на осознание женщиной опасности для ее собственного здоровья, и на свободу выбора решения, особенно если манипуляции с плодом кажутся ей нежелательными.

Врожденные пороки развития устойчиво занимают 3-е место в структуре перинатальной смертности РФ. Обследование всех женщин позволяет снизить частоту хромосомной патологии на 40–45%, дефектов нервной трубки на 85–90%.

В приказе МЗ РФ от 27.12.2011г. №1661н «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» указано, что вопрос о прерывании беременности и неблагоприятном прогнозе для жизни плода при врождённых аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях должен решаться индивидуально консилиумом врачей.

«Консилиум предоставляет беременной женщине информацию о результатах обследования, наличии ВПР у плода и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности» (приказ МЗ РФ от 01.11.2012г. №572н).

Цель пренатального консилиума – определить тактику вынашивания беременности, оптимальный способ родоразрешения, план маршрутизации плода и новорожденного. «При наличии у плода ВПР, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ВПР, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объёма поражения при отсутствии методов эффективного лечения предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям» ( приказ МЗ РФ от 01.11.2012г. №572н). Вопрос о прерывании беременности решает семья!

В настоящее время фетальная медицина является уже состоявшимся явлением. Она включает в себя целый ряд диагностических и терапевтических возможностей. Принятие смерти как вида медицинского лечения может оказаться мощным препятствием на пути медицинского прогресса. Поэтому так важно развитие неонатальной хирургической помощи детям с ВПР. Внутриутробная хирургия один из высокотехнологичных разделов перинатальной охраны плода, который подразумевает проведение оперативных вмешательств у плода. Фетальная хирургия предотвращает рождение ребёнка-инвалида.

От высоких медицинских технологий вернёмся к главному, что определяет перинатальный исход – атмосфера любви вокруг ребёнка. Если ребёнка не любят родители, медицинский персонал, если в отделении перинатальной помощи атмосфера равнодушия и безразличия, то положительных результатов не будет даже с помощью самых передовых технологий и самого высокого финансирования. Ребёнок может остаться жив, но без душевной поддержки будет страдать всю жизнь, лишившись базового доверия к миру.

## **Литература:**

1. Шабалов Н.П. Неонатология. «МЕДпресс – информ». 2004. С. 28-35.
2. Силуянова И.В. Вызовы и заветы. М. 2015.
3. Интернет ресурс. Мир во мне.
4. Массино Ю.С., Соколова Н.А. Пренатальная диагностика.

## **СОБЛЮДЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В РАМКАХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

**Киворкова А.Ю.**

**ФГКУ санаторий «Жемчужина Кавказа», г. Кисловодск**

Профессиональная этика - это совокупность моральных норм, определяющих отношение человека к своему профессиональному долгу. Учитывая тот факт, что клинический психолог с первых минут интервьюирования максимально тесно соприкасается с индивидуальной душевной организацией обратившегося к нему за помощью пациента, соблюдение этических норм и принципов является неотъемлемой частью его профессиональной деятельности. Потребность клинического психолога в соблюдении четкой этической позиции обусловлена обладанием арсеналом профессиональных возможностей и навыков, позволяющим прикасаясь к душе пациента, глубоко проникнуть в его внутренний мир, раскрыв его личностные особенности, поведенческие стереотипы, глубинные переживания. Базируясь на уровне индивидуальных нравственных ценностей и основываясь на персональной ответственности за профессиональные действия, этические принципы клинического психолога наглядно иллюстрируют социальную и профессиональную позицию специалиста и являются одной из ведущих оценочных характеристик практикующего консультанта. Именно этичность психолога помогает сохранить чувство доверия между специалистом и пациентом и опосредованно увеличить мотивацию к совместному продуктивному сотрудничеству. Опытным психологам-консультантам часто приходится действовать и принимать решения на основе профессиональной интуиции, базирующейся на способности «поймать» один с пациентом канал эмпатии [1]. Зачастую именно сочетание интуитивного баланса эмпатии, актуализирующей способность быть на одной волне с мыслями и чувствами пациента, с общеморальными принципам и нормами, подсказывает клиническому психологу наиболее правильное решение и предохраняет от принятия потенциально ошибочного выбора манипуляционных стратегий. Принципиальным это является при оценке психологических особенностей пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, что косвенно будет влиять не только на прогноз заболевания, но и уровень их качества жизни [4, 5].

С целью соблюдения этических норм в российской психотерапии и психологии необходимо решение ряда вопросов, требующих всестороннего анализа, а именно:

1) отсутствие самостоятельной организации профессионального сообщества;

2) использование психологами неадаптированных методик из других стран для работы с российскими клиентами;

3) неконструктивное обсуждение вопросов, связанных с взаимоотношениями участников психотерапевтического процесса [2]. Следует отметить, что правовое регулирование не всегда может разрешить все сложные аспекты психотерапевтических отношений, возникающих при оказании медицинской помощи [3].

В связи с тем, что не все ситуации, с которыми приходится сталкиваться клиническим психологам, имеют однозначное и точное правовое решение, в структуру деятельности специалистов был введен Этический кодекс психолога [6], регламентирующий действия специалиста в той или иной социальной ситуации. Этические принципы создают основу для доверия психологу со стороны пациента, без чего невозможно установление между ними контакта а, следовательно, и достижение дальнейших успехов в психокоррекционной работе. Информация, получаемая от участников в рамках психологических исследований, будет обладать большей валидностью и ценностью при условии установления доверительных отношений между психологом-исследователем и испытуемыми, и разъяснения, что последние, в ходе исследования, способны осуществлять свободный выбор без принуждения или иной формы ограничения или давления. Соблюдение границ «этического коридора» не только помогает специалисту более эффективно разрешать возникающие научные вопросы и ситуационные проблемы, но и избегать попадания в этически противоречивые ситуации.

Пренебрегающий нравственными и этическими принципами клинический психолог, в первую очередь демонстрирует свой непрофессионализм, и может понести наказание, допускающее применение к нему санкций со стороны профессионального сообщества. В связи с возрастающей актуальностью предотвращения дисквалификации клинических психологов, следует обращать пристальное внимание к вопросам профессионального отбора еще на этапе подготовки в высших учебных заведениях, с возможной разработкой диагностических критериев выявления профессиональной непригодности будущих специалистов.

### **Литература:**

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других – М: Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. 472 с.

2. Гарбер И.Е. Этика психотерапии и психологического консультирования в России: постановка проблемы // Теория и практика психотерапии. 2014. №1(1). С. 96–100.
3. Караваева Т.А. Значение этических норм и принципов в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании // Вестник психотерапии. 2008. № 28(33). С. 9–17.
4. Новикова И.А., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Психологические особенности больных с сердечно-сосудистой патологией // Российский кардиологический журнал. 2004. № 1 (45). С. 28-32.
5. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. 2002. Т. 48., № 1. С. 9-13.
6. Этический кодекс Российского психологического общества [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.spbpo.ru/info.php?ID=1\\_7\\_1](http://www.spbpo.ru/info.php?ID=1_7_1).

## **ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ**

**Киселева Л.Г.<sup>1</sup>, Тишкова Ю.С.<sup>2</sup>, Гудкова Н.С.<sup>2</sup>, Павловская Н.В.<sup>2</sup>.**

**1-ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»**

**2- ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»**

В последнее время появляется немало научных доказательств, свидетельствующих о том, что многие хронические заболевания, от которых сегодня страдают люди в разных странах мира (сердечно-сосудистые, онкологические, респираторные и нарушения обмена веществ), берут свое начало во внутриутробном периоде развития человека, первым экологическим пространством которого является организм матери [9].

Одной из наиболее распространенных вредных привычек, губительно влияющих на здоровье, является табакокурение. Никотин – это токсическое вещество, содержащееся в табачной продукции и вызывающее привыкание. Диагноз табачной зависимости (ТЗ) м.б. поставлен при наличии трех и более признаков, возникавших в течение определенного периода времени на протяжении года, а именно: сильного желания или чувства труднопреодолимой тяги к употреблению табака; сниженной способности контролировать прием вещества: его начало, окончания и дозу, о чем свидетельствует употребление табака в больших количествах и на протяжении времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать его употребление; абстинентного синдрома, возникающего, когда прием табака уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для ТЗ, или использование табачных продуктов для облегчения или предупреждения симптомов отмены; рост толерантности к эффектам табака, заклю-

чающееся в необходимости повышения дозы для достижения желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы табака приводит к его ослабленному эффекту; поглощенность употреблением табака, заключающаяся в том, что все больше времени тратится на деятельность, связанную с приобретением или приемом табака; продолжающееся употребление табака вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое его употребление при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда [6].

Период полувыведения никотина в организме взрослого человека составляет два часа. По данным специальных глобальных обследований населения различных стран на предмет распространения табакокурения, Россия занимает четвертое место в списке самых курящих стран и первое - по потреблению табака на душу населения: в стране курят около 44 млн взрослых жителей, т.е. 60,2% мужчин и 21,7% женщин. Доля женщин-курильщиц во всем мире в последнее время также возрастает и, согласно прогнозам ВОЗ, к 2025г. достигнет более 20% [10]. В то же время, результаты эпидемиологических и клинических исследований в условиях Европейского Севера России констатируют, как значительный рост числа курящих женщин в регионе, так и особенности течения у них неврологической и соматической патологии [2, 5].

Результаты современных исследований показывают, что вынужденное (пассивное) вдыхание вторичного табачного дыма, выделяющегося между затяжками из горящего конуса сигареты (побочный поток дыма) и при выдыхании дыма курильщиком (выдыхаемый основной поток дыма) увеличивает ущерб здоровью от курения табака в несколько раз, вызывая ряд серьезных заболеваний, включая болезни сердца, респираторные заболевания, различные виды рака. Безопасного уровня воздействия вторичного табачного дыма не существует [4]. Увеличение числа курильщиц среди женщин молодого возраста – одно из наиболее опасных возможных последствий влияния табакокурения беременных на развитие плода и адаптацию новорожденных [1, 3].

Вышеизложенное делает крайне актуальным изучение не только клинических, но и этических аспектов табакокурения женщин во время беременности.

Целью исследования явилось выявление клинико-социальных и этических аспектов табакокурения среди беременных женщин в условиях Европейского Севера России.

Сплошное анонимное анкетирование 2725 родильниц родовспомогательных учреждений г.г.Архангельска, Северодвинска и Новодвинска Архангельской области показало, что распространенность табакокурения среди женщин детородного возраста составляет 35,4% (95% ДИ: 33,7-37,3) (n=966). В большинстве случаев навык курения приобретался уже в подростковом возрасте. Для

32,7% (316) курящих женщин (95% ДИ: 29,8-35,7) предстоящее материнство послужило мощным фактором в мотивации отказа от пагубной привычки. Еще 25,2% (243) респондента (95% ДИ: 22,5-27,9) отметили прекращение табакокурения по факту установления беременности в I триместре. 3,5% (34) женщин пытались прекратить курение во II и III триместрах, а 38,6% (373, 95% ДИ: 35,6-41,7) - продолжали курить на протяжении всего гестационного периода. Среднее количество ежедневно выкуриваемых сигарет среди женщин, продолжающих курить во время беременности (n=650), составило 7 (5; 8) (min 3; max 40) штук. До 10 сигарет в день выкуривали 79,1% (514 женщин) (95% ДИ: 75,8-82,0), до 15 сигарет ежедневно – 17,8% (116) (95% ДИ: 15,1-20,9), более 15 сигарет - 3,1% (20 чел.). На основании теста Fagerström [7] среди обследованных преобладала низкая степень ТЗ, но была также отмечена средняя и высокая степени. У некурящих женщин беременность чаще была запланированной (68,0%, 95% ДИ: 65,9-69,9), по сравнению с курящими во время гравидарного периода (45,8%, 95% ДИ: 42,0-49,7),  $\chi^2_{(1)}=103,9$ ,  $p<0,001$  и желанной (98,9%, 95% ДИ: 98,3-99,2 и 93,8%, 95% ДИ: 91,7-95,5, соответственно),  $\chi^2_{(1)}=55,8$ ,  $p<0,001$ .

Отмечено, что в домашних условиях курящие во время беременности женщины в 2,5 раза чаще окружены лицами с ТЗ, по сравнению с некурящими или отказавшимися от табакокурения до беременности ( $\chi^2_{(3)}=457,2$ ,  $p<0,001$ ). Среди курящих женщин преобладали повторнобеременные первородящие и повторно-родящие, в то время как среди некурящих - первобеременные женщины ( $\chi^2_{(2)}=8,79$ ,  $p=0,012$ ).

Никотин легко пересекает плацентарный барьер. В амниотической жидкости его пиковая концентрация отмечается через 15-30 минут после экспозиции и на 88 % превышает концентрацию в плазме матери. Пассивное «курение» плода приводит к расстройству физиологических и биохимических механизмов постнатальной адаптации, что является угрозой для последующего формирования здоровья человека.

Неблагоприятное воздействие продуктов табака увеличивает риск рождения недоношенных детей. Среди некурящих беременных преждевременное родоразрешение (до 37 недель) отмечено в 7,1% случаев и соответствует популяционным показателям [8], в то время как курящие во время гравидарного периода женщины родоразрешались преждевременно в 24% случаев,  $\chi^2_{(1)}=143,3$ ,  $p<0,001$  (OR=1,22, 95% ДИ: 1,17-1,28).

Все, что связано с потреблением никотина, как и других психоактивных веществ (ПАВ), вовлекается в сферу этических проблем. Употребление ПАВ у большинства людей ассоциируется с безнравственностью и аморальностью, в том числе и курение женщины во время беременности. Если женщина, несмотря

на ТЗ, решает стать матерью, то для нее и членов ее семьи необходима психологическая или психотерапевтическая поддержка со стороны специалистов. С этической точки зрения врачу необходимо использовать навыки консультирования курящих женщин еще на этапе планирования беременности для профилактики последствий токсического воздействия на плод и новорожденного.

В настоящее время на базе лечебных учреждений г.Архангельска, г.Северодвинска и г.Новодвинска специалисты оказывают бесплатную помощь по отказу от курения. Главная ценность для беременной женщины – ее будущий ребенок, поэтому все поступки должны быть подчинены беременности, что даст потенциал для здоровья и развития личности ребенка.

### **Литература:**

1. Бессолова Н.А., Киселева Л.Г., Чумакова Г.Н., Соловьев А.Г. Влияние никотиновой зависимости беременных на развитие плода и адаптацию новорожденных // Наркология. 2008. Т. 7. № 11. С. 49-52.
2. Ишекова Н.И., Соловьев А.Г., Ишеков Н.С. Изменение церебральной гемодинамики у курящих женщин с различной массой тела, проживающих на Европейском Севере // Наркология. 2002. Т. 1. № 7. С. 24-27.
3. Киселева Л.Г., Харькова О.А., Соловьев А.Г., Чумакова Г.Н., Грызунова Е.М., Хорева О.В. Перинатальные аспекты табакокурения в период беременности и лактации // Наркология. 2014. Т. 13. № 9 (153). С. 62-67.
4. Литвицкий П.Ф. Наркомании, токсикомании, отравления // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 3. С. 51-60.
5. Харькова О.А., Соловьев А.Г., Гржибовский А.М. Табакокурение во время беременности и его влияние на инициацию и продолжительность грудного вскармливания в условиях Европейского Севера России // Экология человека. 2010. № 7. С. 48-53.
6. Хорошкина Л.А., Кривцова Л.А., Дулинец В.В., Стаценко О.А. Психическое развитие детей раннего возраста, рожденных женщинами с признаками никотиновой зависимости // Наркология. 2015. № 4. С. 51-55.
7. Fagerström KO. Measuring nicotine dependence. *Ital. Heart J.* 2001; 2 (1): 53-5.
8. Himes SK. Prenatal tobacco exposure, biomarkers for tobacco in meconium, and neonatal growth outcomes. *J Pediatr.* 2013; 162(5): 970-5.
9. Worley J. Identification and management of prescription drug abuse in pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2014; 28: 196-203.
10. Zhang D, Cui H, Zhang L, Huang Y, Zhu J, Li X. Is maternal smoking during pregnancy associated with an increased risk of congenital heart defects among offspring? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29: 1-36.

## **ЭТИКА, ДЕОНТОЛОГИЯ И ЛЮБОВЬ К ДЕТЯМ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА**

**Ковалева Е.Н., Михайлова Л.Н., Золотова А.В.**

**ГБУЗ Архангельской области «Северодвинский специализированный дом  
ребенка для детей с поражением центральной нервной системы,  
нарушением психики», г. Северодвинск**

**АРОО «Объединение медицинских работников Архангельской области»,  
г. Архангельск**

Специализированный Дом ребенка занимается воспитанием и оказанием медицинской помощи детям, оставшимся без попечения родителей с поражением центральной нервной системы, с дефектами умственного и физического развития с 0 до 4-х летнего возраста. Наше учреждение призвано заменить семью детям, оставшимся без попечения родителей, создавая условия, в которых ребенок, лишенный материнской ласки и внимания, развивался бы своевременно и всесторонне. Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры является гуманность и милосердие.

Главными задачами в профессиональной деятельности медицинской сестры дома ребенка являются: комплексный всесторонний уход за детьми, облегчение их страданий, восстановление здоровья и реабилитация, предупреждение заболеваний. Возрастной состав детей, круглосуточное пребывание их в доме ребенка требуют специальных знаний по содержанию и организации деятельности персонала, создания комфортных условий, приближенных к «домашним» для проживания детей. Взаимодействие медицинской сестры и ребенка в каждом случае складывается индивидуально, устанавливается зрительный и эмоциональный контакт. Проявление заботы, нежности, внимания - все это отражается в ответной улыбке и хорошем настроении малыша. Дети раннего возраста по своей природе доверчивы. Персоналу группы их доверие и расположение нужно заслужить. Это не всегда легкая, но важная обязательная задача, найти необходимый подход, полюбить их, ежедневно находить постоянную радость в общении с ними. С целью коррекции и предупреждения возникновения различных поведенческих нарушений у детей разработан и используется медицинскими сестрами «Алгоритм действий персонала при эмоционально-поведенческих расстройствах детей». Для снятия эмоционально - психологических расстройств, ощущения внутренней гармонии, нормализации сна используется «холдинг» - терапия, музыкотерапия.

Основная работа медицинского персонала в доме ребенка направлена на сохранение жизни, профилактику и лечение болезней в раннем возрасте. Медицинская сестра дома ребенка обязана знать истинное состояние здоровья ребенка, уровень физического и нервно-психического развития, режим бодрствования и кормления, индивидуальный ритм сна. Для большей информированности персонала о состоянии здоровья детей, медицинские сестры участвуют в медико - педагогических собраниях групп, где дают оценку отдельных показателей физического и психического состояния, индивидуальных особенностей каждого малыша. Это позволяет более эффективно общаться с ним, поддерживать атмосферу доверия и взаимопонимания, ориентироваться в проблемах ребенка, своевременно оценивать и реагировать на изменения в состоянии его здоровья.

Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям, оставшимся без попечения родителей, кроме глубоких теоретических знаний, умелого использования практических навыков, медицинским сестрам необходимо понимать психологию ребенка, положительные и отрицательные напряженные ситуации, не только здорового, но и больного. Медицинская сестра, выполняя свой профессиональный долг в отношении больного или здорового ребенка, обязана обеспечить качественное выполнение врачебных назначений, оказать необходимую медицинскую помощь и помнить древнюю этическую заповедь «Прежде всего – не навреди!». Разработаны и внедрены в работу медицинских сестер: алгоритмы оказания неотложной помощи, памятка по предупреждению развития синдрома внезапной смерти детей раннего возраста. С целью улучшения качества раздачи лекарственных препаратов и удобства в раскладке используются таблетницы, чтобы смягчить у малыша неприятные вкусовые ощущения от лекарств - сиропы, суспензии, капли. При назначении антибиотиков и жаропонижающих средств, врач и медицинская сестра всегда думают о том, чтобы ребенку было не больно и по возможности склоняются в пользу назначения лекарственных препаратов через рот или используют ступенчатую антибактериальную терапию. Учитывая это обстоятельство, за период 2014 - 2016 гг. количество назначенных и выполненных инъекций уменьшилось в 2 раза, необходимый эффект от лечения достигнут во всех случаях.

Медицинская этика и деонтология учит медицинскую сестру относиться к ребенку как к личности со своим духовным миром, своими желаниями, надеждами, опасениями, страхами. Ни в коем случае нельзя насильно заставить его делать то, что он не хочет. Наши медицинские сестры стараются заинтересовать ребенка, увлечь, поддержать проявление его внимания. Все это требует от медицинской сестры особой эмоциональности, выразительности, артистизма. Именно в этом и заключается искусство ухода за ребенком раннего возраста. Доброже-

лательность, неожиданность, удивление и восхищение, любовь, улыбка, ласковое слово – главные принципы в работе с маленькими детьми, а особенно с детьми, оставшимися без попечения родителей. И такое отношение должно быть к ребенку, начиная с самого раннего возраста, к нему необходимо подходить как к личности, правда, еще не сложившейся, но уже формирующейся, и даже на ранних ступенях своего развития, имеющей определенные черты индивидуальности.

Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – первейший профессиональный долг медицинской сестры. Ежемесячно проводятся занятия с медицинским, педагогическим персоналом согласно планам повышения квалификации. Тематика занятий актуальна, разнообразна, современна. Два раза в год проверяется уровень знаний медицинских сестер.

В нашем учреждении медицинские сестры выполняют еще одну заповедь этического кодекса, это «сохранение информации ставшей им известной в силу исполнения своих профессиональных обязанностей», они несут личную моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны. Об этом указано в должностных обязанностях каждого сотрудника, данные вопросы рассматриваются на занятиях и медико-педагогических собраниях. Соблюдение этических норм медицинской этики – неотъемлемая часть в работе всех медицинских сестёр России, не зависимо от вида практики, специализации, должности, возраста и моральных устоев. Наше учреждение уверенно шагает по пути преобразований и повышения профессионализма персонала, улучшения качества жизни наших воспитанников. Вниманием и любовью окружают детей все наши медицинские сестры, воспитатели, да и не только они. Все! Как мозаика из кусочков цветного стекла лепится из реплик и диалогов пестрая жизнь детей, среди нас взрослых. На талантах нашего персонала держится то, что не вписать ни в какие строчки отчетов – дух милосердного мастерства.

Коллектив с творческими возможностями, с долгом, с осознанием колоссальной ответственности, с духом милосердного мастерства призван служить для детей, лишенных родительской ласки. А это значит, что мы на правильном пути — мы заботимся о счастливом детстве детей, помогаем им справиться с той сложной ситуацией, в которую они попали. Думаем, что у нас впереди еще очень много задач и интересных дел по оздоровлению, социальному, эмоциональному, познавательному и личностному развитию малышей. В качественной реализации этих задач наш профессиональный долг и человеческая миссия.

Большое значение в развитии этического понимания для медицинского персонала имеет участие в мероприятиях, конференциях, организованных на

протяжении многих лет Ассоциацией медицинских сестер Архангельской области (АМСАО) - Ассоциацией медицинских работников Архангельской области (АМРАО) - Объединением медицинских работников Архангельской области (ОМРАО). С момента создания Ассоциации заложены и успешно продолжают развиваться основополагающие принципы деятельности организации в соответствии с Этическим Кодексом медицинской сестры России.

### **Литература:**

1. Андреева А.В. Из истории этического кодекса медицинской сестры России и АМРАО // Этические проблемы современной медицины. 2013. С. 13-19
2. Матвеев В.С. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – М.: Медицина, 2004.
3. Машкова Т.В. Этические нормы и проблемы, связанные с работой сестринского персонала // Главная медицинская сестра. 2003. №2.
4. Назарова И.Б. Адаптация и возможные модели мобильности сирот. М.: Московский общественный научный фонд, 2006.
5. Хетагурова А.К. Этико - деонтологические аспекты в работе сестринского персонала //Сестринское дело. 2003. №6.
6. Лещенко М.В., Тонкова-Ямпольская Р.В., Фрухт Э.Л. Состояние здоровья и развития воспитанников домов ребенка // Российский педиатрический журнал. 2000. № 1.
7. Конова С.Р. Организация медицинской помощи детям в домах ребенка Российской Федерации // Детский доктор. 2001.- № 5-6.
8. Хетагурова А.К., Пуляевская Т.В. Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры // В помощь практикующей медицинской сестре. 2008. №1 (15).

## ***СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: ЗА И ПРОТИВ***

***Кожевников Е.Д., Чумакова Г.Н.***

***ФГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»***

***г. Архангельск***

Согласно статистике 1970-1980 годы количество бесплодных пар по всему миру составляло до 5%. В настоящее время этот порог перешёл цифру в 15 % (некоторые авторы указывают цифру 30%) [2]. Суррогатное материнство рассматривается как вспомогательная репродуктивная технология при бесплодии [3].

Целью нашей работы является изучение отношения к суррогатному материнству государства и общества. Нами решались следующие задачи: на основании правовых актов показать отношение к суррогатному материнству в Российской Федерации; определить роль различных конфессий к суррогатному материнству; показать отношение к этой проблеме в разных странах.

По определению ВОЗ: «Гестационный курьер» (суррогатная мать): женщина, у которой беременность наступила в результате оплодотворения ооцитов

сперматозоидами третьей стороны - пациентов. Она вынашивает беременность с тем условием или договором, что родителями рожденного ребенка будет один или оба человека, чьи гаметы использовались для оплодотворения». 1 января 2012 г. в законную силу вступил новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, который дает легальное определение суррогатного материнства. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которой вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям [3].

Согласно исследованию, проведенному Поповой Т.В. и Анюкановой Ю.С. при анализе данных бесплодных пар, за 2008 год в РФ родилось 192 ребенка по программе суррогатного материнства, за 2009 г. – 178 детей, 2010 г. – 257 детей, 2011 г. – 282 ребенка и за 2012 г. – 336 детей. Таким образом, можно сделать вывод, что за 5 лет количество детей, рождённых суррогатными матерями, увеличилось в 1,75 раз [2].

Взаимоотношения между суррогатной матерью и родителями ребенка регулируются Семейным Кодексом РФ, в котором на деле оказывается много спорных, непонятных моментов. Так, закон гласит, что «отец и мать, состоящие в браке между собой, записываются родителями ребенка в книге записей рождений по заявлению любого из них» (СК. Статья 51. п.1). На деле мы встречаем несколько острых подводных камней. Во – первых: в семейном кодексе нет чётких критериев и определений понятий «отец» и «мать». Исходя из текста этого документа можно понять, что мать – женщина, родившая ребенка. И именно эта женщина имеет преимущество юридически отвечать за ребёнка. Она, как биологическая мать, регистрируется в книге записей как «мать». Из этого следует, что суррогатная мать имеет право не регистрировать «заказчиков» в этом акте как полноценных родителей, хотя в медицинской организации должен быть представлен документ, подтверждающий факт получения согласия женщины, родившей ребёнка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями ребёнка (Статья 16. п. 5., Статья 51. п.4). Сложность заключается еще и в том, что при подаче иска родителями ребенка, такие дела чаще ими проигрываются, так как, суррогатная мать юридически отвечает за ребёнка. Закон гласит, что оба супруга при оспаривании материнства и отцовства не в праве после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на это обстоятельство (Статья 52.п.3.). Это еще более усложняет взаимоотношения между родителями и суррогатной матерью. Во – вторых: по закону «отец» - не тот, кто участвовал в

акте зачатия ребенка, а официально зарегистрированный муж женщины, родившей ребёнка (Статья 48. п.5.). Таким образом, только подписав необходимые бумаги, мужчина может стать отцом ребенка. Но если в судебном порядке было установлено отцовство, суррогатная мать, не отдавшая ребёнка, имеет право требовать алименты с мужчины, которые он, как правило, обязан выплачивать. Следовательно, закон не защищает прав мужчины, изъявившим желание стать отцом ребенка от суррогатной матери, но также не защищены права мужа «суррогатной матери», ведь именно он, являясь зарегистрированным в органах ЗАГС мужем, автоматически становится отцом ребёнка. [4]

Нет комментариев касательно случаев, если одинокий мужчина захочет стать отцом ребенка, рождённого суррогатной матерью. По Конституции РФ у нас в государстве должна идти поддержка семьи, материнства, детства, отцовства, равенство прав граждан вне зависимости от их социального статуса, а главное, что мужчина и женщина имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации (статья 7 ч.2, статья 19 ч.2, статья 19 ч.3). Следовательно, одинокий мужчина может стать отцом такого ребенка, но в законе этот пункт не прописан.

Но что если родился больной ребёнок? Законодательно не определено, как поступать при рождении таких детей – тяжелая родовая травма, тяжелая внутриутробная инфекция (заболевания которые не выявляются на пренатальных скринингах), обязаны ли «заказчики» забирать больных детей. Что если болезнь ребенка не была обусловлена вредными привычками и заболеваниями суррогатной матери, которая со всей ответственностью относилась к условиям контракта?

К сожалению, разногласия появляются не только в статьях гражданского права. Достаточно интересное отношение к этому вопросу высказывают разные религиозные течения. Так, православие и католичество ни в коей мере не принимают суррогатное материнство, считая его неприемлемым и аморальным. Они говорят о том, что брак является «таинством любви», где ценность отношений между мужем и женой проявляются в самоотдаче, единении тела и души. При невозможности родить ребенка, пара не должна отворачиваться друг от друга, а наоборот, поддерживать друг-друга, живя с этой проблемой. В мусульманстве дела обстоят иначе, так как там брак основан не только на моногамии, но и на полигамии. Суррогатное материнство разрешено в странах с этой религией, но носителем плода должна быть другая жена. Протестанты придерживаются менее категоричной позиции, однако также выступают против донорства репродуктивного материала и суррогатного материнства. Позиция иудейских раввинов примерно соответствует позиции протестантских священников. Буддисты не имеют возражений, но должны соблюдать конфиденциальность и альтруистические намерения в суррогатном материнстве. [8].

Но как обстоят дела с проблемой суррогатного материнства в других странах? Во Франции, Германии, Австрии, Норвегии, Швеции, США (штаты Аризона, Мичиган, Нью-Джерси) суррогатное материнство запрещено полностью. В Великобритании, Дании, Канаде, Израиле, Австралии (штат Виктория), США (штаты Нью-Гемпшир, Вирджиния) возможно только некоммерческое суррогатное материнство [6]. Существует представление о четырёх группах стран, решивших вопрос о суррогатном материнстве. Первая – государства, где законодательно разрешено суррогатное материнство, в том числе и коммерческое (Россия, Украина, некоторые штаты США, ЮАР). Вторая – страны, где разрешено некоммерческое суррогатное материнство (Австралия, Великобритания, Дания, Израиль, Испания, Канада, Нидерланды, некоторые штаты США). Третья – страны, где законом запрещено суррогатное материнство (Австрия, Германия (наказание несут врачи), Норвегия, Швеция, отдельные штаты США, Франция). Четвёртая – страны, где суррогатное материнство не регламентировано, но имеет место (Бельгия, Греция, Ирландия, Финляндия) [1]. Одной из немногих стран, где не только разрешено, но и полностью регламентировано суррогатное материнство, является Казахстан.

Но кроме этих проблем существуют и другие вопросы, которые необходимо решить:

Во-первых, однополые браки – одна из самых щепетильных тем последнего времени. Уже сейчас мы должны думать о том, что потенциальными родителями могут стать семьи с нетрадиционной сексуальной ориентацией и, значит, этот метод вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) из метода лечения бесплодия традиционной семьи превращается в способ предоставления детей в однополые семьи, в странах где разрешены однополые браки.

Во-вторых, разрешение одинокой женщине пользоваться услугами суррогатной матери приведет к лишению возможности ребенка воспитываться в полной семье и даже лишение возможности «знать своего отца».

В-третьих, регламентируются только технические и медицинские составляющие суррогатного материнства, но у ребенка уже внутриутробно существует потребность психоэмоционального общения с матерью, ежеминутного подтверждения любви и нежности матери, что не может дать суррогатная мать – «матка на прокат». Эта проблема упирается в понятие «импринтинг» (от англ. imprint — оставлять след, запечатлевать, печатать) — запечатление в памяти новорожденного отличительных черт воздействующих на него жизненно важных объектов.

Что же такое по сути суррогатное материнство? Во - первых – это не что иное, как терапия бесплодия, имеющая свои показания, противопоказания. Всемирная медицинская организация еще в 1987 году заявила, что методы вспомогательных репродуктивных технологий (в т.ч. суррогатное материнство) служат

благородной цели – лечению бесплодия и предоставлению права супругам, лишенным возможности производить потомство, завести детей. Так же было сказано, что должен отвергаться любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки становятся предметом купли-продажи. Чаще всего вопрос суррогатного материнства имеет чисто этический характер. Взглянув на него с позиции дарвинизма можно сделать интересный вывод. М.Н. Малейная отметила, что «общей и главной чертой размножения человека является объединение в диплоидной клетке генетического материала двух различных зародышевых клеток. Таким образом, биологическое родство определяется генетическим материалом, а не вынашиванием зародыша в теле женщины». Таким образом, суррогатная мать несёт генетический материал двух чужих ей людей, на что не обращают внимание ни законодатели (следовательно, есть предпосылки защиты прав родителей, обратившихся к суррогатной матери), ни общественные деятели [1].

Таким образом, проблема суррогатного материнства очень трудно решается не только в нашей стране, но и во всем мире. Она стоит на стыке законодательства, медицинского права и технологий, общественного мнения, религии. Этому вопросу стоит уделять особенное место в нашей жизни, смотреть на неё намного шире, так как она связана с репродуктологией, с генотипом нашей популяции, следовательно, как это не странно будет звучать, с будущим *homo sapiens* как вида. Поэтому нужно осторожно ступить на поле этой проблемы, скурпулёзно рассмотреть её с разных точек зрения, не принимать необдуманные решения, взвешивая «за» и «против», и лишь тогда мы сможем в полной мере ответить на все интересующие нас вопросы и закрепить их в законодательстве и социальной политике государств.

### **Литература:**

1. Борисова Т.Е. Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики. Монография. – М.: Издательство Проспект. 2016. 143 с.
2. Попова Т.В., Аниканова Ю.С., Дорогань В.В. Отношение общества к суррогатному материнству: опыт пилотного исследования в г. Ростове-на-Дону// Молодёжный научный вестник. 2016. №5. С. 106-116.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению".
4. Семейный кодекс (СК РФ) с комментариями. 2016.
5. Конституция РФ. 2016.
6. Силуянова И.В. Биомедицинская этика: учебник и практикум для академического бакалавриата. М. : Издательство Юрайт, 2016. 312 с.
7. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебн. Пособие : В 2 т./ Н.П. Шабалов. – Т.1. – 3-е изд., испр. И доп. – М.: МЕДпресс-информ. 2004. 608 с.
8. Шамов И.А. Биомедицинская этика: Учебник. М.: ОАО «Издательство «Медицина». 2006. 344 с.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЧТЕНИИ ТЕРМОГРАММ**

**Кожевникова И.С.**

**ФГАУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова», г.Архангельск**

Температура тела человека является параметром, который на протяжении многих столетий используется как диагностический критерий многих патологических состояний.

Картина пространственного распределения температур по телу человека может свидетельствовать о наличии патологических процессов, связанных с различными формами нарушения кровотока, изменениями метаболизма и иннервации биологических тканей. На сегодняшний день наиболее совершенным методом регистрации температуры тела человека является метод инфракрасной термографии (ИКТ), основанный на регистрации собственного теплового излучения объектов в инфракрасном диапазоне с помощью тепловизионного оборудования. Современные тепловизоры работают с подключением и передачей данных на компьютер, что позволяет сохранять большие объемы данных и оценивать их в динамике. Современные термограммы позволяют увидеть объект в инфракрасном диапазоне целиком, распознать и классифицировать его существенные признаки. Метод ИКТ абсолютно безопасен для человека, может без ограничений использоваться как для диагностических, так и для профилактических целей, выполнять различного рода исследовательские задачи.

Обладая несомненными преимуществами по сравнению с другими инвазивными методами исследования, термография только начинает широко распространяться в клинической практике, благодаря разработке диагностических критериев для оценки термограмм и применению математических методов, позволяющих автоматизировать чтение термограмм, создавать системы которые частично или полностью выделяют диагностические критерии на термоизображениях [3,4].

Выделяют две категории автоматизированных систем по характеру задач, решаемых с их помощью. К первой относятся системы автоматизированного обнаружения подозрительных областей и локализации на изображении. В этом случае, интерпретация, производится врачом-диагностом (computer-aided detection CADe). Вторая категория – это системы автоматизированной диагностики (computer-aided diagnostic CADx). Подобные системы обладают функцией экспертного анализа, их цель заключается в принятии решении о характере явлений, зафиксированных на медицинском изображении. Для эффективного использова-

ния термографии в диагностике необходима автоматизация оперативного анализа, количественного описания и интерпретации результатов исследований [1,5].

На фоне расширения областей применения систем компьютерной диагностики и в анализе термографических изображений наблюдаются все новые витки развития. За последние несколько лет достигнуты заметные результаты в автоматизации постановки диагноза на основе анализа термограмм в терминах точности, специфичности и чувствительности. Эти результаты обусловлены улучшением эксплуатационных характеристик тепловизоров, а также успехами в разработке алгоритмов обработки изображений и анализа данных. Наиболее разработанным направлением в автоматизации анализа и интерпретации термограмм является диагностика рака груди. Точность, с которой алгоритмы определяют наличие или отсутствие патологии, приближается к 100%, предложены модели систем способных достоверно выделять анатомические области интереса. Тем не менее, существенное количество недостоверно-положительных и недостоверно-отрицательных результатов является все еще не решенной проблемой. Тем не менее, активно разрабатываются новые направления, такие как автоматизация диагностики рака груди по последовательности снимков для более точной фиксации и количественного описания не только пространственного расположения температурных карт, но и учета их изменения во времени или количественного анализа реакций на стресс-тесты. Разрабатываются методы детального анализа обнаруженных опухолей для автоматизации определений их типа (злокачественная/доброкачественная) и стадии заболевания. В других областях медицины создание подобных систем также получило активное развитие за последние несколько лет, но описанные системы значительно уступают в точности классификации. Большинство исследований фокусируется на отдельных этапах работы с термограммами, например, на параметрическом описании, используя при этом ручную сегментацию. Описаний целостных систем, охватывающих все этапы работы с изображением не так много [2].

Не существует общего решения для сегментации термограмм даже в рамках одного вида диагностики. Выбор методов полностью зависит от опыта и знаний эксперта, проводящего исследование. Разработка новых методов или подбор оптимальной комбинаций существующих техник для улучшения качества сегментации – важное направление исследований, способное внести существенный вклад в улучшение качества работы систем. Характеристикам матриц смежности остаются основным и самым распространенным методом параметрического описания термограмм, их дополняют статистические признаки первого порядка, спектральные признаки показывают высокую эффективность, но используются

гораздо реже. Существует необходимость разработки специализированных техник количественного описания температурных паттернов. Дальнейшее развитие методов, так или иначе, ведет к увеличению пространства признаков и возникает необходимость использовать специальные методы отбора наиболее информативных. Интерпретируемость результатов – важное свойство, которым должны обладать алгоритмы, используемые для интерпретации данных для постановки диагноза. Существенным недостатком методов классификации в рамках машинного обучения является то, что не все методы обладают этим свойством.

Общим недостатком предложенных решений являются сравнительно небольшие наборы данных, на которых были исследованы их возможности. В этом контексте, создание общедоступной, сбалансированной базы данных, подготовленной в соответствии с общепринятыми стандартами и содержащими достаточное количество изображений, было бы существенным вкладом в развитие разработок методов автоматической диагностики на основе анализа термограмм. На данном этапе качество существующих моделей компьютерной диагностики на основе анализа термограмм не достаточно для реализации и внедрения в клиническую практику. Однако динамика развития и совершенствования методов позволяет предположить, что это будет возможным в ближайшие несколько лет.

#### **Литература:**

1. Баша Н.С., Шульга Л.А. Система выделения подкожного рисунка кровеносного рисунка по термографическим изображениям // Вестник МГТУ им. Н.Э. Баумана. Сер. “Естественные науки”. 2012. № 2. С. 98-106.
2. Макарова М.В. Юницина А.В. Тепловизионное исследование молочных желез в оценке объемных образований // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. 2013. № 3. С. 44–50.
3. Попова Н. В., Попов В. А., Гудков А. Б. Диагностическое значение термографии рук, ультразвукового исследования сонных артерий и артериального давления у больных ишемической болезнью сердца // Экология человека. 2013. № 10. С. 32–36.
4. Применение инфракрасной термографии в современной медицине (обзор литературы) // Кожевникова И.С., Панков М.Н., Грибанов А.В., Старцева Л.Ф., Ермошина Н.А. / Экология человека. 2017. № 2. С. 39-46.
5. Фисенко В.Т., Фисенко Т.Ю. Метод вейвлетной сегментации цветных текстурных изображений // Оптический журнал. 2012. № 11. С. 79.

### ***ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СОТРУДНИКОВ ЭКСТРЕННОЙ СЛУЖБЫ 03 И ПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ***

***Колесников Г.С., Низовцева В.А., Постникова Е.М.***

***ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая станция скорой медицинской помощи», Архангельск***

Работа бригад «Скорой медицинской помощи» причисляется к категории одной из самых экстремальных специальностей. Бригадам приходится оказывать

помощь в опасных условиях, криминальной обстановке, при ДТП и других чрезвычайных происшествиях, где эмоциональная лабильность, страх, стресс, угрозы являются результатом человеческого фактора в состоянии сильного волнения. И зачастую персонал СМП, отправляясь на такие вызовы, сам оказывается в сложных и опасных ситуациях.

Профессиональная компетентность сотрудника скорой медицинской помощи определяется эффективностью применения знаний и умений в реальной практике, а не сводится просто к их набору. Быть компетентным – значит уметь мобилизовать имеющиеся знания, опыт, своё настроение и волю для решения проблемы в конкретных обстоятельствах. Не случайно один из главных показателей работы СМП – это оперативность. Одной из ключевых является коммуникативная компетентность – это профессионально значимое, личностное качество медицинского работника, формирующееся в процессе саморазвития.

Данная работа нацелена на проблематику адекватного взаимодействия в процессе коммуникации персонала скорой медицинской помощи и пациентов.

Вызов скорой помощи – это изначально стрессовая среда, так как пациенты или их родственники и знакомые обращаются за медицинской помощью в несколько измененном состоянии психики. Привычный ход их жизни нарушен, они находятся в состоянии волнения или опасения за жизнь, и такая тревога может быть сильнее боли, их потребность в безопасности или стабильности нарушена. Таким образом, здесь не избежать напряженных человеческих контактов, недопонимания и конфликтов.

Нами проведен анализ всех обращений (жалоб) граждан, поступивших в наше учреждение в 2016 году. Установлено, что только 24% жалоб связаны собственно с качеством оказания медицинской помощи. Остальные же 76% жалоб связаны с качеством общения «врач – пациент». Количество жалоб – показатель удовлетворенности работой медицинского учреждения не только пациентов, но и общества в целом. Эти жалобы практически не содержат обращений «по существу», то есть качество медицинской помощи не подвергается сомнению, жалуются на поведение медицинских работников в условиях диагностического и лечебного взаимодействия, высказывают недовольства и на этапе приема вызовов, когда диспетчеру необходимо сориентироваться и принять верное решение в направлении на вызов нужной бригады.

Согласно определению, медицинская этика – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но однозначно приводит к моральному осуждению со стороны общества, нравственному суду, «суду чести». Проблема заключается в том,

что этические нормы поведения в последние десятилетия становятся достаточно динамичными. Объективная необходимость их изменения намного опережает их всеобщее признание в обществе. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали [3].

Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «врач – пациент – общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.). Проблему взаимоотношений медицинского работника и пациента нельзя рассматривать только в одном ракурсе – этика врача, его отношение к больному. Поведение медицинских работников обычно является отражением отношения к ним общества и пациентов. Нет уважения со стороны и тех, и других. Проблемы тесно взаимосвязаны. Проблемы здравоохранения это лишь отражение общих проблем. Население, в большинстве своем, перестало признавать, что наши врачи обладают достаточно высоким уровнем знаний, и, пока ещё не утраченными, понятиями о порядочности и доброте.

При всем разнообразии подходов взаимодействие врача и пациента состоит из четырех главных компонентов: поддержки, понимания, уважения, сочувствия [1].

1. Поддержка не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение пациента. Здесь должны помочь другие звенья системы здравоохранения, семья и друзья пациента. Однако главные ресурсы, вероятно, скрыты в самом пациенте. Их использование станет возможным, если пациент осознает: врач намерен помогать, а не уговаривать. Здесь уместна цитата Ф. Ницше: «Я пришел вам помочь, а вы жалуетесь, что я не хочу плакать с вами». Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки – активизация роли пациента в лечебном процессе.

2. Когда врач проявляет понимание, пациент уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит о своем понимании или выражает то же самое невербальными средствами: взглядом, кивком головы. Заметим, что общение врача и пациента можно назвать вынужденным общением, так как основным мотивом встречи и беседы становится появление у одного из участников взаимодействия проблем со здоровьем. Со стороны врача «вынужденность» общения обусловлена его профессией.

В коммуникативном процессе «врач – пациент» большую роль играет процесс эмпатии. Доверие пациента выигрывает эмпатийный врач – способный сопереживать, испытывать те чувства, которые испытывает больной и в какой-то степени переживать их, а не тот врач, который более квалифицирован, но холоден и точен. Из-за того, что слова, содержат всего 7% информации (остальные 38% зависят от звучания голоса: интонации, тембра, ритма, громкости, скорости

и 55% от визуально наблюдаемых невербальных компонентов поведения: движения, поза, жесты, взгляд, мимика), изображение эмпатии в виде слов: «Я понимаю Вас, я сочувствую Вам» должно сочетаться с элементами паралингвистики (невербальными средствами общения), которые могут либо усилить чувство эмпатии и тогда больной поверит врачу, или сильно его ослабить. Итак, одной из самых необходимых характеристик врача является его способность к эмпатии, но не к игре в эмпатию. Испытывать эмпатию – не означает, что врач должен, например, входить в состояние столь же тяжелой депрессии или страха, которые испытывает пациент. Есть граница эмпатийного присоединения, за которой самому врачу уже понадобится помощь (когда присоединяется психосоматика).

3. Уважение подразумевает признание ценности пациента как индивида и важности его забот. Важны простейшие вещи, типа быстрого запоминания имени и фамилии пациента. Если же любой из собеседников будет использовать одну из самых опасных и деструктивных привычек в общении – склонность к унижительным замечаниям и без конца прерывать, доверительные отношения не сложатся.

В процессе коммуникации существует «теория Айсберга» («теория подтекста»), которая является ярким и удачным примером построения доверительных отношений между собеседниками. На примере этой теории можно рассмотреть отношение населения к службе СМП, которое формируется на двух уровнях: эмоциональном и рациональном.

Мы знаем об айсбергах то, что большая их часть скрыта под водой и то, что они очень пропорциональны. От того, насколько велика подводная часть, будет зависеть и размер надводной. Подводный уровень (эмоциональный) – это сердце, надводный (рациональный) – разум. Установление эмоционального контакта с собеседником – это основа, от которой зависит возможность приблизиться к рациональному общению. В той и другой части айсберга могут формироваться как положительные (+), так и отрицательные (-) стороны взаимоотношений. И чем больше (+) «под водой», тем больше и видимая часть айсберга. А минусы (-) – негативные впечатления и отношения в подводной части разрушают айсберг и делают невозможным общение на рациональном уровне. К рациональному уровню можно прийти только через эмоциональный. Нет эмоционального контакта – нет и никакого рационального уровня! При установлении контакта с собеседником нет репетиций.

4. Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества между врачом и пациентом. Нужно уметь поставить себя на место пациента, взглянуть на мир его глазами. Сочувствие можно проявить, высказав сугубо личную оценку ощущений и эмоций пациента: «Вам пришлось нелегко, было от чего обозлиться» или

«Совершенно очевидно, что Вы взволнованы. Может и я, оказавшись в такой ситуации, чувствовал себя так же». Сочувствуя, мы испытываем те же чувства, что и собеседник.

Однако, бывает неподготовленность медицинского персонала к общению с категорией населения, чей интеллектуальный, коммуникативный или культурный уровень низок и, соответственно, не позволяет им вести себя с докторами адекватно, что часто приводит к различным затруднениям во взаимодействии и провоцирует конфликтные ситуации. Такое явление встречается в практике, как у опытных, так и у начинающих сотрудников СМП. Причиной подобного поведения может быть и состояние нересурсности персонала, которое обусловлено десинхронизацией ритмов сна и бодрствования, дефицитом времени отдыха, эмоциональным выгоранием, постоянным соприкосновением с чужими проблемами и чужой болью, сопротивлением психическому заражению сильными эмоциями пациентов, производственной средой с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность, отсутствием юридической и правовой защищенности. Персонал СМП постоянно подвергается воздействию комплекса вредных и опасных производственных факторов. Люди, работающие на скорой помощи испытывают большие физические и психоэмоциональные нагрузки, и им не меньше, чем пациентам, требуется милосердие. И всё же, во взаимоотношениях врача и пациента, речь не идёт о равнозначных отношениях. В них кто-то обычно сильнее, и этим «кто-то» всегда должен быть врач, хотя бы потому, что он имеет дело с больным человеком.

На базе ГБУЗ АО «АОКССМП» создана служба психологического сопровождения, для персонала разрабатываются рекомендации, проводятся инструктажи и психологические тренинговые занятия с учётом специфики службы СМП. Данная деятельность позволяет получать положительный результат в общем объеме обращений: количество жалоб снизилось, выросла уверенность персонала в управлении конфликтами и в умении управлять своими эмоциями, увеличилось число благодарностей, что, конечно, поднимает не только настроение, но и позитивно мотивирует боевой дух сотрудников СМП! Приятно, когда население находит возможность не только выразить свое недовольство, но и поблагодарить наш персонал.

Конфликты – это часть человеческих отношений, этап развития отношений, увы, неизбежный. Конфликты неизбежны, потому что всегда сталкиваются противоположные взгляды, стремления, различные потребности и желания. Способность медицинского персонала управлять конфликтами – одно из действительно эффективных решений, благодаря которому можно не только уменьшить количество жалоб и повысить удовлетворенность пациентов, но и повлиять на

мотивацию медицинских работников, что приведет к улучшению качества оказания медицинской помощи.

### **Литература:**

1. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 3. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
2. Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб.: Питер, 2001. 464 с.: ил.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.

## ***ОСОБЕННОСТИ ЭКО В РАМКАХ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА***

***Конза А.В.***

***ГАПОУ АО «Архангельский медицинский колледж», Архангельск***

Суррогатное материнство своими корнями уходит глубоко в древность, когда богатые семьи, неспособные иметь собственных детей, прибегали к оплодотворению наложниц для сохранения рода. Это был, так называемый, традиционный метод суррогатного материнства, при котором оплодотворение осуществлялось естественным способом [4]. Но время не стоит на месте, оно идёт, принося с собой новые технологии, которые помогают людям. В современном мире много разных проблем, но одной из главных является демографическая: большое количество семей не могут иметь детей, поэтому демография нашей страны ухудшается. Мы живём в современном обществе, которое придумало несколько вариантов решения. Одной из таких новейших технологий является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), помогающее семьям, которые не могут иметь детей. Причем наиболее актуальным вариантом является суррогатное материнство.

Суррогатное материнство – это вспомогательная репродуктивная технология, при применении которой в зачатии и рождении ребёнка участвуют три человека:

- генетический отец - лицо, предоставившее свою сперму для оплодотворения и согласное после рождения ребёнка взять на себя обязанности отца;
- генетическая мать - лицо, предоставившее свою яйцеклетку для оплодотворения и согласное после рождения ребёнка взять на себя обязанности матери;
- суррогатная мать - женщина детородного возраста, согласившаяся на возмездной или безвозмездной основе выносить и родить ребёнка от генетических родителей и не претендующая на роль матери данного ребёнка.

Суррогатное материнство делится на 2 типа:

- 1) традиционное, когда от настоящей матери невозможно получить полностью здоровую для оплодотворения яйцеклетку, и тогда она берётся у женщины,

решившей стать суррогатной матерью. Отец ребенка будет биологически родным, его сперматозоиды здоровые, и при оплодотворении используют именно их.

2) гестационное (полное), когда женщина вынашивает и рождает генетически не родного для нее ребенка. В этом случае яйцеклетка будущей матери оплодотворяется сперматозоидами отца. Небольшое количество эмбрионов подсаживают в матку женщины, которая решила, что станет суррогатной матерью. В этом случае ребенок является чужим для женщины, которая его вынашивает, и генетически родным для семейной пары, предоставившей свои яйцеклетку и сперматозоиды.

При использовании ЭКО после проведения необходимых анализов и обследований, подтверждающих готовность организма потенциальной суррогатной матери к беременности, начинается этап синхронизации ее менструального цикла с циклом биологической матери. Когда синхронизация циклов обеих женщин достигнута, проводится процедура ЭКО: биологической матери проводят пункцию фолликулов яичников, в которых находятся созревшие яйцеклетки. Затем из них выделяют яйцеклетки, которые оплодотворяют в «пробирке» спермой мужа. В течение 3–5 дней эмбрионы развиваются в пробирке, после чего производят перенос 2 эмбрионов биологических родителей в полость матки суррогатной мамы [1, 5].

Требования, предъявляемые к суррогатной матери:

- возраст суррогатной матери должен быть от 20 до 35 лет;
- обязательным условием является наличие как минимум одного ребенка;
- удовлетворительное состояние здоровья (медицинское заключение);
- письменное согласие на медицинское вмешательство;
- письменное согласие супруга, если женщина замужем [6].

Права суррогатной матери:

1) каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона;

2) искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность, при наличии письменного согласия супругов (одиноким женщиной);

3) сведения о проведенных искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну;

4) женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство [3].

В Российской Федерации использование суррогатного материнства регламентируется Семейным кодексом, Федеральным законодательством и рядом подзаконных актов. В ряде случаев использование суррогатного материнства может быть совмещено с использованием донорской спермы или донорских яйцеклеток, в этом случае у рожденного ребёнка будет оформлен только один родитель. В РФ законодательно запрещено донору ооцитов быть суррогатной матерью в рамках одной лечебной программы (другими словами, генетическая мать не может быть суррогатной матерью) [7]. Суррогатное материнство регламентируется следующими законодательными актами и нормативными документами: Семейный Кодекс РФ, ст. 51-52; Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; закон «Об актах гражданского состояния» от 15.11.97. № 143-ФЗ, ст. 16; приказ Минздрава РФ от 30.08.2012 № 107н «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия». Для регистрации ребёнка (детей), рожденного суррогатной матерью, родители должны предоставить в органы ЗАГС следующие документы: медицинское свидетельство о рождении, согласие суррогатной матери, справку из клиники ЭКО.

Суррогатное материнство разрешено с 23 ноября 2011 года. Кроме того, в российском законодательстве «отсутствуют какие-либо запреты или ограничения относительно возможности для женщины или для мужчины, не состоящих в браке, реализовать себя как мать или отец с применением методов искусственной репродукции» [2].

Положительные стороны суррогатного материнства:

- 1) оно во многих случаях является единственным шансом обрести родного ребёнка: уже тысячи семей воспитывают своих детей, рожденных при помощи суррогатной матери;
- 2) рожденный ребенок несет гены своих родителей;
- 3) для вынашивания плода выбирается здоровая женщина, что сокращает вероятность отклонений, выкидышей, сложностей при родах;
- 4) суррогатная мать добровольно предлагает свои услуги, без принуждения;
- 5) здоровью настоящей, генетической матери, ничего не угрожает.

Отрицательные стороны суррогатного материнства:

- 1) возможная психологическая и моральная травма суррогатной мамы после расставания с малышом, которого ощущала в себе 40 недель;
- 2) можно рассматривать как вариант потребительской эксплуатации женщины;
- 3) оплодотворенная клетка может прижиться не с первого раза;
- 4) дети становятся товаром, а материнство – работой по договору;

- 5) генетическая мать отказывается от своего ребенка, выношенного другой женщиной, а после распада семьи он остается никому не нужным и отправляется в приют.

Противопоказания к суррогатному материнству:

- 1) патология полости матки, как врожденная, так и приобретенная, не дающая возможность имплантировать эмбрион или вносить и родить ребенка;
- 2) увеличение яичников, связанное с опухолями в них;
- 3) доброкачественные опухоли маточной полости, требующие хирургического решения проблемы;
- 4) воспалительные заболевания организма;
- 5) онкология любой локализации;
- 6) психические расстройства;
- 7) отсутствие собственных детей;
- 8) патологии и болезни собственных детей [6].

Таким образом, суррогатное материнство – это лучший способ стать родителями для семейных пар, которые не могут иметь детей по состоянию здоровья. Благодаря Семейному кодексу России можно на законных основаниях получить ребенка, которого не нужно будет усыновлять и он будет генетически родным. Ведь многие пары не хотят усыновлять совершенно «чужого» ребенка. Защищены законом Российской Федерации также и права суррогатных матерей. Цены на данную услугу могут сильно отличаться, при этом в специализированных агентствах цена будет намного выше, чем при самостоятельном поиске женщины, но и вероятность удачного исхода гораздо выше.

### **Литература:**

1. Захарова, М.С. Суррогатное материнство / М.С. Захарова // Молодежь XXI века: шаг в будущее: Материалы VIII регионального межвузовской научно-практической конференции. М.: Изд-во СГУ, 2007. С. 97–98.
2. Свитнев, К.Н. Вспомогательные репродуктивные технологии: Правовые коллизии / К.Н. Свитнев // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. № 5.- С. 52—59.
3. Виды репродуктивных технологий. - URL: <http://www.heaclub.ru> (дата обращения 15.02.2016).
4. История становления и развития суррогатного материнства. - URL: <http://www.hochurodit.ru/sitemap> (дата обращения 15.02.2016).
5. Суррогатное материнство. - URL: <http://www.medweb.ru> (дата обращения 15.02.2016).
6. Суррогатная мать: права суррогатных матерей, цены. - URL: <http://www.studbooks.net> (дата обращения 15.02.2016).
7. Суррогатное материнство. - URL: <http://www.wikipedia.org> (дата обращения 15.02.2016).

## **РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА ИНВАЛИДОВ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Кравцова Л.Н.<sup>1</sup>, Ившин И.В.<sup>2</sup>**

**1 – ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области и Ненецкому автономному округу» Минтруда России,  
Архангельск**

**2 – ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Архангельск**

Приоритетом социальной политики в Российской Федерации является социальная защита граждан, включающая социальную защиту инвалидов, направленную на обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, что определяет актуальность данной работы.

Целью работы явился анализ особенностей реализации права инвалидов на обеспечение техническими средствами реабилитации исходя из нуждаемости в таких средствах в соответствии с разработанными индивидуальными программами реабилитации (абилитации) и в сопоставлении со структурой инвалидности взрослого и детского населения в Архангельской области в 2015 - 2016 г.г.

Работа основана на исследовании основных положений нормативно-правовых актов, регламентирующих вопросы реализации права инвалидов на обеспечение техническими средствами реабилитации, государственной статистической отчетности ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области и Ненецкому автономному округу» Минтруда России, введённой в практику медико-социальной экспертизы с 2015 года, после внесения изменений и дополнений в Федеральный Закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и в соответствующие нормативно-правовые акты в сфере социальной защиты граждан. Для достижения поставленной цели исследована статистика детской и взрослой инвалидности населения за 2015 и 2016 годы, определена потребность и обращаемость инвалидов за техническими средствами реабилитации, рассмотрены виды часто рекомендуемых технических средств реабилитации в соответствии со структурой заболеваемости детского и взрослого населения в Архангельской области, сделаны выводы об особенностях реализации права инвалидов на обеспечение техническими средствами реабилитации в регионе.

В соответствии со статьей 10 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Закон) государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических

средств реабилитации и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. Согласно статье 11.1 Закона к техническим средствам реабилитации относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. К ним относятся специальные средства для самообслуживания, ухода, ориентации, общения и обмена информацией, обучения, образования и занятий трудовой деятельностью; а также протезные изделия, специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь, специальные средства для передвижения. Технические средства реабилитации, предусмотренные индивидуальной программой реабилитации инвалида (далее – ИПРА), предоставляются инвалидам за счет средств федерального бюджета в бессрочное безвозмездное пользование [1].

Пунктом 34 Постановления Правительства РФ от 20.02.2006 №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» установлено, что гражданину, признанному инвалидом, специалистами федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации (далее – ИПРА) [2,6].

При формировании ИПРА специалисты руководствуются перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным на федеральном уровне [3, 4, 5].

Анализ данных ФКУ «ГБ МСЭ по Архангельской области и НАО» о разработанных программах реабилитации (абилитации) для взрослого и детского населения в 2015 и 2016 годах свидетельствует о следующем.

В течение 2016 года в Главном бюро МСЭ по Архангельской области и НАО разработано 22315 ИПРА, что составляет 108,3% к общему числу признанных инвалидами, в том числе детям-инвалидам разработано 3322 ИПРА, что составляет 112,1% к общему числу детей, которым установлена категория «ребенок-инвалид». Удельный вес разработанных ИПРА превышает 100%, так как за разработкой ИПРА обращаются инвалиды, которым инвалидность установлена бессрочно, а также для проведения коррекции ранее разработанных ИПРА. В структуре нуждаемости взрослого населения Архангельской области в технических средствах реабилитации в 2015 - 2016 годах наиболее востребованными являются трости опорные, которые составляют до 29,9% от общего числа всех выданных технических средств реабилитации, второе место занимают подгузники – до 23,6%, на третьем месте кресла-коляски – от 14,8 до 17,4%, за ними следуют слуховые аппараты - 13,23%, на пятом и шестом местах соответственно экзопротезы молочных желез – 11,53%, грации, полуграции, бюстгальтеры для фиксации

протеза молочных желез – 11,21%. В структуре нуждаемости детского населения Архангельской области в технических средствах реабилитации в 2015 – 2016 годах на первое место выходит обувь ортопедическая – до 67,7%. На втором месте – туторы нижних конечностей – 36%, за ними следуют подгузники – от 30,7 до 31,9%, на четвертом месте – корсеты, головодержатели, реклинаторы, оптураторы – 22,52%, замыкают пятерку лидеров кресла-коляски с ручным приводом – от 12,4 до 17,8%.

Показатели инвалидности среди населения Архангельской области по классам болезней коррелируют с особенностями данного Арктического региона. Климат Архангельской области для проживания является дискомфортным по дефициту тепла и освещенности, напряженности иономагнитного возмущения и чрезвычайной степени смены климатических параметров. Отмечается высокая повторяемость дискомфортных типов погод, предполагающих возможность охлаждения человека. Особенностью промышленного производства Архангельской области является высокая доля тяжелого физического труда, ручного труда, труда в условиях повышенного шума, запыленности, переохлаждения.

Анализ показателей инвалидности при первичном и повторном освидетельствовании среди населения по классам болезней за 2015-2016 годы свидетельствует о том, что при первичном освидетельствовании первое место в 2015 году занимали болезни системы кровообращения, а в 2016 году – злокачественные новообразования. При повторном освидетельствовании на первом месте по итогам 2015-2016 годов болезни системы кровообращения, на втором – злокачественные новообразования. Этим фактом, по нашему мнению, объясняется второе место подгузников в структуре нуждаемости взрослого населения Архангельской области в технических средствах реабилитации. Достаточно высоким сохраняется уровень первичной и повторной инвалидности при болезнях костно-мышечной системы, в связи с чем трости опорные значительно преобладают в структуре нуждаемости взрослого населения в технических средствах реабилитации. Болезни уха и сосцевидного отростка занимают 4-5 место в структуре первичной инвалидности взрослого населения, что является причиной востребованности слуховых аппаратов, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления, среди технических средств реабилитации. Большой удельный вес нуждаемости в креслах-колясках обусловлен высоким уровнем первичной и повторной инвалидности при болезнях системы кровообращения, нервных болезнях, болезнях опорно-двигательного аппарата.

Анализ показателей первичной инвалидности среди детского населения по классам болезней и ранговых мест среди классов болезней за 2015-2016 годы свидетельствует о том, что в структуре первичной инвалидности среди детского населения Архангельской области в 2015-2016 годах первое место среди причин

первичной инвалидности занимали врожденные аномалии, на втором - болезни нервной системы, на третьем – психические расстройства. Это объясняет тот факт, что в структуре нуждаемости детского населения в технических средствах реабилитации наибольшей популярностью пользуются обувь ортопедическая, туторы нижних конечностей, подгузники, корсеты, головодержатели, реклинаторы, оптураторы, кресла-коляски.

Результаты проведенного анализа позволяют прийти к выводу о том, что в Архангельской области имеется высокая потребность в технических средствах реабилитации инвалидов, которая, в свою очередь, напрямую определяется высокими уровнями заболеваемости и особенностями структуры инвалидности детского и взрослого населения в регионе по соответствующим классам болезней. Технические средства реабилитации занимают важное место в системе мер, способствующих интеграции инвалидов в семью и общество. Обеспечение полной и эффективной реализации социальной политики Российской Федерации осуществляется с помощью не только экономических, финансовых, социальных мероприятий, но и на основе нормативных правовых актов, придающих государственной политике в этой области правовой характер.

#### **Литература:**

1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24 ноября 1995 № 181-ФЗ.
2. О порядке и условиях признания лица инвалидом. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 10.08.2016).
3. О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 N 2347-р (ред. от 10.09.2014, с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015).
4. О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями. Постановление Правительства РФ от 07.04.2008 N 240 (ред. от 07.03.2016).
5. Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р. Приказ Минтруда России от 24.05.2013 N 214н (ред. от 18.07.2016).
6. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2015г. №528н.

## **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

**Кузьмина Ю.А.**

**Министерство здравоохранения Архангельской области**

История медицинской (врачебной) тайны началась еще в Древнем Риме, где медицину называли искусством молчания. Первые правила были сформулированы еще в Клятве Гиппократов: «Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». На современном этапе можно говорить, что обеспечение неприкосновенности частной жизни является одним из ключевых условий полноценного и комфортного существования гражданина в обществе.

Конституция Российской Федерации в статье 23 закрепляет право каждого на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Одним из видов тайн является врачебная тайна, регламентация которой содержится в Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах охраны здоровья»). Врачебная тайна внесена в перечень сведений конфиденциального характера, утвержденный Указом Президента РФ от 06.03. 1997 г. № 188. Соблюдение врачебной тайны является одним из основных принципов охраны здоровья (пункт 9 статьи 4 ФЗ «Об основах охраны здоровья») [6,7].

Врачебную тайну составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Частью 4 статьи 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья» установлен исчерпывающий перечень случаев, при которых допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Данный перечень постоянно претерпевает изменения. Это вызвано тем, что круг субъектов, которые могут запрашивать такую информацию, растет. Кроме того, при неблагоприятном прогнозе развития заболевания допускается разглашение врачебной тайны супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация (часть 3 статьи 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья»). Разглашение врачебной тайны также возможно при выдаче заключения о причине смерти и диагнозе

заболевания следующим лицам: супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии - иным родственникам либо законному представителю умершего (часть 5 статьи 67 ФЗ «Об основах охраны здоровья») [2].

К субъектам, обязанным хранить сведения, составляющие врачебную тайну, относятся лица, которым эти сведения стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. Медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, и обязаны соблюдать врачебную тайну (ч. 1 ст. 73, п. 2 ч. 2 ст. 73 ФЗ «Об основах охраны здоровья») [4]. Охрана врачебной тайны – обязанность всего медицинского персонала, имеющего к ней прямое отношение: лечащего врача и иных профильных специалистов, персонала медицинской организации, санитаров, работников регистратуры, интернов и практикантов, фармацевтов и провизоров, должностных лицах, которые получили информацию о пациенте посредством официального запроса в медицинскую организацию [3,5].

Как показывает практика, разглашение врачебной тайны, к сожалению, является довольно частым явлением в нашей жизни. В первую очередь, источниками распространения сведений являются работники и медперсонал медицинских организаций, которые передают информацию не только посетителям пациента, не спросив у них документов, подтверждающих родство, но также и своим коллегам в устной беседе или в письменной переписке. Еще одним источником разглашения врачебной тайны может стать разговор по телефону, когда на другом конце находится неизвестный абонент.

*Приводим примеры из судебной практики.*

*С.И., работавшая заместителем главного врача по медицинской части учреждения здравоохранения, была уволена по п.п. «в» п.6 ч.1 ст.81 Трудового кодекса РФ. С увольнением она не согласилась и обратилась в суд с требованием о восстановлении на работе. Однако в ходе рассмотрения дела судом было установлено, что С.И., используя служебные полномочия, организовывала передачу индивидуальному предпринимателю Э., оказывающей ритуальные услуги, информацию о фактах обращения лиц в скорую помощь, о местонахождении лиц, умерших или находящихся в опасном для жизни состоянии. Делала она это SMS-сообщениями и по телефону, сообщая адрес и телефон пациентов. Поэтому суд не нашел оснований для удовлетворения требований С.И. Решение оставлено без изменений (Апелляционное определение Липецкого областного суда от 18.12.2013 по делу № 33-3345/2013).*

*Врач Г. подготовил официальное обращение в адрес начальника Г., в котором указал, что Г. страдает определенным заболеванием. О данном заболевании*

*ему известно как врачу скорой помощи, так как он неоднократно приезжал к ней на купирование приступа в составе бригады скорой помощи. При этом в судебном заседании ответчик Т. указал на то, что в своем обращении он просил направить Г. на медицинское обследование, поскольку она не проходила плановое обследование, полагал, что разглашения врачебной тайны не было. Решением суда установлено, что Т. была разглашена врачебная тайна, в пользу Г. взыскана компенсация морального вреда. Решение оставлено без изменений (апелляционное определение Кемеровского областного суда от 27.05.2014 по делу № 33-5053).*

*Заместитель начальника УФСИН на жалобу адвоката заявителя по поводу незаконности содержания под стражей дал ответ, в котором без согласия заявителя предоставил информацию о наличии у заявителя заболеваний, то есть сведения, составляющие врачебную тайну. Решением суда действия заместителя начальника УФСИН были признаны незаконными, установлено нарушение права заявителя на врачебную тайну, за счет казны Российской Федерации взыскана компенсация морального вреда (апелляционное определение Волгоградского областного суда от 02.04.2014 по делу № 33-3520/14)*

Наибольшую огласку получает факт разглашения сведений о пациенте через средства массовой информации.

*Приводим примеры из судебной практики.*

*В производстве суда Санкт-Петербурга находилось гражданское дело по иску отца малолетнего ребёнка, подробные сведения о состоянии здоровья которого, факте обращения за медицинской помощью, диагнозе и прогнозе заболевания были намеренно, без согласия родителей ребёнка, сообщены заведующим отделением больницы, в котором находился ребёнок, корреспонденту одной из телевизионных программ, которая вышла в вечерний эфир ОАО «Первый канал», в результате чего сведения, составляющие врачебную тайну, стали известны неограниченному кругу лиц - аудитории программы. В приведенном примере особенно примечательно то, что врач сообщил корреспонденту сведения, составляющие врачебную тайну, не в личной доверительной беседе с последним, а именно для записи своего выступления, тем самым предполагая возможную доступность сообщенных им сведений неограниченному кругу лиц. Сумма исковых требований превысила ежемесячную заработную плату врача в шестьдесят раз.*

Разглашение врачебной тайны может произойти при обсуждении состояния пациента с интернами или студентами. Также источником информации могут стать научные сообщения, поэтому любые сказанные о заболевании сведения должны быть предварительно согласованы непосредственно с пациентом. Наличие видео и фото, напрямую указывающих на личность пациента без его согласия, несомненно, является основанием для привлечения к ответственности правонарушителя.

*Приводим примеры из судебной практики.*

*Руководству психоневрологического интерната стало известно, что палатная медсестра производила видеосъемку пациентов интерната. На этом основании она была уволена за разглашение охраняемой законом тайны, ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей. Работница обжаловала увольнение, однако суд установил, что сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Московский областной суд признал увольнение медсестры законным.*

*Медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии стационара больницы М., находясь на рабочем месте, произвела фотосъемку палаты и двух находящихся в ней без сознания пациенток, фотографии палаты с пациентками под названием «Рабочая обстановка» разместила на своей странице в социальной сети. М. была уволена на основании подпункта «в» п.6 ч.1 ст.81 Трудового кодекса РФ за однократное грубое нарушение трудовых обязанностей - разглашение охраняемой законом служебной тайны, ставшей ей известной в связи с исполнением трудовых обязанностей. Суд отказал М. в иске об изменении формулировки увольнения, взыскании оплаты вынужденного прогула, компенсации морального вреда, установив, что истец является носителем врачебной тайны, сведения о нахождении пациенток, изображенных на фотографиях, размещенных истцом в сети Интернет, на лечении в палате реанимации и интенсивной терапии их физическое состояние, безусловно составляют врачебную тайну. В иске отказано. Решение оставлено в силе (апелляционное определение Омского областного суда от 12.02.2014 по делу № 33-649/2014).*

Также источником информации о болезни является медицинская документация, в том числе амбулаторная карта, история болезни.

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, разглашение врачебной тайны влечет за собой следующие виды юридической ответственности: дисциплинарная, гражданско-правовая, административная, уголовная.

Дисциплинарная ответственность медицинских работников за допущенные ими нарушения, в том числе и в части разглашения врачебной тайны, предусмотрена Трудовым кодексом РФ (статья 192) и предусматривает три вида взыскания, налагаемых на работников за совершение дисциплинарного проступка: замечание, выговор и увольнение (подпункта «в» п.6 ч.1 ст.81 Трудового кодекса РФ за однократное грубое нарушение трудовых обязанностей – разглашение охраняемой законом служебной тайны, ставшей известной ему в связи с исполнением трудовых обязанностей) [1].

В гражданском законодательстве понятие врачебной тайны включается в понятие личной тайны. Согласно статье 150 Гражданского кодекса РФ жизнь и здоровье, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, иные личные неимущественные права и другие нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом. Согласно ст. 151 Гражданского кодекса РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

Административная ответственность установлена статьей 13.14 Кодекса об административных правонарушениях РФ («Разглашение информации с ограниченным доступом»). Настоящая статья предусматривает ответственность в виде наложения административного штрафа на граждан в размере от пятисот до одной тысячи рублей; на должностных лиц - от четырех тысяч до пяти тысяч рублей.

Уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны предусмотрена ст.137 Уголовного кодекса РФ («Нарушение неприкосновенности частной жизни»), которая устанавливает уголовную ответственность за незаконное соби­рание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации, а также за те же деяния, совершенные лицом с использованием своего служебного положения.

Устанавливая наказание в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, законодатель говорит о профессиональной непригодности работника, разгласившего личную информацию, в нашем случае – врачебную тайну пациента.

Медицинская организация в силу подпункта 4 пункта 1 статьи 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья» обязана соблюдать врачебную тайну, в том числе обеспечивать конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах [8]. Кроме того, согласно статье 1068 Гражданского кодекса РФ юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Таким образом, ответственность за нарушение врачебной тайны несет как непосредственно лицо, допустившее такое нарушение, так и сама медицинская организация.

Сохранение медицинской тайны является важной моральной обязанностью каждого медицинского работника, и ее разглашение – это, несомненно,

один из признаков профессиональной непригодности. Учитывая вышеизложенное, необходимо подчеркнуть, что руководители медицинских организаций должны помнить о необходимости сохранения врачебной тайны и об основаниях, дающих законное право на ее разглашение, а также доводить эту информацию до сведения подчиненных сотрудников. Сохранение врачебной тайны является правовой обязанностью и моральным долгом каждого работника медицинской организации.

## **Литература**

1. Комиссарова Т.Ю. Разглашение врачебной тайны как основание для увольнения // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2014. № 9. С. 52 – 59.
2. Королева Я.Ю. Врачебная тайна: с кем можно делиться? // Руководитель бюджетной организации. 2014. №9. С. 61 – 69.
3. Мандрюков А. Несколько слов об обязанностях медицинских работников // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2015. №11. С. 57 – 65.
4. Сергеев Ю.Д., Кузьмин С.Б. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника - актуальная проблема // Медицинское право. 2014. №4. С. 3 – 7.
5. Соловьев И.Н. Основания доступа к врачебной тайне скорректированы // Российский следователь. 2014. №6. С. 44 – 47.
6. Пушкарева А.Н. Правовая природа защиты врачебной (или медицинской) тайны по законодательству Российской Федерации // Власть Закона. 2016. №1. С. 196 – 203.
7. Пушкарева А.Н. К вопросу о понятии и признаках врачебной (медицинской) тайны по законодательству Российской Федерации // Медицинское право. 2016. №6. С. 34 – 38.
8. Шibaев Д.В. Правовой режим врачебной тайны как информационно-правового объекта //Право. Журнал Высшей школы экономики. 2015. №3.С. 66-77.

## ***ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ***

***Кузьмина Ю.А.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный университет», Архангельск.***

Специалистам по социальной работе приходится встречаться с разнообразными этическими дилеммами и противоречиями вследствие их обязательств по отношению к получателям социальных услуг, коллегам, к собственной профессии и обществу в целом. Большинство затруднений обусловлено для специалиста по социальной работе необходимостью выбора между двумя или более противоречивыми обязанностями и обязательствами.

Изучение и учет всех сторон профессиональной культуры специалиста по социальной работе раскрывает не только качества и возможности педагога, его возрастные и личностные особенности, но также и профессионально значимый личностный потенциал, формирование которого происходит на базе его общего развития и зависит от него.

Значительной частью профессиональной культуры специалиста является ее этическая составляющая, т.е. профессиональная этика социального работника.

Проблемные области и этические дилеммы далеко не всегда являются общими для разных стран из-за различий в культуре и государственном управлении. Каждая национальная ассоциация социальных работников должна поощрять дискуссии с целью выяснения важнейших вопросов и проблем, характерных для данной страны. Тем не менее можно выделить группу этических дилемм, которые рано или поздно возникают в практической социальной работе в любом обществе и к преодолению которых, в силу предупреждающей ответственности, следует быть подготовленными.

**Независимость и манипулирование.** Для социального работника, который рассматривает независимость человека как одну из базовых ценностей, всякое управление его поведением выглядит как манипулирование и, следовательно, как разрушение самой сущности гуманизма. Там, где можно решить проблемы без манипулирования волей человека, вопрос о ценностях не стоит. Но если это невозможно без хотя бы незначительного воздействия или навязывания ценностей, а цель заманчива и реальна, социальный работник сталкивается с этической дилеммой. Например, настаивая на том, что человек должен не мириться с обстоятельствами, а стремиться их изменять, что надо рационально использовать достоверные знания и планировать свое будущее, специалист не может быть уверен, будто бытие станет совершеннее благодаря его усилиям. Не может он быть уверен, что данная ситуация и не ухудшится от его вмешательства.

**Патернализм и самоопределение.** Одна из ключевых ценностей социальной работы — благополучие клиентов — актуализирует проблему патернализма. Патерналистская парадигма предполагает опекунскую модель отношений социального работника и клиента, «ведение» последнего, допускает вмешательство в его желания или свободу для его же собственного блага. В интересах клиента, защиты его от самого себя патернализм считает возможным ограничивать саморазрушительные действия клиента, обязывать его принимать услуги против желания или принудительно, признает право социального работника утаивать информацию или предоставлять дезинформацию и т.п.

**Необходимость говорить правду.** Эта дилемма близка с предыдущей и состоит в том, что, с одной стороны, не подвергается сомнению законное право клиентов на получение достоверной информации об их состоянии и благополучии, и считается, что нельзя отказывать им в правдивой информации или предоставлять дезинформацию. С другой стороны, в отдельных случаях представляется этически оправданным и даже необходимым скрыть правду от клиентов или «снабдить» их дезинформацией («спасительной ложью») для их же пользы.

Конфиденциальность и частный характер сообщений. Во всех национальных этических кодексах и уставах содержится положение о том, что социальный работник, уважая личность и достоинство клиента, должен сохранять полученную от него информацию строго конфиденциально. Информация, используемая в одном случае, не должна быть применена для других целей без соответствующих санкций. Хотя это справедливо почти всегда, в отдельных случаях социальные работники вынуждены рассматривать возможность раскрытия конфиденциальной информации, например перед лицом угрозы со стороны клиента третьему лицу. Отсюда возникает необходимость информировать клиента о границах конфиденциальности в конкретной ситуации, о целях получения информации и ее пользования и одновременно получить согласие клиента, например, на печатание, запись разговора, участие третьего лица.

Доносительство. Подчас социальные работники вынужденно или сознательно преступают закон или нарушают правила учреждений, в которых работают. В этом случае они ставят перед моральным выбором своих коллег, которые узнали об этих нарушениях. На одной чаше весов находятся нормы профессиональной этики, на другой — профессиональная лояльность и солидарность, чувство дружбы, репутация, угроза собственному положению.

Законы и благополучие клиента. Законодательство не может предусмотреть все многообразие социальной жизни, поэтому подчас благополучие клиента вступает с ним в противоречие. В ряде случаев следование букве закона способно причинить вред клиенту, что ставит социальных работников перед сложным выбором. Некоторые из них считают допустимыми любые действия с целью защиты интересов клиента, даже если они нарушают закон или другие этические нормы; большинство же социальных работников выбирает закон. В России нередко приоритет отдается нравственным решениям. Как и в случае с другими дилеммами, простых ответов здесь нет.

Личные и профессиональные ценности. В основе еще одной группы этических дилемм лежит конфликт между личными и профессиональными ценностями социального работника. Он может быть не согласен с клиентом по политическим, религиозным, нравственным и иным мотивам, но обязан исполнить профессиональный долг. Мнения социальных работников о том, каким ценностям отдать приоритет, далеко не всегда совпадают. В каждом случае социальный работник должен соотносить обязательства перед клиентом, профессией, организацией, коллегами, третьими лицами, самим собой. Здесь необходимо также понимать природу воздействия субъективных ценностей на осознание проблем другого, в частности клиента.

Рассмотренные этические проблемы социальной работы требуют выработки способов их разрешения. В теоретическом плане в истории философии,

этики и религии за многие сотни лет было предложено немало теорий и идей, касающихся моральных противоречий. Многие из них могут быть основой решений этических проблем и в социальной работе, хотя последние имеют свои особенности в силу специфики не только профессии и времени, но и каждой страны, к которой это относится. В известной мере ситуация облегчается тем, что аналогичные проблемы разрабатываются и в других областях человеческой активности — науке, технике, медицине, педагогике, психологии и др. На стыке биомедицины и этики даже возникла биоэтика как исследовательское направление междисциплинарного характера. Выработанные здесь решения могут быть полезными для социальной работы. Этические кодексы, в которых социальные работники стремятся найти ответы, не всегда способны удовлетворить их запросы, поскольку, во-первых, составлены в общих терминах и с довольно высокой степенью абстракции, а во-вторых, содержат принципы, которые в ряде случаев противоречивы и сами представляют этическую дилемму.

Главная миссия социальной работы — помочь человеку быть человеком, обрести чувство солидарности с другими людьми и разделить ответственность за их судьбу. Это и есть этика солидарности, преодолевающая отчуждение и разъединение людей в этом мире.

### **Литература:**

1. Кодекс этики социального педагога и социального работника // Социальная работа. 2006. №1.
2. Липский И. Кодекс этики получает одобрение. Этический кодекс социального педагога и социального работника // Социальная работа. 2003. № 2.
3. Митрошенков О.А. Социальная работа. М., 2006.
4. Ример Ф.Г. Ценности и этика // Энциклопедия социальной работы: В 3 т. М., 1993-1994. Т. 3.
5. Социальный работник: проблемы подготовки и профессионального становления. Самара, 2001.

## ***ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА КАК ПРОБЛЕМА МОРАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ***

***Кургузов А.О.***

***ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации***

Согласно ст.20 ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 ФЗ от 2011 г.) «... необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме

полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи»[1]. Но несмотря на легитимизацию нормами данного закона добровольного информированного согласия пациента, проблема его определения сохраняет свою актуальность в проблемном поле юриспруденции и биоэтики.

Современные взаимоотношения врача и пациента в рамках информированного согласия отличаются от отношений патерналистского типа, предлагаемых традиционной деонтологией [6]. Патерналистские отношения предполагают, что ответственность за больного, за результаты лечения, забота о больном — обязанность врача. Обязанность пациента - подчиняться врачу и выполнять все его указания. Роль отца (“pater” — отец лат.) по отношению к пациенту включает, конечно, не кровнородственный смысл, а моральный. Врач призван олицетворять милосердие. Интересен для изучения такой феномен, как облегчение состояния больного при одном лишь появлении врача[4].

Историческая форма информированного согласия связана с судебными разбирательствами дел о возмещении вреда, причиненного небрежным лечением в судопроизводстве США. Именно в США в 50-60-х XX века возникает сам термин *informed consent*, и соответствующая ему практика признания обязанностей врача сообщать пациенту полную и достоверную информацию, прежде чем тот даст согласие на медицинское лечение [5].

Информированное согласие предполагает получение пациентом полной и достоверной информации. Расширение прав позволяет пациенту корректировать лечение, проанализировав полученную информацию. В связи с этим ряд авторов считает, что врач вправе разделить ответственность за результаты лечения с пациентом. Но при этом необходимо, что бы информированное согласие носило неформальный характер [8].

В то же время обзор современных социологических исследований показал, что в медицинских учреждениях по-прежнему наблюдается формальное отношение к принципам информированного согласия. Персонал недостаточно осведомлён о сути информированного согласия. Нередко можно наблюдать, что пациенту предлагает подписать форму информированного согласия регистратор приёмного отделения при оформлении истории болезни, что является недопустимым [2].

Если оформление информированного согласия носит формальный характер, то врач не имеет морального права перекладывать часть ответственности на пациента. Если же пациент принимает решение после анализа плюсов и минусов вмешательства с компетентным лицом особенно в ситуации связанной с риском

он, конечно, принимает на себя часть ответственности [3]. Например, если пациент настаивает на операции и берет на себя ответственность за ее результаты, а врач не склонен к её проведению, то при осложнениях или неблагоприятном исходе с позиции права врач будет защищён. В данном случае информированное согласие защищает врача от юридических претензий.

В то же время, мы поддерживаем точку зрения большинства исследователей и ученых, что моральные принципы (биоэтики) не позволяют врачу перекладывать ответственность на пациента [10]. В противном случае теряется сущность врача как специалиста. Пациент не может оценить опасность или результаты вмешательства так скрупулезно, как специалист. В большей степени это решение основывается на эмоциях, нежели на грамотном расчёте. Другой важный факт, о котором врачу следует всегда помнить, что бы пациент ни говорил, внутренне он всегда рассчитывает на положительный результат. Специалист же понимает, что шансы на положительный результат могут быть очень малы [7].

В вопросах, требующих специальных медицинских знаний врач не имеет права перекладывать ответственность на пациента, а значит должен убедить пациента в своём решении. В идеале, конечно, относительно себя все должен решать сам пациент, но на практике бывают ситуации экстренного характера, однако пациент в силу состояния не может принять решение [9].

С момента введения в российском законодательстве нормы об информированном согласии пациента и до настоящего времени остается открытым вопрос о форме этого документа. Сегодня в российской практике чаще всего встречается форма, констатирующая, что «пациент получил исчерпывающую информацию относительно преимуществ, рисков, последствий лечения, так же как и альтернатив к нему». Этот способ получения разрешения на вмешательство, конечно, оставляет возможность предъявления претензий на основе недостаточности информации.

### **Литература:**

- 1.ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 ФЗ от 2011 г.): Электронная база «ГАРАНТ».
2. Айвазян Ш.Г. Формирование правовой компетентности врача в образовательной среде вуза // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 6. С. 121
3. Айвазян Ш.Г. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика. 2015. № 1(15). С.35-37.
4. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. 2015. № 1(15). С.58-60.
5. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. № 2(10). 2012. С.54-55.
6. Кострюкова Е.Ю. Объекты медицинского права как критерий определения отрасли юридической науки // Успехи современного естествознания. 2011. № 8 С.241.

7. Седова Н.Н. Образование в области биоэтики как интернациональная проблема // Биоэтика. 2012. №2 (10). С.22-26.
8. Теунова Д.Н. Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики // Биоэтика. 2014. № 2 (14). 2014. С.44-46.
9. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.
10. Donika A.D., Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A. Bioethical content of current studies on professiogenesis problems in medicine // Биоэтика. 2016. № 1 (17). С. 34-38.

## ***РОЛЬ ВРАЧА В СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ ПАЦИЕНТОМ КАЧЕСТВА ЕГО ЖИЗНИ***

***Лебедева О.В.***

***ГБУЗ Архангельской области «Архангельская городская клиническая поликлиника №1», Архангельск***

Основная цель любого врачебного вмешательства — улучшение качества жизни пациента. Она реализуется в решении нескольких конкретных задач, как, например, облегчение боли, восстановление функций и другое. Пациенты нуждаются во врачебной помощи, медицинском внимании и заботе, врач отвечает на их потребности общением, постановкой диагноза, лечением, утешением, обучением.

Но для врача, зачастую, наиболее значимыми индикаторами заболевания являются объективные симптомы, включающие клинические признаки, данные лабораторных и инструментальных исследований. К сожалению, врач не всегда пытается понять больного как личность со всеми ее переживаниями и страхами, зачастую рассматривая пациента в качестве очередного случая в своей медицинской практике. При этом для пациента основным индикатором являются его субъективные ощущения. Доверяя врачу свою жизнь и здоровье, пациент требует к себе повышенного внимания, что отражается на субъективной оценке качества жизни.

При общении с пациентом важно, какая модель взаимоотношений врача и пациента была выбрана. Наиболее часто выделяют следующие модели:

- патерналистская - врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе. Плюс модели – принцип «приноси пользу пациенту и не наноси вреда»; минус – лишение права пациента на автономию.
- информационная - врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения. Плюс – создание

максимального духа доверия и ответственности от обеих сторон, атмосферы диалога, минус – этнические, экономические, ценностные и другие различия между врачом и пациентом, препятствующие практической реализации этой модели – интерпретационная - врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры. Плюс – стремление врача использовать в клинической практике новейшие достижения медицинской науки, минус – следование принципу «лечить болезнь, а не больного»; игнорирование психического и культурного измерения болезни – совещательная - врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания пациент. Плюс – чёткая юридическая и медицинская определённость и регламентация услуг, определяющих взаимные обязательства врача и пациента, минус – принижение роли ценностей гуманистического характера.

Следует отметить, что в конкретных ситуациях ни одна из них, как правило, не реализуется в чистом виде, хотя взаимодействие врача и пациента в том или ином случае и может строиться в соответствии с одной из моделей. В зависимости от выбранной модели общения зависит, станет ли врач для пациента «авторитетом», именно в этом случае можно ожидать максимальную приверженность пациента назначенной терапии и данным рекомендациям. Большинство докторов склоняется к тому, что термин «приверженность» больше подходит для описания взаимоотношения равноправного партнерства, которое в идеале должно складываться между врачом и пациентом. Проявлением низкой приверженности к лекарственной терапии может быть нарушение назначенной терапии, пропуски визитов к врачу и несоблюдение рекомендаций по изменению образа жизни - все это приведет к ухудшению течения заболевания и как следствие к снижению качества жизни.

Взаимоотношения врача и больного, основанные на доверии, уважении и взаимопонимании, когда врач становится для пациента «авторитетом» несомненно, способствуют повышению удовлетворенности пациента, приверженности лечению и улучшению состояния его здоровья.

Выбор той или иной модели взаимоотношений между пациентом и врачом может и должен быть обусловлен состоянием пациента и характером оказываемой ему помощи, специализацией врача. Врач должен стремиться к установлению доверительных отношений с больным, способствующих психологическому спокойствию и его физическому излечению, стать для него «авторитетом».

Качество жизни пациента не может оцениваться только субъективно или только объективно. Необходимо учитывать как личностные, так и социальные характеристики человека, отношение к лечению, прогноз, субъективные ценности, которые пациент связывает с понятием качества жизни.

Врач и пациенты вместе должны определить, какой уровень качества жизни желателен, как это должно быть достигнуто, какие существуют риски. Понятие «качество жизни» как раз и существует, чтобы показать, что необратимость физиологических изменений может быть компенсирована социально-экономическими, интеллектуальными, эстетическими, религиозными составляющими, которые помогут пострадавшему человеку вновь ощутить полноту жизни.

Таким образом, можно констатировать, что позиция врача, выбранная им модель взаимодействия с пациентом играет существенную роль в субъективной оценке пациентом качества его жизни.

### **Литература:**

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. //ОЛМА-ПРЕСС, 2007. – 313 с.
2. Сухонос Ю.А. Особенности популяционного исследования качества жизни : дис. ...канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 101 с.
3. Ковынева О. А. Структура качества жизни и факторы его повышения // Экономика здравоохранения. 2006. № 8. С. 48-50 .

## ***О ПРОБЛЕМАХ ПОДДЕРЖАНИЯ МОТИВАЦИИ В НОВОЙ ПАРАДИГМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЕ***

*Майленова Ф.Г.*

*Институт философии РАН, г. Москва*

### ***Новый тип пациента***

Переход к системе персонализированной медицины предполагает не только создание особых внешних условий лечения и профилактики, таких как необходимого технического оснащения медицинских центров в совокупности с правильно обученным персоналом, но и изменение стиля взаимоотношений врача и пациента. В отличие от прежней, патерналистской модели, когда врач принимал решения, а пациент мог лишь слушаться, в персонализированной медицине и врач, и пациент являются активными участниками. Однако и ответственность за результаты лечения несут оба, потому что современный пациент гораздо более осведомлён и о различных методах лечения, и о возможных последствиях приёма лекарств, не говоря уже о том, что существуют вещи, над которыми властен только лишь пациент, например изменение режима питания (если он не находится на стационарном лечении), своевременное посещение процедур, контроль за физическими нагрузками и т.п.

Очевидно, обычный пациент, привыкший обращаться за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае, и человек, который думает о своем здоровье заранее, значительно раньше, чем наступил болезненный симптом, который готов тратить время и средства на профилактику - это представители двух совершенно разных подходов к жизни и здоровью. Каким образом помочь человеку перейти из одного типа отношения к своему здоровью к другому, более грамотному, взвешенному и осознанному - задача, которая решается в том числе средствами психологии.

В частности, в ведении психологии находится такой непростой вопрос, как поддержание мотивации. Известно, что в любом деле, которое требует длительных усилий, со временем происходит постепенное угасание мотивации. Пациент узнает о том, что в его ДНК заложена вероятность опасного заболевания, и чтобы не допустить его, ему необходимо принимать определенные меры уже теперь. В частности, если человек имеет высокий процент риска заболевания диабетом, ему предписана определенная, довольно-таки строгая диета на всю жизнь, желательно с детства. А каково человеку (особенно ребенку!) постоянно отказывать себе в удовольствиях, живя в обществе потребления, будучи окруженным со всех сторон агрессивной рекламой всяческих вкусных и вредных продуктов?

Смириться с ограничениями и сделать их частью своей повседневной жизни требует каждодневного усилия. Даже приняв твердое решение следовать всем предписаниям врача, пациент может постепенно перестать им следовать. Как поддерживать мотивацию на протяжении длительного времени - вопрос особый. Человек привык ориентироваться на собственные ощущения, а не на рациональные решения. Если у него ничего не болит, он чувствует себя здоровым, ему странно и непонятно, почему надо начинать "лечиться". Для преобладающего большинства пока что действует схема "болезнь=боль" и, соответственно, "отсутствие боли=здоровье". Особенность персонализированной медицины, раннего диагностирования состоит также в том, что мы имеем дело не с реальной болезнью с симптомами, которые зачастую сопровождаются дискомфортом и болью, а с некой вероятностью наступления болезни. Привычный стереотип - лечим боль, убираем симптом - сменяется совершенно другим, новым подходом. Знание, что существуют болезни, причем смертельно опасные, которые могут проходить вовсе без болезненных симптомов, пока еще не стали всеобщим достоянием и не вошли в мировоззрение большинства. Речь идет не о лечении болезни, уже наступившей, а попытке предупредить ее появление. Вопрос - насколько готов человек заниматься своим здоровьем, пока оно его не беспокоит? Готов ли человек тратить время, силы, деньги на предотвращение опасности болезни, вероятность наступления которой весьма прозрачна? Ведь даже

100%-ная вероятность, если наступление ее отодвинуто в неопределенное будущее, будет восприниматься не как реальная опасность, а лишь предупреждение, подобное надписям на пачках сигарет. Каждый курильщик умом понимает, он согласен, что курение опасно для здоровья, но это знание уживается у него с иррациональной уверенностью, что его эта опасность не коснется...

### ***Поддержание самодисциплины и сила воли***

Как уж говорилось выше, мотивация имеет свойство со временем угасать. Известно, что для последовательного изменения образа жизни (что нередко требуется для соблюдения всех предписаний), важны такие вещи, как упорство, последовательность, готовность долго поддерживать принятый стиль жизни, отказываться от каких-то привычек, удовольствий, одним словом - недюжинная самодисциплина. Зачастую этот аспект упускается из внимания, так как принято преувеличивать силу разума: мы верим, что если человеку все разъяснить, привести ему логичные, разумные доводы, и он собственным умом поймёт, что для него вредно, а что полезно, он тут же проникнется, изменит своё поведение, бросит вредные привычки и вообще переменит свой образ жизни. Однако на практике выясняется, что самая большая сложность состоит не в том, чтобы понять, как нужно реорганизовать свою жизнь для преодоления или предотвращения болезни, и даже не в том, чтобы принять твёрдое решение, а в поддержании мотивации это разумное и правильное решение выполнять - изо дня в день, постоянно преодолевая искушение дать себе поблажку: нарушить режим, пропустить тренировку, позволить себе лишний (вредный) кусочек...

Как правило, в этом непростом деле большинство идёт проторенным путём: пытаются себя заставлять, напрягать силу воли, чтобы не поддаваться искушениям. Однако на этом пути, знакомом всем практически с детства, существуют коварные препятствия, возникающие внезапно, подобно подводным камням в горной речке. Первое время всё получается, и даже уже результат ощутим, и человек воодушевлённо рассказывает родным и близким о том, как он стал жить новой жизнью и насколько лучше стал себя чувствовать... Но проходят месяцы, а то и недели - и мотивация становится все слабее, а потом и вовсе куда-то улетучивается. Стремление поддаться искушению оказывается сильнее разумных доводов.

В связи с этим всех волнует вопрос, есть ли способы избежать снижения мотивации? И можно ли научиться контролировать свои порывы, укрепить силу воли, накачать её, равно тому как накачивают мышцы в спортзале?

С точки зрения практической психологии, это возможно, хотя и непросто. Важно понять, что внутренне человек не монолитен, он никогда не испытывает только

лишь одно желание, на самом деле их у него может быть много, порой противоречивых, и его разум и воля нужны для того, чтобы выбрать для осуществления наилучшее желание!

Научиться говорить разумное "нет" (и последовательно придерживаться затем выбранной линии поведения!), когда наша эмоциональная, точнее импульсивная часть стремится сказать "да" - нелегко. Однако если с помощью саморефлексии осознать, что это мимолётное "да" - будь то желание съесть кусок торта, выпить лишнюю рюмку, заказать жирный стейк или пропустить тренировку, отнюдь не является единственным желанием на данный момент, эмоциональный поток человека далеко не однороден. Одновременно с первым, зачастую поверхностным импульсом, которому действительно легче всего поддаваться, есть другие желания, более глубокие и зачастую более осознанные и важные - например желание улучшить свой внешний вид, избавиться от лишнего веса, сдать экзамен, дописать статью, получить повышение на работе, освоить новый навык, сохранить брак и т.п. И важный шаг в этом направлении - решить, что же из этого потока будет выбрано и реализовано. Часто это называют намерением, вкладывая в это понятие не просто умственное решение, а такое решение, которое предполагает, что тот, кто его принял, будет последовательно его осуществлять, постоянно фокусируя своё внимание на поставленной цели, невзирая на препятствия и всяческие искушения на пути достижения цели. Если не осознавать процесс выбора и не направлять энергию в выбранное русло, психика всегда выберет наилегчайший путь - это одно из сильнейших препятствий на пути достижения цели.

Чтобы сила намерения была достаточной, крайне важно в каждый момент помнить о том, что же для нас является по-настоящему важным, чтобы сотни мелких, порой неосознаваемых выборов в жизни служили главной цели.

### ***Два типа мотивации***

Необходимо также помнить, что в данном случае мы меняем еще и тип мотивации, которым обычно руководствуемся при принятии решения. Как правило, наиболее распространенный способ мотивации тот, который называется "мотивация избегания", или мотивация "от" - человек будет стремиться избежать боли, страдания, преждевременной смерти или инвалидности. Ведущая эмоция в таких случаях - страх, поэтому это очень сильная и действенная мотивация. Однако существует еще мотивация "для", когда мы руководствуемся тем, чего мы хотим, стремлением к чему-то лучшему. Можно сказать, что такая мотивация подпитывается энергией мечты. Конечно, она может влиять не так остро, как энергия страха, но зато ее воздействие может длиться дольше. Постоянно пребывать в сетях страха не может никто, психика начинает защищаться и вытеснять мысли

об опасности, именно поэтому ни один курильщик со стажем не принимает всерьез предупреждения об опасности лично для него этой вредной привычки (кроме, разумеется, действительно печальных случаев, когда болезнь уже их настигла). Однако энергия мечты, если научиться её подключать и встраивать в свою жизнь, приведёт к воплощению этой мечты! Все удивительные истории о достижении вершин успеха, великих открытиях - это как раз о людях, которые умели мечтать и следовать своей мечте. Но если талант и гениальность - удел немногих, то быть здоровым и жить долгой полноценной жизнью мечтают все. Так что возможно, если думать не о возможных опасностях, а наоборот, фокусироваться на стремлении к реальным плюсам, таких как свободное дыхание, бодрость, выносливость, способность быстро ходить, долго гулять, бегать по парку, кататься на велосипеде и легко подниматься по лестницам, иметь тонкое обоняние, здоровые волосы, белые зубы и т.п., такая мотивация может поддержать здоровые привычки долгие годы. Чем постоянно бояться боли и смерти, может лучше вдохновляться мечтой о долгой полноценной жизни без старческих недугов, с возможностью до преклонных лет путешествовать, творить, радоваться и полноценно наслаждаться жизнью?

## ***ЭМПИРИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ МЕДИЦИНЫ А. МОЛ: ЧТО ТАКОЕ БОЛЕЗНЬ?***

***Меньшикова М. А.***

***Государственный академический университет гуманитарных наук, философский факультет, г.Москва***

Усомниться в достоверности привычных вещей – известный философский приём. Нидерландская исследовательница Аннмари Мол предлагает вслед за философом М. Фуко поставить под сомнение очевидности, связанные с медицинской практикой. Свой тип исследования она называет эмпирической философией. В своей книге «The Body Multiple: Ontology in Medical Practice» Мол предлагает проект описания врачебной деятельности с точки зрения того, как в практиках осуществляется (enact) болезнь.

В неназванной нидерландской больнице Мол наблюдала за тем, как лечат атеросклероз нижних конечностей. Её интересовали действия и высказывания пациентов и медперсонала. У Мол был доступ ко всем больничным пространствам – от приёмного кабинета терапевта и лаборатории до хирургической палаты и морга. Она занималась праксеографией, то есть описанием медицинских практик: тем, как болезнь представлена в разных условиях, как её чувствует пациент, как её описывает рентгенолог, патологоанатом, эпидемиолог и так далее.

Для описания практик Мол использует этнографический метод, который может показаться наивным, поскольку предполагает взгляд «первого человека», без привнесения интерпретаций, связанных с предыдущим опытом исследователя. Но намеренное абстрагирование от этих установок оборачивается методологическим преимуществом: исследователь получает возможность взглянуть на известные, казалось бы, вещи свежим взглядом.

При этом практики, подчёркивает Мол, нельзя выстроить иерархическим образом, отдать какой-либо из них преимущество. Используя метафору социолога Э. Гоффмана, Мол говорит о больнице как о театре, у которого есть сцена, однако нет закулисы. Это значит, что нельзя говорить о какой-то практике, в которой бы болезнь была дана сама по себе, была бы болезнью *par excellence*. За практиками не стоит некая реальность, отражением которой были бы все практики, как в платоновской пещере. То, что важно для Мол, – это множественность практик.

Вопрос, которым задаётся философ, поставлен принципиально неэссенциалистским образом: это не вопрос о том, что такое болезнь, но как делается болезнь, как она разыгрывается и осуществляется. Множественность практик в отношении болезни неизбежно связывается с вопросом о множественности тела. Мол рассматривает тело не как заранее заданный объект, а как нечто, что осуществляется в практиках, которые приводятся в соответствие более или менее успешно. Мол приходит к выводу о множественности тела, изучив различные виды обнаружения исследуемой болезни – атеросклероза: срез патанатома, рентгеновский снимок сосуда, индекс лодыжка-плечо, дуплексное исследование. Разные виды диагностики отсылают к одному объекту – атеросклерозу, а единство болезни и соответственно тела достигается за счёт координации практик: например, жалобы пациента на боль в ногах при ходьбе соотносятся с его высоким лодыжечно-плечевым индексом.

Множественность болезни не означает, что она фрагментарна. Мол подчёркивает, что «разные» атеросклерозы – не её собственное изобретение. Напротив, на эту множественность Мол указали сами врачи. Отличие точки зрения философа и врачей – в том, что врачи естественным образом склонны заключать в скобки практики производства болезни и обращаться к ним только в случае несоответствия практик, например, отсутствие жалоб пациента на боли в ногах при большом количестве бляшек в сосудах. Внимание к фактам, а не к процессу производства необходимо врачам для уверенности в своих действиях, справедливо замечает Мол. Только при сомнении врачи обращаются к тому, как были произведены факты, задаваясь вопросами, не лучше ли ещё раз провести измерение давления или спросить пациента, когда у него появились боли в ногах. Уверенность и сомнение – обычные вещи во врачебной практике. Важно другое: Мол

настаивает на том, что при множественности болезни не может быть последней инстанции достоверности (например, тела в качестве таковой), а значит и не может быть однозначного ответа, что нужно делать в той или иной ситуации. И здесь встаёт вопрос об автономии пациентов, об их участии в принятии врачебного решения, и здесь у исследовательницы нет готового ответа.

Координация различных практик – нетривиальная задача в свете невозможности установить между ними иерархию. Как ответить, что существеннее: жалобы одного пациента, который не может подолгу гулять из-за болей или высокий лодыжечно-плечевой индекс другого пациента? При этом у жалующегося пациента может и не диагностироваться атеросклероз, следовательно, его жалобы отсылают к чему-то другому. А пациент с лодыжечно-плечевым индексом, равным, например, 0,7, может не испытывать никаких неудобств в повседневной жизни. Мол не даёт собственных рекомендаций, что следует делать: она лишь описывает проблему, которую в случае раскоординации практик приходится решать пациентам и врачам.

Другой пример невозможности жёсткой иерархии – это соотнесение работы эпидемиологов и терапевтов. Эпидемиологи фиксируют, что мужчины умирают от сердечных приступов статистически чаще, чем женщины. Этот факт возвращается во врачебную практику: терапевты склонны подозревать в случае конкретного умершего пациента именно сердечный приступ как причину смерти. Получается замкнутый круг: индивид включается в популяцию, но и популяция включается в индивида.

Мол рассмотрела больницу как эпистемологическую машину, которая производит тело, количественно большее, чем единица, но меньшее, чем множество. Мол задаётся политическим вопросом, условия для обсуждения которого она очертила в книге: если тело множественно, а медицина больше не имеет унифицирующей власти, как осуществлять лечение справедливо?

### **Литература:**

1. Мол А. Тело множественное: онтология в медицинской практике [Mol A. The body multiple: onthology in medical practice]. Пермь: Hyle Press, 2017 (в печати).

## ***СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ***

***Некрасова Е.Л.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Архангельск***

Внедрение и совершенствование страхования профессиональной ответственности медицинских работников в настоящее время является одной из актуальных проблем в здравоохранении. Проблема ответственности медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей является одной из острых и дискуссионных проблем современной медицины и права. Страхование профессиональной ответственности представляет собой особый вид страхования, при котором в качестве объекта страхования выступает риск наступления гражданской ответственности медицинского работника перед пациентом, которому в результате оказания медицинской помощи может быть причинен вред [1, 2, 3].

В Российской Федерации на сегодняшний день страхование профессиональной ответственности медицинских работников является добровольным. Правовыми предпосылками добровольного страхования ответственности являются действующие нормативные акты. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред, ответственность за неумышленное причинение вреда может быть застрахована [4].

В страховании профессиональной ответственности медицинских работников страхователями (застрахованными лицами) выступают медицинские организации, осуществляющие страховую защиту своего персонала, либо частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию на этот вид деятельности. Страховым случаем по договору страхования факт возникновения обязанности страхователя (застрахованного лица) в соответствии с действующим гражданским законодательством РФ компенсировать расходы, произведенные вследствие причинения вреда жизни и здоровью пациента при оказании услуг, связанных с профессиональной медицинской деятельностью. К числу таких страховых случаев могут быть отнесены: причинение вреда здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки страхователя (застрахованного лица) при установлении диагноза; причинение вреда здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки страхователя (застрахованного лица) при проведении курса лечения; смерть пациента в результате непреднамеренной ошибки страхователя (застрахованного лица); другие варианты проявления страхового риска [5, 6, 7].

Согласно действующему законодательству ответственность за действия работников медицинской организации несет сама медицинская организация, имеющая оформленные трудовые отношения с врачом, причинившим вред. Требование о возмещении вреда в гражданском судопроизводстве подлежит предъявлению не к конкретному врачу, а к медицинской организации, где пациенту была оказана медицинская помощь, в результате которой причинен вред жизни и/или здоровью. При этом медицинская организация имеет право требовать от врача компенсации расходов, которые возникли в связи с удовлетворением иска пострадавшего пациента, в порядке регрессного требования. В профессиональной медицинской деятельности существует ряд специальностей, для которых характерен повышенный риск неблагоприятного исхода лечения: хирурги, акушеры-гинекологи, анестезиологи, реаниматологи, стоматологи и т.д. Эти работники должны быть заинтересованы в страховании своей профессиональной ответственности в первую очередь, т.к. в силу различных обстоятельств, как объективных, так и субъективных, врачами совершается немало медицинских ошибок, следствием которых становится причинение вреда жизни и здоровью пациента [8, 9].

Понятие медицинской (врачебной) ошибки законодательно не закреплено, поэтому возникают трудности в интерпретации данного термина. Так, ряд авторов относят к врачебной ошибке неправильные действия врача, которые обусловлены его добросовестным заблуждением при надлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей. Добросовестное заблуждение объясняется объективными причинами (например, несовершенство современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, особенности течения заболевания у больного и др.). Проблема невиновного причинения вреда весьма актуальна для медицинской практики, поскольку специфика и сложность различных видов медицинской деятельности часто переплетаются с объективным несовершенством как научных знаний, так и практических разработок [10, 11]. В соответствии с другим подходом медицинская ошибка рассматривается не только как невиновно совершенная, но и как возникшая по субъективным причинам ошибка, т.е. виновно совершенная. Субъективными обстоятельствами признаются, в частности, недостаточный уровень подготовки специалистов, неполный спектр проведенных исследований и др. [12].

Широкое распространение страхования от врачебной ошибки, с одной стороны, закрепляло бы право граждан на получение компенсации за действия врачей, с другой – способствовало бы тому, что сами медицинские работники могли бы с большей уверенностью использовать имеющиеся у них возможности. Вместе с тем, статистические данные свидетельствуют о незначительном распространении данного вида страхования в нашей стране. Среди многочисленных

причин такого состояния могут быть выделены две основные: невнимание медицинской общественности к серьезнейшей проблеме врачебных исков в отношении врачей и медицинских учреждений; исключительная бедность медицинских учреждений, которые не в состоянии не только содержать в штате юристов-профессионалов высокого класса, но и выплачивать страховые суммы по всем состоящим в штате медицинским работникам [13].

К числу факторов, сдерживающих развитие страхования гражданско-правовой ответственности в сфере здравоохранения, также относится отсутствие федерального закона об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских работников. Введение соответствующего закона стало бы существенной основой для развития данного вида страхования. Кроме того, действующее законодательство РФ, предусматривая для медицинских работников возможность застраховать риск причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате профессиональной ошибки, не определяет источники финансирования и порядок осуществления страхования профессиональной ответственности медицинских работников, вследствие чего данный вид страхования чрезвычайно слабо развит [14, 15].

Таким образом, реалии настоящего времени свидетельствуют о возможности и необходимости внедрения в Российской Федерации обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, которое позволит в равной степени обеспечить защиту прав и законных интересов всех субъектов медико-правовых отношений.

### **Литература:**

1. Правовые основы здравоохранения в России / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М., 2014.
2. Стеценко С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (исторический и теоретико-правовой анализ). Дисс. докт. юрид. наук. СПб., 2012.
3. Пашиян Г.А., Ившин И.В. Ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей: проблемы теории и правоприменительная практика // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. члена-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 71 – 75.
4. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая от 30 ноября 1994 года N51-ФЗ.
5. Малеина М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. М., 2010.
6. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. М., 2011.
7. Кагаловская Т., Солощева С.А., Лысенкова М.В., Бендз С.Ю. ОАО «Страховой дом «Медстрах» // Финансы. 2013. N 10.
8. Елифанова Е.В., Цыганова О.А., Ившин И.В., Мартынов Е.А. Гражданско-правовая и уголовно-правовая ответственность в медицине. М.: Юрлитинформ, 2011.
9. Цыганова О.А., Светличная Т.Г., Ившин И.В. Российская судебная практика по разрешению дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи // Заместитель главного врача. 2008. №1. С. 82 – 88.

10. Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // Медицинское право. 2010. N 5.
11. Ившин И.В. О невиновном причинении вреда в медицинской практике // Правовые и этические основы медицинской деятельности: международное измерение и национальные традиции. Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2004. С. 84 – 87.
12. Ибатулина Ю.Ф. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками и врачебная ошибка: уголовно-правовой аспект // Российский следователь. 2010. N1.
13. Демина А.В., Пашинян Г.А., Лукиных М.Х. Правовая грамотность врачей-стоматологов. М.: Медицинская книга. 2015. 160 с.
14. Згонников А.П., Пушкарева А.Н.. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников и проблемы сохранения врачебной тайны в Российской Федерации: теоретический аспект. // Законодательство и экономика. 2015. №9.
15. Мохов А.А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. СПб., 2013.

### ***ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С СОТРУДНИКАМИ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, ИМЕЮЩИМИ ФАКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ***

***Никитин И.Е.<sup>1</sup>, Ичитовкина Е.Г.<sup>1</sup>, Злоказова М.В.<sup>2</sup>***

***<sup>1</sup>Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России  
по Кировской области», г. Киров***

***<sup>2</sup>Кировский государственный медицинский университет, г. Киров.***

Среди сотрудников органов внутренних дел (ОВД) встречаются лица с различными формами суицидальной активности - от мимолетных мыслей, намерений, высказываний, угроз до попыток и покушений [3]. Какими бы ни были проявления суицидального поведения, это своеобразная чрезвычайная ситуация [1] с возникновением необходимости индивидуальной переоценки своих морально-этических установок, в частности, представлений о жизни и смерти [8,9].

При проведении диспансерных психопрофилактических осмотров сотрудников ОВД важными задачами являются не только выявление лиц, имевших в анамнезе факты суицидальной настроенности, но и определение тактики их ведения и наблюдения [7]. Для профилактики рецидива суицидального поведения у представителей силовых структур необходимо определение этических принципов взаимодействия не только между врачом и пациентом, но и руководителями подразделений ОВД по кадровой и воспитательной работе [5]. Для этого важно определить этические модели взаимодействия с пациентами, основанные на личностно-ориентированном подходе [4].

Целью исследования явился анализ личностных особенностей полицейских, имеющих суицидальное поведение в анамнезе, для разработки личностно-ориентированных подходов взаимодействия при медико-психологическом сопровождении личного состава ОВД.

Проведен ретроспективный анализ личностных особенностей при поступлении на службу у 75 сотрудников ОВД, которые были подразделены на две группы по критерию наличия суицидального поведения в анамнезе: I группа - 37 чел., у которых в анамнезе были зафиксированы факты суицидального поведения (намерения, попытки) средний возраст –  $37,2 \pm 1,4$  лет; II группа – 38 чел. - без фактов суицидального поведения в анамнезе, средний возраст –  $38,1 \pm 1,5$  лет.

Использовались клинический опрос и специальное психофизиологическое исследование с применением полиграфа для выявления в анамнезе обследуемого фактов суицидальной настроенности. Экспериментально-психологический с использованием стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) в отечественной модификации [6], краткий отборочный тест (КОТ), адаптированный Вандерликом, для определения уровня интеллекта [2], анализировались данные протоколов психофизиологического обследования при поступлении на службу. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием программы SPSS 22.0, использовался критерий Стьюдента для несвязанных выборок (данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения  $M \pm s$ ).

По результатам теста КОТ у сотрудников I гр. интегральный показатель интеллекта был существенно ( $p < 0,05$ ) ниже, чем во II ( $18,1 \pm 1,4$  и  $19,9 \pm 1,1$  балл) за счет сниженного уровня способности к анализу и обобщению информации ( $2,1 \pm 0,3$  и  $3,9 \pm 0,1$  балл, соответственно). Возможно, что именно недостаточная способность к анализу и долгосрочному планированию способствует формированию суицидального поведения. Поэтому в построении тактики взаимодействия с обследуемыми с суицидальными намерениями в анамнезе более применимы готовые решения, устоявшиеся смысловые конструкции, их упрощение и конкретизация при проведении психокоррекции.

При анализе базовых шкал теста СМИЛ в I гр. были выявлены существенно ( $p \leq 0,05$ ) более высокие показатели по шкалам «импульсивность» ( $60,4 \pm 10,1$  и  $41,1 \pm 9,4$  балл), «индивидуалистичность» ( $57,7 \pm 11,4$  и  $41,7 \pm 7,5$  балл) и «гипертимность» ( $57,6 \pm 10,5$  и  $49,8 \pm 6,3$ , балл). Данные профиля СМИЛ у лиц, имевших в анамнезе факты суицидальной настроенности, свидетельствовали о сложностях в адаптации к социальной среде из-за своеобразия восприятия окружающего; завышенных ожиданий при социальных взаимодействиях; убежденности в благоприятном исходе большинства начинаний, излишнем энтузиазме,

которые при возникновении затруднений переходят в гневливую реакцию, сопровождающую нецеленаправленную активность. Эти качества в стрессовых ситуациях, особенно во взаимосвязи с низким интеллектуальным и морально-нравственным развитием, ведут к спонтанной активности для удовлетворения сиюминутных потребностей, часто вопреки здравому смыслу и общепринятым социальным и этическим нормам.

Таким образом, личностными особенностями, характерными для сотрудников ОВД с суицидальной настроенностью в анамнезе являются: импульсивность, индивидуалистичность и гипертимность на фоне невысокого интеллектуального развития. При проведении психопрофилактической работы с сотрудниками ОВД с суицидальным поведением в анамнезе целесообразно применять не только традиционные директивные методы, а использовать этические принципы взаимодействия, основанные на взаимодоверии и сотрудничестве, с направлением избыточной активности в целенаправленную деятельность и социально полезное с нравственных позиций русло.

### **Литература.**

1. Барачевский Ю.Е. Медицина катастроф / Ю.Е.Барачевский, П.И.Сидоров, А.Г.Соловьев. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2007. 176 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер, 2002. 528 с.
3. Голенков А.В. Парциальные посттравматические стрессовые расстройства и депрессивные состояния у полицейских / А.В. Голенков, Н.Г. Куракина, Н.В.Лаврентьева, Л.И.Голишникова // Психическое здоровье. 2014. Т. 12, №10(101). – С. 32–34.
4. Ичитовкина Е.Г. Модель прогноза формирования транзиторных аффективно-поведенческих реакций у комбатантов на основе стандартизованного многофакторного метода исследования личности / А.Г.Соловьев, О.А.Харькова, М.В.Злоказова // Психическое здоровье. 2016. № 7. С. 62-66.
5. Корехова М.В. Психологические характеристики сотрудников органов внутренних дел с признаками психической дезадаптации / М.В.Корехова, И.А.Новикова, А.Г.Соловьев // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013. Т. 8, № 3. С. 49-54.
6. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н.Собчик. – М: Изд-во прикладной психологии, 2001. 512 с.
7. Соловьев А.Г. Особенности формирования комбатантных акцентуаций после перенесенного посттравматического стрессового расстройства / А. Г. Соловьев, М. В. Злоказова, Е. Г. Ичитовкина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. 2015. № 4. С. 95–100.
8. Спадерова Н. Н. Суицидальное поведение при посттравматическом стрессовом расстройстве (данные литературы и клиническая практика) / Н.Н.Спадерова // Медицинская наука и образование Урала. 2015. Т. 16, №1(81). С. 146–149
9. Шадрина И. В. Факторы риска суицидального поведения у больных с посттравматическим стрессовым расстройством (участников современных локальных войн) / И.В. Шадрина, К.Н. Дедова // Суицидология.– 2011. Т. 2, №3(4). С. 46–47.

## **ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОНКОЛОГА**

**Новыш О.Г.**

**ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»,  
Архангельск**

В последние годы отмечается рост онкологической заболеваемости, как в России, так и в Архангельской области, причем темпы роста показателя заболеваемости в Архангельской области выше российских. Если в 2005 году заболеваемость в Российской Федерации составляла 330,5, а в Архангельской области 314 на 100 тыс. населения, то в 2015 году эти показатели равнялись 402,6 и 463,3 на 100 тыс. населения соответственно. Динамика прироста заболеваемости в Архангельской области составила 42,7%. Это связано с постоянным снижением показателя численности населения. Так с 2005 года численность населения области уменьшилась на 10% (с 1262,6 до 1139,9 тыс. в 2015 году). В структуре убыли населения с большим отрывом лидирует миграционная составляющая (82% от общей убыли). Так как онкологические заболевания чаще встречаются в старшем возрасте, а уезжает, в основном, молодое, трудоспособное население, потенциальных онкопациентов в области становится больше. В структуре заболеваемости первое место занимают новообразования кожи с меланомой, второе - злокачественные образования бронхов, трахеи и легких и на третьем месте – злокачественные опухоли молочной железы. Наибольшее число заболевших регистрируется в возрасте 60-64 лет, а пациенты старше 50 лет составляют 89% от общего числа заболевших. Смертность от онкопатологии в Архангельской области так же выше, чем в Российской Федерации (228 и 202,5 на 100 тыс. населения соответственно). Однако из положительных моментов можно отметить показатель соотношения заболеваемости и смертности, который в Российской Федерации равен 1,9, а в Архангельской области 2,3 [3,4]. Другими словами, чем выше данный показатель, тем эффективнее проводимые лечебно-диагностические мероприятия в регионе и тем больше разрыв между показателями заболеваемости и смертности. В структуре смертности первое место занимают злокачественные опухоли трахеи, легкого и бронхов, второе – новообразования желудка и третье – рак ободочной кишки.

Архангельский областной клинический онкологический диспансер оказывает все виды специализированной онкологической помощи. 5-летняя выживаемость наших пациентов составляет 56,2%. Этот показатель указывает на эффективность проведения специализированного лечения. Однако показатель запущенности в области достигает 21,9%, а это существенно ухудшает результаты проводимого лечения [3]. В связи с этим ведется непрерывная работа с первич-

ным звеном. К сожалению, у многих врачей еще сохраняется неправильное понимание проблемы. Многие врачи первичного звена считают, что онкологическими пациентами должны заниматься только онкологи. На самом же деле, в функции онколога входит уточняющая диагностика и специализированное лечение, а активное выявление онкопатологии - это обязанность врачей первичного звена. В Архангельской области в 2015 году показатель активной выявляемости составил всего 10,3%. Такой показатель говорит об очень низкой онконастороженности и низкой эффективности проводимых профилактических мероприятий.

Проблема онкологической заболеваемости по своей значимости и этической актуальности является одной из сложнейших проблем современной науки и клинической практики [5]. Этические вопросы в онкологии стоят в одном ряду с вопросами лечения онкологических пациентов.

Пациент, впервые узнавший свой диагноз, зачастую не может самостоятельно справиться с такой информацией. В одно мгновение рушится его привычный, устоявшийся мир. В обыденном сознании людей до сих пор сохраняется отношение к онкологическим болезням как фатальным заболеваниям. Неопределенный прогноз и длительный путь к выздоровлению создают тревожную атмосферу вокруг онкологического больного и его близких людей [1]. Отношение самого пациента к своей болезни во многом зависит от его возраста, уровня его интеллектуального развития, особенностей личности, восприятия болезни и тяжести ее протекания. Все это говорит о необходимости специального подхода к больному. Перед врачом-онкологом и родственниками пациента стоит очень сложная задача, им требуется убедить пациента в необходимости проведения диагностических и лечебных процедур. За последние 15 лет стиль общения врача-онколога со своими пациентами кардинально изменился. Если в 90-х годах было принято всячески ограждать пациента от информации по его диагнозу, то сегодня все сведения об обследовании, установленном диагнозе, методах лечения и вероятных прогнозах предоставляются пациенту в полном объеме. При этом врачу необходимо выбрать такую манеру общения, чтобы пациент воспринимал эту информацию не как приговор, а как план действий по предстоящему лечению.

После завершения курса лечения у пациентов, даже при благоприятном прогнозе, нередко наблюдается чувство тревоги, подавленности, повышенной мнительности. Излечение от злокачественной опухоли не излечивает от страха перед ней. Повышенная мнительность ведет к тому, что всякое нарушение самочувствия человек склонен расценивать как признак прогрессирования опухолевого процесса. Подкожные липомы и фибромы, плотные послеоперационные рубцы, кожные высыпания, даже случайно прощупанный мечевидный отросток

грудины трактуются как рецидив заболевания. Не смотря на это к предъявляемым больными жалобам нужно относиться очень серьезно. Следует производить тщательное контрольное обследование, чтобы не пропустить истинного прогрессирования опухолевого процесса.

В настоящее время многие пациенты приходят к врачу уже «подготовленными». Большое количество информации имеется в свободном доступе в сети Интернет, много советчиков-пациентов, которые уже имели в своем багаже опыт встреч с онкологами, информация от друзей и знакомых, которые никогда с онкологами не встречались, но «точно знают» что нужно делать при таком диагнозе. Учитывая вышеперечисленные знания, врач-онколог оказывается в очень неприятной для себя ситуации, когда он знает, что надо делать, но для начала действия, ему необходимо убедить в этом пациента, имеющего свою точку зрения. В таком случае врачу-онкологу приходится брать на себя функцию психолога и очень осторожно, не прибегая к резким высказываниям и критике, перетягивать пациента на свою сторону. В противном случае мы можем получить отказ от лечения и, как следствие, запущенную инкурабельную стадию заболевания в дальнейшем.

Особо следует отметить лечение пациентов с запущенными стадиями заболевания. На врачах лежит огромная ответственность в принятии решения о возможности проведения специализированного лечения таким больным. Необходимо взвесить все факторы (возраст, распространенность процесса, наличие и локализация отдаленных метастазов, сопутствующая патология, функциональное состояние организма, желание самого пациента) и только потом принимать решение. Многие диспансеры отказывают в лечении пациентам с 4 стадией заболевания, обосновывая это небольшим увеличением продолжительности жизни на фоне лечения. Но даже 3-4 месяца, не говоря уже о 8-10 месяцах, позволяют матери побыть со своим ребенком, внукам с бабушкой и дедушкой. Для пациента эти несколько месяцев имеют очень большое значение, даже если для статистики они почти ничего не значат. Однако иногда обоснованный отказ от проведения специализированного лечения позволяет продлить жизнь пациента. Именно поэтому решение о курабельности пациентов принимает консилиум, состоящий из хирурга-онколога, химиотерапевта и радиолога. При отказе в специализированном лечении пациенты не должны быть предоставлены сами себе. Больные с запущенными формами злокачественных опухолей подлежат паллиативному или симптоматическому лечению. Его осуществляют врачи широкого профиля по месту жительства больного. План лечения должен быть рекомендован либо согласован с онкологом.

Но самые сложные и трудноразрешимые проблемы возникают не между врачом и пациентом, а в том случае, когда в процессе диагностики и лечения

появляется третья сторона. Это относится к независимым организациям, которые теперь под прикрытием заботы о правах пациента, проводят различные опросы и анкетирование. Люди, составляющие анкеты и проводящие анкетирование, зачастую не задумываются над этической стороной вопроса. Вопросы анкеты «Что Вы будете делать, когда Вам не смогут помочь в данном учреждении?» или «Хотите ли Вы вновь вернуться в данное учреждение?» пациентами с онкопатологией воспринимаются, как напоминание о невозможности полностью излечиться и совсем не улучшают их настроение.

Так же необходимо обсудить еще один немаловажный вопрос, который становится все более актуальным в последнее время. В системе ОМС тарифы на оказание онкологической помощи одни из самых высоких, поэтому многие крупные учреждения стремятся получить лицензию по онкологии, чтобы оказывать «дорогую» помощь. Руководители таких учреждений часто не задумываются над необходимостью комплексного лечения и пожизненного динамического наблюдения пациентов с онкопатологией. Они предлагают таким пациентам только один, максимум два вида специализированной помощи (хирургия и химиотерапия). Оборудование для оказания радиологического лечения имеется только в онкологических диспансерах. Для получения лицензии таким учреждениям достаточно одного проученного онколога, а весь объем помощи оказывается хирургами или терапевтами. В таких случаях значительно увеличивается риск ошибки при проведении лечения. Статистически доказано, что 5-летняя выживаемость при лечении пациентов в непрофильных медицинских организациях на 35-50% ниже, чем в онкологических клиниках. Таким образом, экономическая составляющая перекрывает этическую сторону вопроса. Врачу-онкологу необходимо донести до пациента эту информацию, не нарушая деонтологические принципы. В данном случае проблема должна выйти за рамки общения врача с пациентом, и решение должно приниматься на уровне министерства.

Таким образом, онкология является той областью медицины, в которой, как нигде, от соблюдения или не соблюдения этических и деонтологических норм может зависеть судьба больного человека [2]. Знание основ психологии должно быть приоритетом любого врача, занимающегося оказанием помощи онкологическим пациентам.

### **Литература:**

1. Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010.
2. Демин Е.В. Этика в практике онколога // Вместе против рака: электронная версия журнала. 2005. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.vmpr.ru/index.php?id=401&Itemid=523&option=com\\_content&view=article](http://www.vmpr.ru/index.php?id=401&Itemid=523&option=com_content&view=article) (дата обращения 18.01.2017)
3. Отчет о работе онкологической службы и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический

диспансер»  
за 2015 год.

4. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 г. под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой, М., 2016.
5. Старовойтова И.М. Этика и психология в онкологии // Интернет-портал Российского общества клинической онкологии. Материалы конгрессов и конференций. X онкологический конгресс. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:  
<http://www.rosoncweb.ru/library/congress/ru/10/22.php> (дата обращения 18.01.2017)

## ***СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОСНОВАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГА В ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ***

***Павленко П.А.***

***Студентка 2 курса, факультет клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры, отделения социальной работы.***

***Научный руководитель: доцент, к.б.н. Е.В.Шалаурова***

В этике социальной работы понятие «долг» обозначает совокупность обязанностей специалиста перед государством, обществом, коллегами, профессией, клиентами, перед собой и ответственность перед ними. Сознание своего долга определяет поведение специалиста, выбор им определенных норм морали, которым он следует в своей повседневной практической деятельности. [4]

Цель исследования - проанализировать современные представления о этических представлениях основы профессионального долга в современной практике социальной работы. В качестве методов изучения нами был выполнен аналитическое изучение научно-исследовательской литературы, периодических изданий и нормативно-правовых документов по предмету исследования.

По мнению З. А. Бербешкиной, вне зависимости от того, какие чувства и эмоции у социального работника вызывают те или иные действия человека, нуждающегося в помощи или он сам, специалист, руководствуясь чувством долга, в каждом случае выбирает оптимальное с точки зрения конечного результата решение и последовательно реализует его. В отличие от профессиональных обязанностей, профессиональный долг воспринимается специалистом не как нечто навязанное извне, а как внутренняя нравственная потребность, глубокая убежденность в необходимости определенных действий [1].

В работах М. Пэйна, К. Ахама, чувство долга – основа профессиональной деятельности специалиста в области социальной работы. В категории «долг» наиболее ярко проявляется общественный характер деятельности социального работника и нормативный характер профессиональной этики. Специфическое

содержание и основные черты долга социального работника определяются содержанием его профессиональной деятельности. Понятие профессионального долга вменяет в обязанность специалисту быть способным предвидеть последствия своей деятельности, особенно негативные последствия, – в соответствии с известным принципом «прежде всего, не навреди» (Гиппократ).

Представление о нормах этики у человека формируется с детства. Роль этических и моральных норм влияет не только на личность, но и на профессиональную реализацию специалиста. Понятия долга, долженствования, должных отношений при этом останутся нераскрытыми. Даже интуитивное признание важности роли этических норм требует глубокого изучения этого феномена, особенно в отношении молодых специалистов, для которых профессиональный долг станет основой их будущей деятельности.

Долгом специалиста в области социальной работы является не только соблюдение трудового графика, трудовой дисциплины, добросовестное выполнение своих обязанностей, но и соблюдение этических норм, характерных для данной профессии. Эти нормы закреплены в Профессионально-этическом кодексе социального работника России, который принят Межрегиональной ассоциацией работников социальных служб 22 мая 1994 года. Эти нормы морали обязательны к выполнению; не соблюдение их может вести и к правовым нарушениям, что карается законом [5].

В отличие от научно-технического прогресса, в котором человечество добилось больших успехов, духовное совершенствование человека существенно отстает. Отстает в развитии и социальная жизнь. Актуальной проблемой современного российского общества становится: падение нравственного уровня людей, дегуманизация общественных отношений, что является общей причиной многих социальных затруднений и проблем. Этические представления о социальной помощи должны быть едиными по отношению к людям различных возрастов, экономических статусов, степеней образования и культуры [2].

Человек — социальное существо: вся его жизнь и деятельность проходят в составе группы — социальной и профессиональной. Начиная работать в социальной сфере, человек становится членом профессиональной группы, с которой его связывают общие ценности и цели, основная сфера приложения сил, успехи и неудачи, а порой — и общая для всех судьба. [3]

Практически каждая современная профессия формирует собственные представления о должном, одновременно сопоставляя его с сущим. На основании представлений о должном складываются требования к поведению и действиям, которые в отношении специалиста выступают как его профессиональный долг и обязанности. В понятие профессионального долга всегда входят не только функциональные обязанности представителей той или иной профессии,

но и ответственность этих людей перед коллегами, перед профессией как таковой, перед обществом.

Осознание социальным работником этических стандартов профессионального долга означает:

- высокий профессионально-квалификационный уровень, четкое знание своих профессиональных обязанностей, добросовестное их выполнение;
- профессиональную деятельность строго в рамках нормативно-правовой базы;
- заинтересованность в повышении эффективности работы своего коллектива и своей индивидуальной работы;
- высокую организованность и сознательную дисциплину, наличие волевых качеств, необходимых для работы в профессии;
- стремление постоянно совершенствоваться как личность и профессионал [2]

Деятельность социального работника стимулируется потребностью в самоуважении, поддержании профессионального авторитета и личного достоинства, статуса трудового коллектива и профессии в обществе. Она не может быть ориентирована на чисто внешние показатели, на поддающиеся официальному учету и контролю критерии эффективности с целью получения поощрения в любой форме.

Подводя итог, можно сказать, что деонтология как раздел этики, является одной из основ профессиональной деятельности социальных работников, медицинских работников, учителей, психологов и представителей других профессий, объектом деятельности которых является человек. Целью профессиональных действий будет достижение физического, психического и социального здоровья и благополучия человека, его социального окружения и общества. Деонтология как отдельная область, разрабатываемая с древних времен, до настоящего времени больше была связана с медициной, составляя ее отдельный раздел. Социальная работа в ее теперешнем понимании и трактовке не может обойтись без деонтологии.

### **Литература:**

1. Бербешкина З.А. Этика социального работника. – В сб.: Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии. – М.: А1, 2003.
2. Ценности и этика / Энциклопедия социальной работы. Пер. с англ. – Том 3. Р-Я. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 2001.
3. Павленок П.П: Теория, история и методика социальной работы – Дашков и К, 2010.
4. Словарь по этике, Гусейнов А.А., Кона И.С., 2002.
5. <http://onf.ru/2013/05/30/kodeks-e-tiki-sotsial-nogo-rabotnika/> - Кодекс этики социального работника – 14.02.2017.

## **ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПОДРОСТКА**

**Павлова А.Н.**

**ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница №6», Северный государственный медицинский университет, Архангельск**

В настоящее время первичную медико-санитарную помощь городские дети подросткового возраста получают в детских поликлиниках. При этом возможно 2 варианта: медицинское наблюдение участковым педиатром до достижения возраста 18 лет или наблюдение подростковым врачом в возрастном периоде 15 - 18 лет.

Пубертатный период является крайне важной, рубежной фазой развития человека, когда организм подвергается ряду изменений, способствующих наступлению его половой, физической и психической зрелости. И для гармоничного становления всех перечисленных составляющих подростка должны поддерживать семья, школа, медицинская служба.

В силу выраженных психологических особенностей данного возрастного периода, модель взаимоотношений врач – ребенок должна претерпевать ряд изменений. Ещё не взрослый, но уже не ребенок. Чувство взрослости, с точки зрения психологии, реакция человека, приходящаяся на период вступления в подростковый период [2]. С одной стороны подросток крайне болезненно относится к любой критике, но с другой – ждет общения с ним как с взрослым человеком. Отношение врача требует тактичности, внимания, понимания и принятия подростковых проблем. С целью утверждения «взрослости» пациента необходимо большее внимание уделять значимости информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, которое подростки подписывают по достижению возраста 15 лет. Акцентирование внимания на слове «добровольное», возможности выбора, праве на информацию поможет подростку почувствовать себя значимым, наладить положительный контакт в индивидуальной беседе.

Дети подросткового возраста на 30% реже обращаются к врачу, поэтому добровольный визит в поликлинику требует повышенного внимания врача, особенно если данные вопросы касаются половой сферы [1]. В настоящее время участковые педиатры малокомпетентны в вопросах охраны репродуктивного здоровья детей данной возрастной группы, что представляет собой большую проблему сейчас и ещё более значимые последствия в будущем. С другой стороны, в современной практике нередко встречается явление соматизации психологических жалоб в ответ на изменения взаимоотношений со сверстниками, в семье, школе. Обычно жалобы разрозненны, не укладываются в клиническую картину конкретного заболевания. Полностью отрицать факт заболевания у таких детей нельзя. В следующий раз они могут не явиться к врачу совсем, даже в

случае реального соматического заболевания. Из-за отсутствия доверия к взрослым, опасений упреков в неправильном поведении многие подростки скрывают проблемы половой сферы, наличие вредных привычек. Поэтому педиатру следует признать право подростка на личную жизнь, выбор интересов, его эмоции, ценности и гарантировать конфиденциальность информации. Но при этом врач-педиатр должен грамотно, четко, профессионально информировать подростков о вреде алкоголя, никотина, наркотиков, стать настоящим авторитетом, уметь говорить на «сложные» темы.

В современной медицинской практике значительно сократилось время на профилактическую работу. В связи с сильной загруженностью первичного звена в результате кадрового дефицита, у врачей поликлиник практически отсутствует возможность побеседовать с подростком, обратиться к его проблемам и интересам, узнать о его психологическом состоянии, напомнить о вреде алкоголя и курения. Аналогичная картина наблюдается и на медицинских профилактических и предварительных осмотрах, проходящих в школах и других учебных заведениях.

Влияние сверстников, желание быть в группе, подчинение авторитетам группы превалирует над мнением родителей, педагогов, медицинских работников. В рамках санитарно-просветительной работы врача целесообразно профилактическую работу проводить в группе подростков. Группа (класс, часть класса) дает подростку чувство эмоциональной безопасности, гармонии, комфорта и большей свободы в суждениях. Профилактические беседы, тренинги, лекции в школах, училищах лучше сочетать с интерактивными методами (дискуссии, ролевые игры, ситуационные задачи), использовать мультимедийные технологии. Чем ближе мы к современным средствам доведения информации, тем быстрее и качественнее данная информация достигнет адресата.

Учитывая всё вышесказанное, с целью создания условий для обеспечения здоровья и психологического благополучия подростков необходимо организовывать школы и реализовывать проекты для подростков на базе лечебно-профилактических учреждений. На данные школы следует возложить основные функции по профилактике заболеваний органов репродуктивной системы, повышению уровня информированности подростков о вреде социально обусловленных заболеваний, созданию устойчивой мотивации ведения здорового образа жизни и психологическому благополучию подростков. Благополучие детей подросткового возраста, от которых зависит здоровье последующих поколений, требует принятия безотлагательных мер по сохранению их здоровья. А использовать следует те средства, которые обеспечат максимальную пользу и минимальный вред, быстро и качественно дойдут до подростка, не нарушая зону его психологического комфорта и прав на независимость.

## **Литература:**

1. Таточенко В.К. Зачем нужен подростковый врач // Здоровье детей. 2013. №3. С. 7-11.
2. Шаповаленко И.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). М.: Гардарики. 2005. 349с.

## **ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА**

*Плаксин В.А.<sup>1</sup>, Малик Л.С.<sup>2</sup>, Плаксина Н.Ю.<sup>1</sup>.*

*1 ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,*

*2 ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет  
имени М.В. Ломоносова», г. Архангельск*

Результаты изучения особенностей социально-экономической поддержки приемных семей показали, что в регионах с неблагоприятной социально-экономической характеристикой (куда относится и Архангельская область, дотационный регион) выше показатель числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, более высокие показатели усыновления детей иностранными гражданами и возмездных форм жизнеустройства детей, ниже размер вознаграждения приемного родителя и его соотношение с размером прожиточного минимума, чем в регионах с благополучной социально-экономической характеристикой.

Можно констатировать, что недостаточно благоприятная социально-экономическая характеристика региона прямым образом влияет на активность населения при принятии ребенка в семью на воспитание. В связи с этим, регионы с неблагоприятной социально-экономической характеристикой развивают новые формы жизнеустройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

По Архангельской области на 01.09.2016 детей-сирот было 4662 ребенка, что составляет 2% от общего количества детского населения. В семьях опекунов находится 3 543 ребенка, что составляет 75% от общего количества детей-сирот, в том числе в приемных семьях - 1 445 детей. В 39 детских домах, интернатах и домах ребенка воспитывается 1 119 детей. Однако высокий процент детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и находящихся в интернатных учреждениях в регионах с неблагоприятной социально-экономической характеристикой предполагает развитие института социально-экономической поддержки приемных семей.

Проблемы устройства детей в семьи граждан в регионах с неблагоприятной социально-экономической характеристикой обозначены нами как:

- недостаточность финансовых и организационных ресурсов, выделяемых как организациям, борющимся с сиротством, так и приемным родителям,

- непродуманность размеров этой поддержки в случаях разных форм семейного устройства, демотивирующая некоторые его формы,
- несовершенство законодательства о семейном устройстве детей.

Для решения экономических и юридических проблем основным способом должно стать лоббирование соответствующих законов и подзаконных актов, разработанных ассоциациями НКО (некоммерческих организаций). Это осуществимо в рамках деятельности Общественной палаты и личных контактов с депутатами Госдумы. Перспективно создание союзов организаций, занимающихся проблемами сирот, привлечение к проблеме СМИ, тем более, что в последнее время изменились законы, регулирующие размещение социальной рекламы, и это теперь стало несколько проще делать. Экономические проблемы борьбы с сиротством отчасти могут быть разрешены путем организации эффективного фандрайзинга в этой области, с широкой информационной кампанией, поясняющей, что деньги в этой сфере нужны не только (и не столько) для покупок подарков сиротам или на благоустройство детских домов, но на образование и подготовку специалистов, привлечение консультантов, проектировщиков социальных проектов, создание различных ресурсных и консультационных центров и т.д. и т.п.

Однако наиболее эффективными мерами социально-экономической поддержки решения проблем сиротства могут стать меры первичной и вторичной профилактики. Приоритет должен отдаваться профилактической работе раннего выявления рисков социального сиротства и семейного неблагополучия:

- Выявление групп социального риска по угрожающему отказу от ребенка, социальная поддержка семьи для преодоления кризисных ситуаций. Формирование команд специалистов для индивидуальной работы с женщинами групп риска по профилактике отказа от новорожденного в роддоме.
- Модернизация действующих и разработка инновационных программ уменьшения числа отказов от новорожденных, поддержки материнства, включающая оказание социально-медицинской, психологической, юридической помощи целевым группам. Носителем социальных проблем является не только женщина, планирующая отказ, но и ее социальное окружение. Поэтому в работе в этих ситуациях следует использовать новые методики по работе с социальным окружением, с сетью социальных контактов. В настоящее время такая работа если и ведется, то носит случайный характер. Совершенствование форм жизнеустройства отказных детей, разработка программ социальной поддержки детей-сирот раннего возраста.
- Изменение модели предоставления материальной помощи семьям группы риска: из безусловной эту помощь нужно сделать обусловленной, предполагающей обязательства реципиентов, в том числе по воспитанию детей. Отчасти это

делается на инициативной основе при заключении договоров о социальном патронаже с семьями.

- Развитие служб социального сопровождения семей группы риска на базе учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты.
- Внедрение современных социальных технологий работы с семьей, для чего в свою очередь необходимо повышение квалификации и переподготовка специалистов соответствующих служб. Перспективным представляется создание на районном уровне специализированных кризисных центров по оказанию помощи семьям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации. Кроме того, необходимо развивать работу с местными сельскими сообществами с целью вовлечения их в профилактику социального сиротства и помощь (не только материальную) проблемным семьям.
- Признание недопустимости помещения ребенка в интернатное учреждение, если возможно оказание иных мер помощи, позволяющих избежать изъятия ребенка из семьи. Необходим государственно-общественный контроль над соблюдением этого принципа.

С позиции создания института замещающей семьи:

- Необходимо рассмотреть вопрос о том, могут ли близкие кровные родственники (в первую очередь бабушки) создавать приемные семьи. Новый Федеральный закон «Об опеке и попечительстве» не провел четкой границы между этими двумя формами, и в результате опекуны, местами массово, стали переоформлять договоры и переходить в приемные родители. Дать однозначную оценку данному явлению сложно. Кровная опека в случае необратимости распада кровной семьи и отсутствия возможностей усыновления представляет собой наиболее благоприятную для самого ребенка форму: ребенок сохраняет окружение и остается в своей родной семье, он подвергается меньшим адаптационным рискам при достижении совершеннолетия (когда детям-сиротам приходится возвращаться в сохраненное за ними жилье). Забирая ребенка в семью, кровные опекуны стремятся исправить ошибки, и моральная сторона вопроса здесь очень важна. Опекуны, особенно кровные, обладают иной мотивацией, чем приемные родители. Стирание грани между опекуном и приемной семьей может исказить мотивацию кровных родственников ребенка, оставшегося без попечения родителей.
- Обучение приемных родителей и опекунов должно стать обязательным. Обучение помогает кандидатам в приемные родители и опекуны осознать свою мотивацию, подготовиться к сложностям, с которыми они неизбежно встретятся в процессе воспитания приемного (опекаемого) ребенка. Рациональным

представляется рассмотреть возможность внесения в законодательство Российской Федерации нормы об обязательном обучении приемных родителей и опекунов.

- При устройстве ребенка в приемную семью необходимо проверять, будет ли у него доступ к медицинской помощи. В частности, следует прекратить практику передачи детей с серьезными заболеваниями в отдаленные сельские районы, где им не в состоянии оказать требуемое медицинское сопровождение.
- Для осуществления контроля над соблюдением прав детей в приемных семьях требуется наладить систему сбора информации.
- Важнейшим достижением последнего времени стало создание и развитие региональных служб сопровождения замещающих семей, помогающих семьям преодолевать сложности на различных этапах жизни ребенка. Этот опыт должен применяться ко всем формам семейного устройства, прежде всего к приемной семье.
- Сопровождение приемных семей должно быть обязательным, но гибким – благополучные семьи к участию в мероприятиях службы сопровождения должны привлекаться только по желанию, в то же время контроль должен сохраняться.
- Необходимо осуществлять консультирование педагогов школ, в которых обучаются бывшие воспитанники интернатных учреждений, отданные в приемные семьи. В ряде случаев неготовность школ работать с детьми из детских учреждений не позволяет передать их в семьи. Бывает так, что семья хочет взять ребенка с ограниченными возможностями, например олигофренией, но у имеющейся в населенном пункте школы нет лицензии на обучение таких детей, и передача ребенка с отклонениями в развитии в семью откладывается. Для преодоления этого упущения в случае появления необходимости следует осуществлять подготовку персонала общеобразовательных школ к работе с детьми с особенностями умственного развития.

Как показал анализ результатов исследования, несмотря на расширение семейных форм устройства детей, роль интернатных учреждений остается значительной. В соответствии с этим, необходим пересмотр их деятельности на региональном уровне. В условиях сокращения численности воспитанников институциональных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, система этих учреждений должна быть реструктурирована. Модель реструктуризации зависит от региональных особенностей, в первую очередь, динамики численности выявляемых сирот, потенциала развития семейных форм устройства, ожидаемой динамики численности всего детского населения, а также квалификации персонала учреждений. Необходимо обобщить региональный

опыт адаптации существующих учреждений к новым условиям. Учреждения должны становиться более открытыми для общения с населением, внедряться в социум.

Еще одной важной проблемой, которую необходимо решить при организации социально-экономической поддержке приемных семей - это совершенствование системы показателей жизнеустройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (с этой проблемой мы столкнулись и при подборе статистического материала для нашего исследования). В соответствии с этим, на региональном уровне должна быть создана единая система сбора сведений о выявлении и устройстве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Необходимо совершенствовать систему показателей статистических данных о выявлении и устройстве детей, оставшихся без попечения родителей, методики сбора данных. Оценки масштабов сиротства, публикуемые Росстатом и Минобрнауки России, имеют расхождения, так как методологические вопросы организации сбора статистических данных о выявлении и устройстве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, до конца не решены.

Предложенные нами рекомендации являются минимальными и нуждаются в расширении для создания системы социально-экономической поддержки приемных семей на региональном и муниципальном уровне. Однако даже самые минимальные поощрения приемных семей будут иметь социальный и экономический эффекты. Социальный эффект деятельности приемных семей заключается в приобщении детей к семейным ценностям, повышении их готовности к самостоятельной жизни, расширении социальных связей ребенка, уменьшении возможных социальных рисков (преступности, бедности, наркомании). Экономический эффект от увеличения числа приемных семей проявляется в уменьшении затрат на содержание зданий, оборудования, коммунальные платежи государственных учреждений для детей-сирот, снижения расходов на содержание административного и обслуживающего персонала, создание дополнительных рабочих мест. В этой сфере социального устройства нашлось бы место и медицинской сестре-бакалавру.

### **Литература:**

1. <http://family-advisor.ru/deti-i-roditeli/priemnye-roditeli/>
2. Бессчетнова О.В. Приемная семья как объект государственной семейной политики (опыт регионов) // Власть. 2011. № 6. С. 77-80
3. Николаева Е.И., Япарова О.Г. Ребенок свой и чужой. Ребенок в родной и приемной семье: проблемы и их решение. - Учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению 050700.62. Педагогика. М.: ООО «ЭЛПИС». 2013. 286 с.
4. Павленок П.Д., Руднева М.Я. Технологии социальной работы с различными группами населения - М.: ИНФРА-М, 2009. 272 с.

5. Усыновление в Архангельской области: Интернет-проект Правительства Архангельской области [Электронный ресурс] - Режим доступа <http://oreka29.ru/>
6. Число детей, переданных на семейные формы устройства, в разрезе по субъектам Российской Федерации [Электронный ресурс] - Режим доступа <http://www.usynovite.ru/>

## ***К ВОПРОСУ О ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ***

***Попов М.В.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г.Архангельск***

Врачебная тайна – это обязанность врача не разглашать сведения о больном без его согласия. С давних времен, когда началась зарождаться медицина как вид деятельности, требующий ответственности за совершенные лечебные манипуляции, начала существовать врачебная тайна. Еще в клятве Гиппократов говорится, «...что бы при лечении я ни увидел или услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

Если речь идет о заболевании, связанном с интимной жизнью больной (женские болезни, психиатрические нарушения, пороки развития и т.д.), то обязанность врача не разглашать такие сведения. Но обязанность врача соблюдать врачебную тайну отпадает, если это противоречит интересам общества. Так, врач обязан сообщить о выявленных им случаях инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих обязательной регистрации, привлекать больных к принудительному лечению в тех случаях, когда это предусмотрено законом, давать сведения о больном по требованию органов суда и следствия.

Под врачебной тайной четко понимается информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (статья 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»). Они являются тайной вне зависимости от формы обращения человека к врачам и его результатов. Также в силу особенностей самой врачебной деятельности врачебная тайна – важнейшее понятие деонтологии как учения о принципах поведения медицинского персонала в общении с больным и его родственниками. Медицинская деонтология учит тому, что в ряду иных специалистов врач особенно часто оказывается обладателем наиболее сокровенных, интимных сведений, получаемых от больных. Такая информация о сокровенных мыслях и переживаниях больного оказывается наиболее исчерпывающей и точной, а следовательно, и ценной для врача тогда, когда больной убежден в доверительном характере своих сообще-

ний и сохранении излагаемых сведений в глубокой тайне, т.е. в строгом сохранении профессиональной тайны. Не случайным является то, что доверие к врачу пропагандировалось еще в древние времена. Индийская пословица хорошо раскрывает это: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача – никогда».

Однако специфика врачебной тайны состоит в том, что ее сохранность гарантируется законодательно, так же, как и законодательно обеспечивается путем установления определенных запретов и юридической ответственности за ее разглашение. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений, но при этом не имеет значения наличие или отсутствие просьбы пациента об этом (то есть сам по себе белый халат - гарантия). Обязанность ее сохранения не прекращается и со смертью пациента. Следует обратить особое внимание из этого на то, что не все сведения, полученные от больного являются тайной, поэтому врач должен критически оценивать их. Нарушение врачебной тайны – это разглашение ее хотя бы одному лицу, умышленное или неосторожное. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

Только с письменного согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам и должностным лицам в интересах обследования и лечения больного для реализации прав и законных интересов, проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и иных целях. При этом следует не разглашать паспортные данные, сообщать минимум сведений, способствующих узнаванию человека. Необходимый обмен информацией в ходе оказания специалистами медицинской помощи не рассматривается как нарушение врачебной тайны.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими работниками (врачами, медсестрами, акушерками, лаборантами и др.) с учетом причиненного гражданину ущерба, несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством.

Разглашение врачебной тайны может происходить с согласия пациента или его законного представителя, которое оформляется письменно во избежание недопонимания и для обеспечения правовой безопасности медицинской организации, заверив это подписью пациента. Законными представителями могут быть: родители, усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставляется законом.

Врач в каждом случае должен быть готов дать и перед больным и перед своей собственной совестью исчерпывающий ответ, какие у него были основания нарушения тайны, вверенной ему больным. В прошлом остались времена, когда вопрос о сохранении врачебной тайны определялся только совестью врача. Врачебная тайна – одна из важных сторон частной жизни человека. Тайна – это прежде всего информация, но это не просто информация, а информация с ограниченным доступом. В настоящее время на защите права пациента на врачебную тайну твердо стоит законодательство и, продвинутое в юридическом плане пациенты, им пользуются. За нарушение режима врачебной тайны предусмотрена дисциплинарная, гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

Носителем и хранителем врачебной тайны является любой врач, давший клятву Гиппократу «хранить врачебную тайну». Кроме врачей это могут быть работники органов здравоохранения, страховых медицинских организаций, правоохранительных и других органов. Они также с учетом причиненного гражданину ущерба несут ответственность за разглашение врачебной тайны, установленную законом.

Следует отметить, что в наше время очень много тонкостей и нюансов в законодательстве, связанном с врачебной тайной, но все же допускаются ошибки врачей и имеется большое количество судебных дел из-за этого, но есть тенденция к их снижению, так как врачи, боясь потерять доверие и престиж, стали допускать меньше ошибок, что дает уверенность в том, что врачебная тайна будет сохраняться соответственно законодательству.

#### **Литература:**

1. Аргунова Ю.Н. Врачебная тайна, М.2014. 288 с.
2. Гусева С.Н. Этический кодекс врача.М. 2012. 104 с.
3. Романова Г.В. Этические основы врачевания. М. 2009. 180 с.

### ***ИНДИВИД, ДИВИД, ПЕРСОНА: ПРОБЛЕМА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЕКТЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЕ<sup>2</sup>***

***Попова О.В.***

***Институт философии РАН, сектор гуманитарных экспертиз и биоэтики***

Современная биотехнологическая революция принесла человечеству новые способы воздействия на биологию человека, новый способ конструирования биологической реальности – с помощью биомедицинских технологий. Воздействие на человека стало осуществляться на клеточном, молекулярном, генетическом уровне. Возникло представление о своего рода лабильности человеческой

---

<sup>2</sup>Тезисы подготовлены при финансовой поддержке фонда РФФИ, проект № 15-03-00822 (а).

природы: ее стали модифицировать в различных вариациях, конструируя новые образы биологической реальности. При этом огромную роль в этом стали играть хранящиеся в биобанках биологические материалы.

Биомедицинская революция вступила в конвергенцию с информационной революцией. Современные научные исследования оказываются невозможными без создания информационных баз данных. Биобанки, включающие огромное количество образцов биологического материала, все еще имеют дело с частями и фрагментами человеческого тела. За каждым из них стоит донор (слюны, крови и т.д.), от которого отторгается частичка его материи. В то же время информационные базы данных, даже если они расположены, при существующих биобанках, имеют дело не с телесностью как таковой, но с ее информационной репрезентацией, Тело, таким образом, виртуализируется.

Создание цифровых баз данных стало неотъемлемой частью и одной из главных целей проведения исследований для геномики, биоинформатики, телемедицины и др. областей знания. Базы данных постепенно становятся все более тесно связанными между собой, способствуя образованию сети цифровых репрезентаций человеческих тел.

Биотехнологическая и информационная революции могут считаться важнейшими предпосылками становления новой парадигмы медицины – персонализированной (индивидуализированной) медицины. Ее появление стало возможным благодаря объединению биомедицинских (генетических) и информационных технологий. Характерной чертой развития персонализированной медицины стала ориентация на учет индивидуальных (генетических) особенностей организма с целью формирования персонализированной (индивидуализированной) профилактики и лечения.

Важнейшим результатом развития персонализированной медицины стало прежде всего появление таргетных препаратов в онкологии, направленных на лечение определенных групп больных, позволяющих учитывать генетический профиль пациента, то есть его индивидуальные особенности, что позволяет минимизировать побочные риски их применения.

Развитие персонализированной медицины интересно не только своими многообещающими успехами в области биомедицины, но и особой недостаточно осмысленной тенденцией формирования особых представлений о человеке и его идентичности, а также проблематизацией таких важнейших понятий, как индивид, личность (персона). Персонализированная медицина имеет дело не столько с отдельным человеком как с некоей единичностью, и тем более личностью (несмотря на влияние понятия «персоны», личности на концепт персонализированной медицины), но с человеком, индивидом как стандартизированной биологи-

ческой реальностью, которую можно соотнести на основании тех или иных генетических характеристик с той или иной подгруппой индивидов. С целью прояснения вопроса о том, какого рода индивид (персона) лежат в основании проекта индивидуализированной (персонализированной) медицины, целесообразно рассмотреть ряд выработанных в современной философии и биомедицинской практике понятий.

**Человек-на-чипе.** Идея биочипа первоначально состояла в том, чтобы объединить несколько типов клеток человека на каких-либо устройствах, чтобы смоделировать различные органы человека. Сейчас же речь идет о том, чтобы объединить на одном чипе клетки, моделирующие разные органы человека, то есть создать мультиорганый чип, или «человека на чипе».

Сама технология предстает в качестве проекта гуманной направленности, ее действие основано на персонализированном подходе к пациенту или группе пациентов, подгонке лекарства именно под его телесность, а не под среднестатистического больного  $X$ , являющегося математической конструкцией, но не живым индивидом. В этом отношении технология «человек-на-чипе» предстает как идеальная модель человека как испытуемого, как безличного, не сопротивляющегося объекта, не испытывающего боли и страданий, и серьезных последствий от побочных эффектов действия препарата и при этом предоставляющего науке релевантные результаты. Именно поэтому с технологией «человек-на-чипе» связаны надежды на обретение альтернативы клиническим испытаниям.

Виртуальный «человек на чипе», состоящий из конвейера различных органов, связанных между собой жидкостной средой, имитирующей субстанции человеческого тела, являя собой пример успеха инженерной мысли, одновременно наталкивает на мысль об успешности проекта человека-артефакта. С одной стороны, его назначение состоит в воссоздании достаточной функциональности для получения более точных прогнозов относительно рисков применения тех или иных лекарственных препаратов, с другой, речь идет о создании персонифицированных чипов, индивидуальных артефактов, если можно так выразиться, биотехнологических аватаров, позволяющих заместить живое чувствующее тело искусственными аналогами, «голой жизнью», о которой шла речь выше, для осуществления различных биомедицинских манипуляций. Кроме того, технологии «человека-на-чипе» могут позволить воссоздавать на чипах коллективные тела, размещать на них клетки представителей тех или иных наций и, тем самым, в человеческой популяции оценивать национально обусловленные специфические побочные реакции на лекарства, обусловленные генетическими различиями.

Чип интересен не только своими функциями, безусловно, важными для развития биомедицины и ее гуманизации. Технология «человек-на-чипе» для

широкой публики выступает еще и олицетворением игры воображения, творческой мощи бессознательного адептов синтетической биологии, конструирующих несуществующие в природе биологические системы на основе объединения научного знания и инженерии, экспериментирующих с жизнью и смертью. Такое отношение вырабатывается в научно-популярной прессе, где самой технологии присваиваются такие звучные названия, как «гомункул-человек на стекле», «живой киборг для опытов» и др. [1].

**Человек - «дивид».** Формирование персонализированной медицины происходило в русле постепенного развития методов контроля над индивидом, и, в частности, над его здоровьем. Уже в 19-м веке можно было говорить о непрерывном воздействии на человеческое тело различных дисциплинарных пространств (школы, больницы, тюрьмы), прекрасно исследованных М. Фуко. Дисциплинарное общество не было заинтересовано в уникальности личности, в нем человек важен был прежде всего, как элемент серии, элементы которой выполняют общественно полезную функцию лишь в своей совокупности.

Ж. Делез, отталкиваясь от идей М. Фуко, писал, что дисциплинарные общества, имея в распоряжении два полюса: личную подпись «которая относится к индивидуальности и номер или (номер документа), который указывает его (или ее) позицию в массе», указывает, что причина этой двойственности кроется в отсутствии противоречия между двумя модальностями: «власть одновременно и индивидуализирует и запрессовывает в массу, т.е. собирает подвластную субстанцию в единое тело, которым управляет, и вместе с тем отливает в законченную форму каждый индивидуальный фрагмент этого тела» [1]. В отличие от дисциплинарного общества современная форма общественного устройства, которая удачно названа Ж. Делезом, «обществом контроля», функционирует на языке кода (то есть не подписи и не номера). Код замещает собой личную подпись – след индивидуума, он столь же уникален, сколь и безличен: «Индивидуумы становятся "дивидуумами", а массы — сэмплами, данными, рынками и "банками"» [1].

Действительно код и знание, построенное на коде, теперь формируют жизненный мир. Открытие генетического кода способствует еще большему углублению самопонимания человека сквозь призму информационного подхода.

Человеческая идентичность раскрывается преимущественно в информационном аспекте. С генов считывается личность. Однако и в широком научно-культурном плане происходит сближение генетики и других дисциплин. Генетический код рассматривается как прототип других сигнальных систем, подводит к мысли о том, что мир и сущность жизни могут быть описаны с единой кибернетической точки зрения. Человек становится заложником генетической детерми-

нации. Генетическое «прочтение» человека может трансформироваться в евгеническое, вследствие чего сложность такой высокоорганизованной системы, как «человек» способна объясняться на очень примитивном уровне (вспомним, например, о расистских теориях наследственности). В то же время генетический микроуровень может наделяться характеристиками, которые изначально приписывались сложному человеческому поведению. Возникает новый мифический мир, где в борьбу за жизнь человека вступают «эгоистичные» и «преступные гены», прогностические данные скринингов, мифы о ГМО и т.д.

Банки биологических данных становятся еще одной формой заключения и контроля над человеком. Речь идет о контроле над биоматериалами и связанной с ними информацией, а также возможности распоряжения ими. Сенсibilизированное этическими проблемами развития биотехнологий западное общество уже просматривает в технологии «человек-на-чипе», с одной стороны, опасность нарушения прав собственности на биоматериалы, используемые в процессе массового применения биочипов для разработки лекарственных средств (источником клеток для биочипов могут быть госпитали, продающие биоматериалы без информированного согласия их донора), испытания токсичности химических веществ в доступных микролабораториях с последующим их использованием в военных целях и др.

Все выше перечисленные тенденции, демонстрирующие особый расклад стратегий современной власти, концентрируются не только в локальных пространствах биобанков, лабораторий, исследовательских центров, в целом, но и затрагивает коммуникативный уровень реализации проекта персонализированной медицины. Как пишет Ж. Делез, «в медицинской системе вводится новая модель "без доктора и пациента", которая оставляет больного человека наедине с самим собой и математическими показателями медицинских аппаратов, так что лечение производится исключительно на страх и риск самого больного, рассматриваемого не как сочетание индивидуальности и номера, но как "дивидуальный" кодовый материал, подлежащий контролю» [1].

Внедряющийся в наше время дистанционный мониторинг и скрининг больных, удаленная диагностика и генетическое консультирование действительно уделяют личности больного все меньше внимания, технически опосредуя его отношения с миром медицины, как и с миром вообще.

### **Литература.**

1. Делез, Жиль. Post Scriptum к обществам контроля // Делез Ж. Переговоры. СПб.: Наука, 2004.
2. Сотскова М. Кавкарадзе В. Гомункул - человек на стекле // Популярная механика. 2015. № 1. С. 34 -38.

## **ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ГОЛОДОВКИ КАК ФОРМЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОСУЖДЕННЫХ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

*Прохоров Д.В.<sup>1</sup>, Панасик В.П.<sup>1</sup>, Санников А.Л.<sup>2</sup>, Мордовский Э.А.<sup>2</sup>*

*1 - ФКУЗ МСЧ – 29 ФСИН России*

*2 – ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск*

По данным Международного центра тюремных исследований (ICPS) в конце 2016 г. в пенитенциарных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) находилось более 626 тыс. чел. [11]. В рейтинге стран мира по относительному числу заключенных Россия с 2011 года спустилась с четвертого места на девятое (в 2016 г. - 433 на 100 тыс. населения), что, по мнению экспертов, явилось следствием либерализации уголовного законодательства, а также улучшения социально-экономической ситуации в стране [2,12].

Несмотря на позитивные тенденции в реформировании национальной пенитенциарной системы, отбывающие наказание остаются подверженными воздействию комплекса факторов риска индивидуальному здоровью. Так, среди спецконтингента традиционно отмечается относительно высокая распространенность девиантных форм поведения (потребление психоактивных веществ, в т.ч. алкоголя, табака и наркотиков) [1,3,4]. Более того, социальная изоляция и особая субкультура учреждений закрытого типа снижают адаптивные возможности поведения заключенных, что в ряде случаев приводит к манифестации психических расстройств, в т.ч. в форме эпизодов аутоагрессии [7].

Несмотря на то, что, причины, побудившие осужденных прибегнуть к аутоагрессии, являются преимущественно социально-психологическими, их последующем лечением и реабилитацией вынуждены заниматься медицинские работники. Вместе с тем, причинившие вред своему здоровью заключенные зачастую препятствуют выполнению надлежащих медицинских вмешательств, а в ряде случаев – готовы совершать суицидальные действия [5]. В этой связи соблюдение сотрудниками ФСИН этико-правовых норм работы с осужденными – аутоагрессантами приобретает особую важность.

Одной из распространенных форм аутоагрессивного поведения заключенных в России остается голодовка - сознательный отказ от принятия пищи, призванный вызвать у окружающих чувство вины за происходящее. Действия сотрудников ФСИН, в т.ч. медицинских работников, в случае объявления осужденным голодовки изложены в разных нормативно-правовых актах. Так, Федеральный закон от 15.07.1995 N 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» предусматривает комплекс мер, в том

числе принудительного характера, направленный на поддержание здоровья подозреваемого или обвиняемого, отказывающегося от приема пищи, если его жизни угрожает опасность [9]. Пункт 4 ст. 101 Уголовно - исполнительного кодекса Российской Федерации (УИК РФ) в случаях отказа осужденного от приема пищи и возникновения угрозы его жизни допускает организацию принудительного питания осужденного [8]. Вместе с тем, подзаконные акты, регулирующие отношения организации принудительного питания, в нашей стране отсутствуют. Алгоритмы действий медицинских работников изложены лишь в отдельных авторских монографиях и статьях, которые, естественно, не могут являться источником права. Как следствие, многочисленные общественные организации, органы исполнительной власти, изучая случаи оказания медицинской помощи осужденным, объявившим голодовку, зачастую стараются найти нарушения требований действующего законодательства в действиях медиков, «забывая» об истинной (социально-психологической) природе данной формы аутоагрессивного поведения.

Оригинальный алгоритм действий медицинского работника при проведении процедуры принудительного питания подозреваемых, обвиняемых и осужденных, отвечающий этико-правовым требованиям, разработан сотрудниками Владимирского юридического института ФСИН России [5]. Его отличительными особенностями являются попытка учета требований действующего законодательства (напомним, что процедура является принудительной и инвазивной, т.е. может повлечь негативные последствия для здоровья заключенного), а также возможность контроля действий администрации исправительного учреждения со стороны надзорных органов. Авторами алгоритма действий раскрыты и этические проблемы действий медицинских работников системы ФСИН при организации принудительного питания подозреваемых, обвиняемых и осужденных, которая часто сопровождается активным сопротивлением человека даже при условии его жесткой фиксации. Вместе с тем, при разработке указанного метода не в полной мере учтен приоритет Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (в частности, п. 3 статьи 3 Закона предусматривает применение именно его норм охраны здоровья том случае, если положения иных нормативных актов им противоречат).

Вопрос о сроках начала принудительного питания подозреваемых, обвиняемых и осужденных после объявления голодовки так же остается, по сути, открытым. Известно, что десквамация и слущивание кишечного эпителия начинается уже на 3-и сутки после прекращения приема пищи. Следует ли приурочить начало процедуры к этому времени? В соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от

21.11.2011 N 323-ФЗ, необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства является получение информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя [10]. В соответствии с п. 9 ст. 20 Закона медицинское вмешательство может быть осуществлено без согласия гражданина при наличии одного из двух условий: если оно необходимо по экстренным показаниям, или пациент находится в состоянии, которое не позволяет выразить ему свою волю. Таким образом, действующее законодательство определяет не время начала оказания необходимой медицинской помощи (процедуры принудительного кормления), а, скорее, обстоятельство, - бессознательное состояние подозреваемого, обвиняемого или осужденного. Если предположить, что принудительное питание было проведено без согласия пациента, то после кормления ничто не мешает ему вызвать рвотный рефлекс. Из этого следует, что данная процедура должна сопровождаться достаточно длительной фиксацией. Однако, с этической точки зрения это есть ни что иное, как тонкая грань между медицинской помощью и пыткой.

В настоящее время в России отсутствуют официальные статистические данные о частоте применения процедуры принудительного питания в системе ФСИН. К счастью, сами подозреваемые, обвиняемые и осужденные редко доводят себя до угрожающего жизни состояния, и медицинские работники нечасто прибегают к этому методу. Однако, образовавшаяся правовая коллизия в указанном вопросе должна быть решена уже в ближайшее время. В противном случае ятрогенные повреждения, которые неизбежно могут возникнуть при выполнении процедуры принудительного питания, будут продолжать являться основанием для уголовного преследования самих медицинских работников.

### **Литература:**

1. Вязьмин А.М. Санников А.Л. Варакина Ж.Л. Особенности проявления суицидального поведения в Архангельской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 1. С. 14-17.
2. Куликов В. Засиделись. Тюремное население упало до минимума / В. Куликов // Российская газета. Федеральный выпуск, 2015. № 6633(62). URL: <http://www.rg.ru/2015/03/25/turmi.html> (дата проверки: 20.03.2017).
3. Малкин Д.А. Распространенность психических расстройств у осужденных и организация пенитенциарной психиатрической службы в разных странах. / Д.А. Малкин // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2014. № 6.- С. 24-31.
4. Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л., Тагаев С.С. Отягощенный алкогольный анамнез как ассоциированный фактор риска аутоагрессии у заключенных-рецидивистов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. Т. 11. № 3. С. 459-463.
5. Санников А.Л., Банникова Р.В., Малов Е.К. Отечественная пенитенциарная система – история, медико-социальные проблемы осужденных. Учебное пособие. Архангельск. 1997. С. 45-56.

6. Сорокин М.В., Сорокина О.Е. Обеспечение безопасности при организации принудительного кормления лиц, отказывающихся от приема пищи в исправительном учреждении // Политика, государство и право. 2015. № 11 (47). С. 3-7.
7. Сысоев, А.М. Психология аутоагрессивного поведения осужденных и его предупреждение. / А.М. Сысоев : автореф. дис... канд. психол. наук. Рязань, 2002. – С. 24.
8. "Уголовно - исполнительный кодекс Российской Федерации" от 08.01.1997 N 1 - ФЗ (в ред. ФЗ от 28.11.2015 № 358 – ФЗ, с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 15.11.2016 N 24-П).
9. Федеральный закон «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» от 15.07.1995 г. N 103-ФЗ (в ред. Федеральных законов от... 01.07.2010 N 132-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением Конституционного суда РФ от 25.10.2001 N 14-П).
10. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
11. ICPS. Prison Population Total. URL: [http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field\\_region\\_taxonomy\\_tid=All](http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field_region_taxonomy_tid=All) (дата проверки: 20.03.2017).
12. ICPS. Prison Population Rate. URL: [http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison\\_population\\_rate?field\\_region\\_taxonomy\\_tid=All](http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison_population_rate?field_region_taxonomy_tid=All) (дата проверки: 20.03.2017).

## ***АКТУАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ***

***Ревако П.П., Лебедева Т.Б., Ившин И.В.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»***

***Минздрава России, г.Архангельск***

В современной России профессиональная медицинская деятельность имеет обширную правовую регламентацию, регулируется большим количеством нормативно-правовых актов, относящихся как непосредственно к отрасли здравоохранительного законодательства, так и входящих в состав других отраслей законодательства. Основным отраслевым законом, закрепляющим принципы правового регулирования и регламентирующим наиболее важные отношения в рассматриваемой сфере является Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которым, в частности, определены права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья (глава 4), права и обязанности медицинских работников (глава 9), закреплены принципы юридической ответственности за причинение вреда жизни и/или здоровью при оказании гражданам медицинской помощи (глава 13) [1]. Вместе с тем, вопросы, касающиеся применения конкретных видов юридической ответственности и правовой процедуры, относятся к компетенции уголовного, административного, гражданского, трудового законодательства, а также соответствующих процессуальных отраслей права.

Современная профессиональная врачебная деятельность сопряжена с риском наступления юридической ответственности в случае причинения вреда жизни или здоровью пациентов при оказании медицинской помощи. Проблема ответственности медицинских работников является одной из острых и дискуссионных проблем современной медицины и права. Многие аспекты этой проблемы остаются недостаточно разработанными, а кардинально изменившееся в последние годы законодательство требует пересмотра ряда прежних взглядов [2].

Следует отметить, что медицинская услуга в корне отличается от других профессиональных услуг, поскольку ориентирована на особые блага – жизнь и здоровье человека. Отличительной чертой ее является рискованность. Любое вмешательство в процессы жизнедеятельности человека сопровождается определенной степенью врачебного риска, и если этот риск обоснован, то даже в случае причинения вреда здоровью пациента, такое вмешательство не будет признано преступлением. В соответствии с Уголовным кодексом Российской Федерации к обстоятельством, исключающим преступность деяния, в частности относятся крайняя необходимость и обоснованный риск [3]. Разновидностью последнего является медицинский риск, который возможен при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов. Вопрос о правомерности и обоснованности рискованных действий, как правило, возникает при неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи [4].

Тема юридической ответственности врача за свои профессиональные правонарушения очень широкая. Сюда относится уголовная, гражданско-правовая, административная, дисциплинарная, материальная ответственность. На практике в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента врачи чаще всего сталкиваются в уголовной и гражданско-правовой ответственностью.

Под преступлением на сухом языке Уголовного кодекса Российской Федерации понимается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное уголовным законом под угрозой наказания [4]. Прежде всего, любое преступление совершается виновно. Виновным в совершении преступления может быть признано лицо, совершившее его как умышленно, так и по неосторожности. При этом весьма актуальной для медицинской практики является проблема невиновного причинения вреда, поскольку специфика и сложность различных видов медицинской деятельности часто переплетаются с объективным несовершенством как научных знаний, так и практических разработок [5]. Общественно опасным признается такое деяние, которое причиняет или создает возможность причинения ущерба объектам, охраняемым уголовным законодательством, в нашем случае - здоровью и жизни пациента. А если учесть, что этот самый ущерб может создаваться как действием, так и бездействием, то под уголовное право

легко попадает практически вся профессиональная деятельность медика, так как именно от врача напрямую зависят жизнь и здоровье пациента.

В соответствии со статьей 150 Гражданского кодекса Российской Федерации жизнь и здоровье гражданина относятся к нематериальным благам и подлежат защите в соответствии с законом [6]. Врачебная деятельность, особенно связанная с инвазивными методами диагностики и лечения, всегда связана с риском наступления гражданско-правовой ответственности. Особую значимость данная проблема приобрела в последнее время, когда наряду с уголовной и административной ответственностью все большее место отводится «материальному компоненту» – имущественной ответственности в виде выплат денежной компенсации причиненного вреда пострадавшему больному или его родственникам. Нередко в таких случаях заложниками ситуации становятся медицинские работники, не имеющие достаточной правовой подготовки и финансовых возможностей для оплаты высококвалифицированной юридической помощи. При этом судебная практика по данной категории дела не отличается единообразием, встречаются случаи вынесения необоснованных судебных решений, в основе которых нередко лежат противоречивые заключения судебных экспертиз, что вызывает острые дискуссии среди юристов и представителей медицинской науки [7].

В настоящее время значительное количество «врачебных дел» рассматривается в порядке гражданского судопроизводства. При этом иски от пострадавших пациентов предъявляются не к врачу, а к организации-работодателю, которая выступает в процессе в качестве ответчика. Однако в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации организация может взыскать в регрессном порядке сумму причиненного ей ущерба с допустившего дефект при оказании медицинской помощи медицинского работника. В соответствующих случаях размеры взыскания ограничены пределами среднего месячного заработка работника. Случаи полной материальной ответственности прямо предусмотрены законом (статья 243 ТК РФ). В таких случаях работник обязан возместить работодателю прямой действительный ущерб в полном размере [8].

Судебная практика по «врачебным делам» свидетельствует о том, что нередко суды принимают решения, по которым лечащие врачи признаются виновными в причинении вреда здоровью пациентов и даже в смерти больных, когда их причиной является не ятрогенное повреждение, а тяжелое исходное заболевание (состояние), то есть когда со стороны врача не допущено каких-либо противоправных вредоносных действий.

Имеется ли выход из этой ситуации? Очевидно, что назрела необходимость в практическом воплощении двух моментов, которые существуют во всем цивилизованном мире. Во-первых, это – четкое и единообразное определение понятия

«врачебной ошибки», которое у нас до настоящего времени отсутствует. Во-вторых, это – введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Следует отметить, что в Государственной Думе Российской Федерации уже достаточно длительное время находится без движения целый пакет законопроектов, призванных внести ясность в столь непростые взаимоотношения врача и пациента. Однако, до тех пор пока обозначенные вопросы не решены, врачи в правовом смысле остаются недостаточно защищёнными.

### **Литература:**

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2011. №48. Ст. 6724.
2. Пашинян Г.А. Ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей: проблемы теории и правоприменительная практика / Г.А. Пашинян, И.В. Ившин // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. члена-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 71 – 75.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1996. №25. Ст. 2954.
4. Епифанова Е.В., Цыганова О.А., Ившин И.В., Мартынов Е.А. Гражданско-правовая и уголовно-правовая ответственность в медицине. М.: Юрлитинформ, 2011.
5. Ившин И.В. О невиновном причинении вреда в медицинской практике // Правовые и этические основы медицинской деятельности: международное измерение и национальные традиции. Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2004. С. 84 – 87.
6. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ. // Собрание законодательства РФ. 1994. №32. Ст. 3301.
7. Цыганова О.А., Светличная Т.Г., Ившин И.В. Российская судебная практика по разрешению дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи // Заместитель главного врача. 2008. №1. С. 82 – 88.
8. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2002. №1 (Ч. 1). Ст. 3.

### ***«OFF-LABEL ТЕРАПИЯ» В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ*** ***Ревта А.М<sup>1</sup>, Цыганова О.А<sup>2</sup>, Усынина А.А. <sup>2</sup>***

***<sup>1</sup>ГАУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая больница»,  
Архангельск***

***<sup>2</sup>Северный государственный медицинский университет, Архангельск***

Главными требованиями, предъявляемыми к лекарственным средствам (ЛС), являются их безопасность и эффективность. Особенно остро проблема безопасности ЛС стоит в педиатрической практике. Лишь небольшая доля из зарегистрированных ЛС разрешена к применению у детей и еще меньшая - у новорожденных и детей раннего возраста. Возрастные ограничения применения ЛС

в педиатрической практике обусловлены отсутствием клинических исследований в детской популяции. Такие исследования жестко лимитированы, длительны и затратны [16]. Как результат - малое количество разрешенных детских ЛС и трудности дозирования препаратов, что, в свою очередь, привело к частому использованию в педиатрической практике ЛС с разного рода нарушениями инструкций (т.н. «off-label use of drugs»): по показанию, в лекарственной форме, режиме дозирования, возрасту [14].

Выделяют следующие разновидности «off-label» терапии у детей [4, 5]: использование ЛС у детей в возрасте, официально не разрешенным в инструкции; назначения ЛС по незарегистрированным показаниям; использование ЛС при наличии противопоказаний к применению; использование ЛС в дозах, отличных от указанных в показаниях к медицинскому применению, нарушение кратности и длительности применения; назначение неблагоприятных комбинаций ЛС и назначение ЛС по незарегистрированному пути введения.

Проблема «off-label терапии» у детей существует во всем мире. По данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, для 75% детских заболеваний не существует специальных педиатрических ЛС [11]. Две трети ЛС, используемых для лечения детей в нашей стране, и до 50% в Европе не изучены в клинических исследованиях в данной популяции и не утверждены к применению в педиатрической практике [3, 8]. Проблема «off-label терапии» актуальна и для детских офтальмологов. У детей, особенно раннего возраста, разрешен к применению крайне скудный арсенал местных форм ЛС (капли и мази).

Цель работы: исследовать и систематизировать показания и возрастные ограничения к применению местных ЛС (глазные капли и мази) в педиатрической офтальмологической практике.

Нами изучены инструкции к ЛС (глазные капли и мази), доступным для использования в детской офтальмологической практике. Проведено разделение спектра ЛС на несколько фармакологических групп согласно показаниям к их применению с учетом возрастных ограничений.

В таблице 1 приведены основные группы ЛС (капли и мази), используемых в настоящее время в отечественной педиатрической офтальмологической практике, с информацией о возрастных ограничениях их применения.

Действующая в РФ нормативная база регламентирует назначение ЛС, зарегистрированного на территории РФ, в соответствии с инструкцией по его применению [9, 10]. В отличие от законодательства ЕС и США, где назначение лекарственных препаратов «off-label» не запрещено [13, 15], и ответственность за данное назначение возложена на лечащего врача, в РФ такое назначение возможно лишь по жизненным показаниям и в строго регламентированных видах медицинских организаций [6].

Таблица 1

Перечень основных ЛС, разрешенных в детской офтальмологической  
практике

Коммерческое наименование препарата	Фирма производитель	Возраст ребенка
<b>Антибактериальная и противомикробная терапия</b>		
Азидроп 0,15%	Thea	с 0 лет
Витабакт 0,05%	Thea	с 0 лет
Фуцитальмик 1%	Leo Pharma	с 0 лет
Сульфацил-натрия 20%	Синтез	с 0 лет
Эритромициновая мазь 1%	Татхимфармпрепараты	с 0 лет
Левомецетин 0,25%	Лекко	с одного месяца
Тобрисс 0,3%	Sentiss	с 2-х месяцев
Тобрекс 2х	Alcon	с 1 года
Л-оптик 0,5%	Rompharm	с 1 года
Офтаквикс 0,5%	Santen	с 1 года
Сигницеф 0,5%	Sentiss	с 1 года
Данцил 0,3%	Sentiss	с 1 года
Вигамокс 0,5%	Alcon	с 1 года
Максифлокс 0,5%	Rompharm	с 1 года
Зимар 0,5%	Allergan	с 1 года
Офтоципро 0,3% (мазь)	Татхимфармпрепараты	с 2-х лет
Неттацин 0,3% (капли)	SIFI	с 3-х лет
Окомистин 0,01%	ПАО Фармак	с 3-х лет
Тетрациклиновая мазь 1%	Татхимфармпрепараты	с 8 лет
Офлоксацин мазь 0,3%	Синтез	с 15 лет
<b>Мидриатики</b>		
Мидриацил 0,5%	Alcon	с 0 лет
Мидриацил 1%	Alcon	с 6 лет
Атропина сульфат 0,1%	ФГУП МЭЗ	с осторожностью до 3 лет
Цикломед 1%	Sentiss	с осторожностью до 3 лет
Ирифрин 2,5%	Sentiss	с 0 лет (кроме недоношенных с пониженной массой тела)
Тропикамид 0,5 и 1%	Rompharm	с 1 года
Циклоптик 1%	Rompharm	с 3-х лет
<b>Противовоспалительные</b>		
Гидрокортизон мазь 1%	Ursapharm	с 1 года
Дексаметазон 0,1%	Rompharm	с 12 лет
<b>Противовирусные</b>		
Офтальмоферон	ЗАО Фирн М	с 0 лет
Зирган 0,15%	Santen	с 12 лет
<b>Гипотензивные</b>		
Трусопт 2%	MSD	со 2-й недели жизни
Ксалатан 0,005%	Pfizer	с 1 года
Пролатан 0,005%	Sentiss	с 1 года
Глаупрост 0,005%	Rompharm	с 1 года
Альфаган 0,15%	Allergan	с 2-х лет
Люксфен 0,2%	Bausch+Lomb	с 2-х лет

Тимолол 0,25%	Rompharm	с 10 лет
Тимогель 0,1%	Santen	с 12 лет
<b>Противоаллергические</b>		
Полинадим	Синтез	с 2-х лет
Сперсаллерг	CIBA Vision	с 2-х лет
Кромогексал 2%	Hexal	с 2-х лет
Опатанол 0,1%	Alcon	с 3-х лет
Визаллергол 0,2%	Sentiss	с 4-х лет
Кром-Аллерг 2%	Rompharm	с 4-х лет
Лекролин 0,02%	Santen	с 4-х лет
Аллергодил 0,05%	Allergan	с 4-х лет
Задитен 0,025%	Novartis	с 12 лет
<b>Слезозаменители</b>		
Хилопарин-комод	Ursapharm	с 0 лет
Солкосерил гель	Solco Switzerland	с 1 года

Так, в случае необходимости индивидуального применения по жизненным показаниям лекарственного средства, не зарегистрированного на территории РФ, решение о назначении указанного препарата принимается консилиумом федеральной специализированной медицинской организации, оформляется протоколом и подписывается главным врачом или директором федеральной специализированной медицинской организации [6]. Ввоз в страну таких препаратов возможен в строго ограниченном количестве случаев. При этом незарегистрированные лекарственные средства для назначения по жизненным показаниям ввозятся с разрешения, выданного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [7]. Основной причиной такого положения дел является разница в подходах к требованиям проведения клинических испытаний. Законодательство США обязывает фармацевтические компании проводить клинические испытания лекарственных препаратов у детей в случаях планирования их дальнейшего назначения данной категории пациентов [1], тогда как российской законодательство не обязывает, а рекомендует проведение такого рода клинических испытаний в случаях, «если такое исследование необходимо для укрепления здоровья детей или профилактики инфекционных заболеваний в детском возрасте, либо если его целью является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного препарата для лечения детей» [9].

В нашем исследовании все перечисленные в таблице 1 ЛС зарегистрированы на территории РФ и входят в отечественные стандарты (при отсутствии таковых – в клинические рекомендации) по лечению офтальмологических заболеваний. Вместе с тем заявленные в инструкциях к ЛС возрастные ограничения являются наиболее распространенным фактором, препятствующим их законному использованию в педиатрической практике и обуславливающим их «off-label» применение. Лишь единичные ЛС могут быть рекомендованы новорожденным и детям грудного возраста. Нередко один и тот же препарат от разных

производителей имеет разные возрастные ограничения. Многие препараты не имеют в инструкции сведений о возрастных ограничениях, или инструкции написаны с оговорками, такими как «возможно», «с осторожностью», «не противопоказаны», «если ожидаемый эффект не превышает риск» и т.д.

Существуют разные подходы к решению проблемы «off-label терапии». В Германии, например, врачебным сообществом вместе с производителями ЛС были выработаны следующие критерии, определяющие возможность применения «off-label терапии» [12]: наличие у пациента тяжелого, угрожающего жизни или длительное время нарушающего качество жизни заболевания; отсутствие специфических средств лечения заболевания, по поводу которого назначается препарат с нарушением предписания инструкции; когда научные данные дают основание предположить, что с данным препаратом может быть достигнут эффект у данного пациента. В Российской детской клинической больнице внутренние приказы по учреждению определяют возможность «off-label терапии» при предоставлении врачом письменного аргументированного обоснования назначения в медицинской документации, из которого должно убедительно следовать, что назначение данного ЛС является необходимым, а разрешенная альтернатива отсутствует. Также необходимо заключение консилиума с участием профильных специалистов и клинического фармаколога или врачебной комиссии с участием представителя администрации. По результатам консилиума составляется служебная записка на имя главного врача или его заместителя по медицинской части. Должно быть получено письменное информированное согласие законного представителя пациента [2]. Следует отметить, что оба описанных выше подхода к «off-label терапии» не соответствуют существующей в РФ законодательной базе.

Таким образом, «off-label терапия» включенными в данное исследование ЛС, является в настоящее время терапией, не регламентированной законодательством РФ. Создание эффективных и безопасных ЛС, предназначенных и разрешенных к применению у детей, возможно в будущем только в результате крупных клинических исследований в данной возрастной группе [2]. До этого, назначая «off-label терапию», детский офтальмолог, как и любой другой врач, практикующий в РФ, должен понимать риск такого лечения как для пациента, так и себя, как специалиста, в случае возникновения конфликтных ситуаций.

### **Литература:**

1. Грацианская А.Н., Бологов А.А., Костылева М.Н., Постников С.С. Проблема «off-label» назначений в педиатрическом стационаре: опыт РДКБ // Детская больница. 2012. №4. С.42-45.
2. Грацианская А.Н., Костылева М.Н., Постников С.С., Белоусов Ю.Б. Опыт «off-label» назначений в педиатрическом стационаре // Лечебное дело. 2014. №2. С. 4-7.

3. Дроговоз С.М., Щекина Е.Г. Проблемы педиатрии: безопасные лекарства детям // Провизор. 2008. №13-14. С. 12-14.
4. Зырянов С. К., Белоусов Ю. Б. Использование лекарств в педиатрии: есть ли проблемы? // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2011. № 2. С. 37–41.
5. Кутехова Г.В., Лепяхин В.К., Романов Б.К. Выявление назначения лекарственных средств с нарушениями предписаний инструкции (off-label) в педиатрической практике // Ведомости НИЦЭСМП. 2012. №3. С. 23-27.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 09.08.2005 г. № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям» // <http://www.consultant.ru>
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.08.2012 г. № 58н «Об утверждении Административного регламента МЗ РФ по предоставлению государственной услуги по выдаче разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации конкретной партии зарегистрированных и (или) незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения клинических исследований лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения экспертизы лекарственных средств в целях осуществления государственной регистрации лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента".
8. Титова А.Р., Асецкая И.Л., Зырянов С.К., Поливанов В.А. Нерегламентированное (off-label) применение лекарственных препаратов в педиатрической практике: нерешенные проблемы // Педиатрическая фармакология. 2015. №3. С. 304-308.
9. Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // <http://www.consultant.ru>
10. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // <http://www.consultant.ru>
11. Aschenbrenner D.S., Venable S.J. Drug Therapy in Nursing, 2009. 3rd ed. 1270 p.
12. Ditsch N., Kümper C., Summerer-Moustaki M., Rückert S., Toth B., Lenhard M., Strauss M.A. Off-label use in Germany – a current appraisal of gynaecologic university departments // Eur. J. Med. Res. 2011, Jan. 27. №16(1). P. 7–12.
13. General Medical Council. Good practice in prescribing and managing medicines and devices. London. 2013. URL: [http://www.gmc-uk.org/Good\\_practice\\_in\\_prescribing.pdf\\_58834768.pdf](http://www.gmc-uk.org/Good_practice_in_prescribing.pdf_58834768.pdf)
14. Randall S. Stafford R.S. Regulating Off-Label Drug Use — Rethinking the Role of the FDA // New England Journal of Medicine. Vol. 358. №14. P. 1427–1429.
15. Riley J. B., Basilius P. A. Physicians liability for off-label prescriptions // Hematol. Oncol. News Issues. 2007. May/June. P. 24–7.
16. Wittich C.M., Burkle C.M., Lanier W.L. Ten Common Questions (and Their Answers) About Off-label Drug Use // Mayo Clinic proceedings. 2012. Vol. 87. №10. P. 982-990.

## ***ОТНОШЕНИЕ К ЭВТАНАЗИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ***

***Светличная Т.Г., Степанов Е.С.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,  
Архангельск***

В современном комплексе открытых биоэтических проблем важное место принадлежит эвтаназии. Явление эвтаназии является предметом медико-правового осмысления в любом цивилизованном обществе, отражая специфику соци-

альных, философских, медицинских, юридических и религиозных представлений граждан [1, 5]. Осознание все большим числом людей феномена жизни, как главной человеческой ценности, придает проблеме эвтаназии общечеловеческое, глобальное значение.

Новые биомедицинские технологии продления жизни, существенно изменив отношение медицинской науки и практики к процессу умирания и смерти, вступили в противоречие с традиционными морально-нравственными ценностями и нормами общества. Суть разногласий заключается в различном отношении людей к феномену жизни, согласно которым одни считают жизнь священной и неприкосновенной, другие, что она не должна превращаться в мучительное и бессмысленное существование. Как следствие, в обществе формируется разное отношение к легализации эвтаназии: одни (32%) поддерживают ее законодательное разрешение, другие (32%) выступают против него, третьи (36%) не имеют конкретного мнения по данному вопросу [3]. А.Л. Панищев [4], основываясь на результатах анализа философско-антропологических взглядов русских религиозных философов Ф.М. Достоевского, В.С. Соловьева и И.А. Ильина, рассматривает эвтаназию как действие, ведущее к нарушению человеческой природы врача.

Целью настоящего медико-социологического исследования явилось изучение отношения к эвтаназии медицинских работников и пациентов для общей характеристики этических представлений основных участников лечебно-диагностического процесса о пределах медицинского вмешательства в жизнь и смерть человека.

Базой для проведения исследования послужила Архангельская область. Предметом исследования явилось отношение медицинских работников и пациентов к эвтаназии, объектом исследования – медицинские работники (485 человек) и пациенты (513 человек). При разработке методики исследования использовались методические подходы, предложенные сотрудниками кафедры биомедицинской этики РГМУ (г. Москва) [2]. Для общей характеристики этических представлений медицинских работников и пациентов о пределах медицинского вмешательства в жизнь и смерть человека использованы три показателя: отношение к эвтаназии, обоснование отношения к эвтаназии и отношение к легализации эвтаназии.

По нашим данным, большинство (34,2%) медицинских работников к эвтаназии относится отрицательно и почти вдвое меньше (15,5%) – положительно. Однако у половины (50,3%) устойчивая позиция по этому вопросу до сих пор не сформировалась: она является либо нейтральной (21,9%), либо отсутствующей (28,4%). При осмыслении своего отношения к эвтаназии 18,5% медицинских ра-

ботников считают ее убийством, а 13,2% не допускают ни при каких обстоятельствах. Однако 39,4% медицинских работников считают возможным проведение эвтаназии по желанию пациента, а 7,4% готовы принять на себя такую ответственность. Затруднились в обосновании своего отношения 21,5% медицинских работников. Легализацию эвтаназии не поддерживает большинство (40,8%) медицинских работников. За ее законодательное разрешение выступает вдвое меньшее число (21,6%). Не имеют собственного мнения по этому вопросу 37,6% медицинских работников.

Среди пациентов большинство (37,8%) относится к эвтаназии отрицательно и почти вдвое меньше (20,9%) – положительно. У 41,3% определенное отношение до сих пор не сформировалось: оно либо нейтральное (18,9%), либо отсутствующее (22,4%). Для большей части (38,0%) пациентов какие-либо основания для использования эвтаназии полностью отсутствуют: 26,1% воспринимают эвтаназию убийством, а 11,9% не допускают ни при каких обстоятельствах. Однако каждый третий (33,1%) считает возможным ее проведение по желанию пациента. А 5,7% пациентов склонны возложить ответственность за принятие подобного рода решений на врачей. Не смогли обосновать свое отношение 26,1% пациентов. При изучении отношения пациентов к легализации эвтаназии установлено, что большинство (40,7%) не поддерживают ее законодательное разрешение. Вместе с тем, каждый четвертый (25,0%) считает, что эвтаназию в нашей стране следует разрешить. У относительно большого числа (34,3%) пациентов собственное мнение по этому вопросу отсутствует.

Таким образом, подводя предварительные итоги проведенного медико-социологического исследования можно сделать следующие выводы:

1. Отношение к эвтаназии медицинских работников и пациентов в основном является отрицательным (34,2% и 37,8% соответственно). В сравниваемых группах доля лиц, имеющих к эвтаназии положительное отношение, почти вдвое меньше (15,5% и 20,9% соответственно). Однако весьма существенным является относительное число лиц, не имеющих к данному явлению четко сформированного отношения (50,3% и 41,3% соответственно). Структура отношения к эвтаназии в обеих социальных группах практически совпадает.

2. Обоснованием отрицательного отношения к эвтаназии медицинских работников и пациентов является восприятие ее как убийства (18,5% и 26,1% соответственно) и недопущение проведения ни при каких обстоятельствах (13,2% и 11,9% соответственно). Положительное отношение связано с допущением возможности проведения эвтаназии по желанию пациента (39,4% и 33,1% соответственно) и решению врача (7,4% и 5,7% соответственно). Доля лиц, не сумевших

объяснить свое отношение к эвтаназии, в сравниваемых социальных группах достаточно велика (21,5% и 26,1 % соответственно). Структура обоснования в обеих группах является сопоставимой.

3. Отношение медицинских работников и пациентов к легализации эвтаназии в нашей стране в основном является отрицательным (40,8% и 40,7% соответственно). Поддерживает законодательное разрешение почти вдвое меньшее число (21,6% и 25,0% соответственно). Однако весьма значительной является доля лиц, не имеющих по легализации эвтаназии устойчивой позиции (37,6% и 34,3% соответственно). Структура отношения к законодательному разрешению эвтаназии в обеих социальных группах сравнима между собой.

4. Результаты анализа отношения медицинских работников и пациентов к эвтаназии свидетельствуют о наличии единства представлений основных участников лечебно-диагностического процесса о пределах медицинских вмешательств в жизнь и смерть человека. Вместе с тем, имеющиеся у них этические представления являются недостаточно четкими и сформированными.

#### **Литература:**

1. Демичев А.А., Исаенкова О.В. Смерть с точки зрения права // Государство и право. 2008. № 8. С. 86.
2. Ляуш Л.Б., Сабурова В.И., Силуянова И.В., Сушко Н.А. Мировоззрение и биоэтические представления российских студентов-медиков // Медицинское право и этика. 2002. № 2. С. 67-82.
3. Малиновский А. Имеет ли человек право на смерть? // Российская юстиция... 2003
4. Панищев А.Л. Эвтаназия и врач: от биоэтики и права к антропологии и человеку // Успехи современного естествознания. 2005. № 5. С. 17-19. [Электронный ресурс]. URL: <http://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=8373> (Дата обращения: 06.12.2016)
5. Симонян Р.З. Правовые аспекты эвтаназии в России // Успехи современного естествознания. 2015. № 1. С.1061-1062.

### ***ВРАЧ, СЕСТРА, ДОНОР: ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОНОРСТВА КРОВИ***

***Сидоренко Е.М., Клоковская Т.В., Коровина А.Г.***

***ГБУЗ АО «Архангельская станция переливания крови», Архангельск***

В ноябре 2014 года министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова поставила перед службой крови задачу: «В связи с уникальностью ресурса донорской крови и его естественной ограниченностью главным требованием является не наращивание заготовки крови и её компонентов, а, прежде всего, оптимизация управления донорским потенциалом и запасами крови».

Донор продолжает оставаться центральной фигурой службы крови, дать кровь человеку может только человек, если доноров достаточно, то лечебные

учреждения обеспечены кровью и её компонентами и больные получают её в нужном количестве и в нужное время. Абсолютно очевидно, что важнейшим вопросом является не просто развитие массового донорства, а именно того направления, которое максимально удовлетворяет потребности медицинских организаций в компонентах донорской крови и, кроме того, позволяет эффективно использовать донорские ресурсы. Исходя из этого, служба крови предъявляет к донору следующие требования: донор должен быть добровольный, безвозмездный, регулярный, здоровый, осознанный, убеждённый, ответственный.

Все вопросы деятельности СК, относящиеся к донорству крови, соответствуют стандартам, предусмотренным действующими документами. Регламентируются законами РФ в т.ч. «О донорстве крови и её компонентов», «Трудовым кодексом РФ», то есть правовыми нормами, с одной стороны. С другой стороны - медицинской этикой, обеспечивающей повышение качества деятельности СК и, как результат, приводит к удовлетворению потребностей службы крови в компонентах и соблюдению прав доноров.

Этика в службе крови это основные принципы профессионального поведения медицинских работников, в том числе, включающее аспекты взаимоотношение медицинского работника с обществом, с донором, выстраивание взаимоотношений с волонтерами, представителями различных группах населения, в том числе со студентами, школьниками, медицинского персонала между собой, соблюдение корпоративной этики.

Для решения вопросов, связанных с выработкой рекомендаций по конкретным проблемам этики в СК Архангельской области выработано два направления:

1. работа с донорским контингентом на основе принципов профессиональной этики,
2. образовательная работа по внедрению принципов этики в повседневной работе медицинского персонала с донорами и коллегами.

Служба крови выстраивает работу таким образом, чтобы создать условия, в которых донор чувствует себя как равноправный партёр: внимание, отзывчивость, комфортные условия для донации, оценка уровня удовлетворённости, СМС оповещения, предварительная запись, электронная очередь, изучение запросов.

Общение в социальной сети, опросы и конкурсы - современные способы установить партнёрские отношения. Информационная открытость и доступность также являются инструментом формирования партнёрских отношений между донором и СК, позволяющие расширить формы и методы информационного воздействия. Работа в интернет-пространстве (на сайтах ЯДонор, Архдонор, ВКонтакте,) с публикацией информации о новостях службы крови и фото, позволяет установить с донорами диалог, рассмотреть проблемы доноров в максимально

короткий срок и ответить на вопросы. Так с момента организации группы в контакте, за год работы количество участников выросло до 1100 человек. Для подведения итогов конкурса эссе «Я- донор. Мой путь» было проведено интернет голосование, количество участников голосования около 2000, что отражает интерес аудитории к донорству. Большое число откликов и репостов позволяет судить, что информация, публикуемая ВКонтакте, востребована.

Вопросы этики и деонтологии включаются в план работы сестринских и врачебных конференций, обсуждаются на производственных совещаниях. Воспитательная работа проводится, в том числе, на исторических примерах работы АСПК в годы войны, 2016 году проведено три презентации, одна из них на семинаре организованном Ассоциацией медицинских работников Архангельской области и первой городской больницей. Две презентации проведены на АСПК «Вопросы этики и деонтологии в практической деятельности медицинских работников службы крови», при распределении стимулирующих выплат сотрудникам учитываются вопросы соблюдения норм этики и деонтологии.

Опросы позволяют выявить уровень удовлетворённости и истинное отношение доноров к выполняемой ими донорской функции. Вот некоторые интересные высказывания о службе крови:

- «Там особая атмосфера - атмосфера добра и человечности»
- «Ваш коллектив, как никто другой заслуживает только самых высоких наград!!! Спасибо за ваш труд»
- «Я рада помочь людям, сдавая свою кровь, я думаю, помогла многим. Хотелось просто от души сказать вам спасибо».

А вот некоторые высказывания, описывающие эмоциональные переживания доноров после сдачи крови:

- «После сдачи крови, сердце наполняется добром, и хочется творить, помогать, и спасать чьи- то жизни!»
- «Чувства, которые испытываешь при мысли о том, что твоя кровь спасла чьи- то жизни – бесценны».

Отношение к службе крови самих сотрудников нашли наиболее яркое отражение в стихах Зинченко Татьяны, посвящённых юбилею службы крови:

Мы на страже здоровья стоим,  
Вы нам на слово люди поверьте  
И трудом незаметным своим  
Вас порою спасаем от смерти!  
К нашей службе большой интерес  
Ей отводят большое значенье,  
Служба крови сродни МЧС,  
Она тоже как служба спасенья

В этот радостный мартовский день  
Справим службе своей именины  
Служба крови на страже всегда  
На первоначальном краю медицины.

Результат деятельности службы крови Архангельской области доказывает, что выбранный нами алгоритм действий по выстраиванию отношений с донорским контингентом правильный и позволяет осуществлять оптимизацию управления донорским потенциалом и запасами крови. Потребность медицинских организаций в компонентах донорской крови удовлетворяется полностью.

### ***СТРАТЕГИЧЕСКИЙ И СИТУАТИВНЫЙ ПОДХОДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЭТИЧЕСКИХ КОМИТЕТОВ<sup>3</sup>***

***Сидорова Т.А.***

***Новосибирский Государственный университет, Новосибирск***

Становление биоэтики в качестве заметного явления в современном обществе и в научной жизни произошло не только благодаря острой дискуссионности обсуждаемых вопросов, но и открытию новых форм социальной самоорганизации, которые появились для поиска ответов на эти вопросы и сами становились своеобразным ответом в принципиально новых обстоятельствах биомедицинской практики. Как правило, когда говорят об институциональной стороне биоэтики, подразумевают этические комитеты. История создания и деятельность этических комитетов в России была проанализирована в работах Б.Г. Юдина, Н.И. Седовой, В. И Петрова, П.Д. Тищенко, И.В. Михель.

История становления этических комитетов в нашей стране насчитывает примерно четверть века. Это достаточный срок для развития общественного института, в продолжении которого можно проследить фазы возникновения и стабилизации, зафиксировать переломные моменты и определить общую направленность движения. Симптоматично, что возникновение биоэтики в России и формирование первых институциональных структур, - процесс одновременный. И это не тавтологичное суждение, поскольку первые исследования по биоэтике в СССР имели место в середине 80-х годов, тем не менее не стоит их считать точкой отсчета. Очевидно, что культурная диффузия с американской биоэтикой в начале 90-х годов прошлого века дала толчок к оформлению и, таким образом, институционализации биоэтики в России. Тематика и вопросы, которые составляют содержание биоэтики, копились в последние десятилетия, ибо технологический и социальный прогресс также активно влиял на советскую биомедицину.

---

<sup>3</sup> Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №17-03-00784

И поскольку наступило время для коренного преобразования всех общественных институтов, новые формы были ожидаемы, велся их поиск и ускоренное внедрение. Следует отметить, что процесс интенсивной институционализации биоэтики активно происходил в это время не только в России, но и в самих США и в Европе, и других регионах мира. Б.Г. Юдин связывает это с тем, что «все больше становится таких ситуаций, которые предполагают и даже требуют институциональных механизмов регулирования, согласования разнонаправленных интересов. Соответственно, создается и множество этических комитетов (иногда их именуют комиссиями), существенно различающихся по своим целям задачам, функциям, полномочиям, рабочим процедурам и т.п.» [5]

Институционализация в отдельных странах приобретала вид, соответствующий социальным задачам, для решения которых создавались этические комитеты. Эти задачи ставились перед государственными структурами, научным и медицинским сообществом как результат осознания потребности в регулировании разного рода моральных проблем, в связи с актуализацией проблематики прав человека в медицине. Потребности в регулировании были разные и зависели они от уровня развития медицины, от устройства и способов управления в национальных системах здравоохранения, от меры влияния гражданского общества на социальную политику. Например, по словам Н.И. Седовой, «...система этических комитетов в США как бы запрограммирована существующей системой здравоохранения...» [2;46]

В формировании этических комитетов можно выделить сочетание стратегического и ситуативного подходов. Основные характеристики стратегического подхода: планомерность, выстраивание системы, наличие в ней централизации и иерархизации, связь с государственными структурами. Главная черта ситуативного подхода заключается в оперативном реагировании на возникающую потребность в регулировании проблем или ситуаций, вызывающих конфликты; этические комитеты в рамках данного подхода, как правило, возникают там, где существует возможность для самоорганизации и саморегулирования. Ситуативность связана со случаем: острой необходимостью или уникальностью условий. Есть примеры реализации того или иного подхода, но в значительной части, можно говорить об их комбинации. Такой взгляд на формирование биоэтических институций основан на методологии гетерогенного понимания биоэтического регулирования, учитывающего культурную специфику. В этой оптике даже на возникновение биоэтических совещательных структур, которое традиционно связывается с созданием первого комитета в Сиэтле, можно взглянуть шире и включить в историю ЭК совещательные институциональные органы, которые создавались примерно с конца 19 века во врачебных и научных сообществах для

регулирования этических вопросов, например, врачебные комиссии в отечественной медицине.

В качестве примера рассмотрим подходы к формированию ЭК в США и в России. В США существуют как постоянно, так и временно действующие институциональные формы, которые можно отнести к этическим комитетам: развитая сеть больничных комитетов, сеть IRB в исследовательских центрах, но прежде всего централизованно создавались временные комиссии либо при президенте, либо в федеральных структурах, контролирующей сферу исследования, разработку и применение продуктов медицинского назначения. Элементы продуманной стратегии можно увидеть при формировании президентских комиссий, которые целенаправленно и комплексно рассматривали наиболее актуальные области, нуждающиеся в экспертной оценке, чтобы в последующем применять ее в управленческих решениях. В 1974 г. министр здравоохранения К. Уйнбергер привел к присяге 11 членов Национальной комиссии по защите субъектов в биомедицинских и поведенческих исследованиях [1;100]. Ежегодные доклады комиссии представляли собой биоэтические рекомендации по конкретным вопросам. Примеры докладов: «Об исследованиях над эмбрионами» (1976), «Об исследованиях с участием детей» (1977), «О психохирургии» (1977), «Специальные исследования» (1978), «Доклад Бальмонта» (1979) и др. По докладам создавались методические руководства для IRB.

В формировании сети больничных комитетов можно увидеть сочетание стратегии и ситуативности. Как и в примере с «божественным» комитетом в Сиэтле, который создавался в ответ на потребность установить очередность пациентов, в первом больничном комитете, созданном в 1979 г. в Гарвардском госпитале, срабатывает не просто необходимость урегулировать конкретную моральную коллизию, а совокупность специфических обстоятельств, например, склонность к инновациям, в том числе этическим [3,5]. Не будем забывать, что там работал Г. Бичер, там была создана Специальная комиссия под его руководством по определению смерти мозга. Симптоматично, что больничные комитеты не так быстро распространяются в американской медицине: до 90-х годов всего 1% больниц имеют комитеты по этике, а к 2000 годам уже 70%, что говорит об отсутствии запланированной стратегии и директивного насаждения новых структур. Больничные комитеты выполняют функцию не только «ситуативного реагирования», но и «профилактическую», направленную на предотвращение моральных конфликтов – когда они занимаются разработкой рекомендаций по ведению «сложных» с этической, - при этом не обязательно с клинической точки зрения, - пациентов, например, ВИЧ – инфицированных, детей или пожилых. Если такая работа локализуется в ЭК, они служат источником развития клинической биоэтики.

Ситуация с IRB иная. Здесь как раз необходимость иметь заключение ЭК по любому научному проекту, где привлекается человек или данные о нем, заставляет целенаправленно создавать сеть комитетов в научных учреждениях. Как только формируется большая сеть, возникает конкуренция между отдельными комитетами за качество экспертизы. Конкуренция между университетами в рейтингах распространяет этическое регулирование на добросовестность исследований. В создании IRB большую роль играют принципы самоорганизации и саморегулирования, возникает институт аккредитации при университетах. Таким образом комитеты могут создаваться произвольно, однако они должны добровольно, но в обязательном порядке, встроиться в существующую систему.

Формирование этических комитетов в России в начале 90-х носило и характер вполне осознанной стратегии и также выступало реакцией на социальные запросы. Учреждение централизованных этических комитетов в АН, в АМН, в Минздраве, в Росздравнадзоре – стратегическое управленческое решение, которое также имело специфическое социокультурное преломление, поскольку совещательному дискурсу вполне соответствовала отечественная управленческая традиция в виде советов. В системе политической власти советы к тому времени выродились из совещательных органов в бюрократические управленческие структуры. Первые централизованные комитеты невольно имели тенденцию к воспроизводству «родовой болезни». Самопроизвольное угасание некоторых таких комитетов происходило из-за бюрократизации и утраты стратегических функций.

Подъем институционализации во второй половине 90-х годов не был связан с определенной стратегией, а отражал потребность регулировать клинические исследования. Задача эта была поставлена извне, именно иностранные фармкомпании в это время имели абсолютное доминирование на рынке КИ в России и привнесли требование получать заключение этического комитета. Это обстоятельство привело к имплементации этических требований в ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Закон о здравоохранении 1993 года также включал норму об этических комиссиях, но она имела вид программного указания и не содержала никаких намеков на практическое осуществление. Эта ситуация наглядно демонстрировала обособленность стратегического и ситуативного подходов в биоэтической институализации. Государственная стратегия, которая в конце концов оформилась в сфере КИ в принятии госстандартов в виде GCP в середине нулевых, была обусловлена в том числе «снизу» бурным ростом количества комитетов, контролирующих КИ.

Второй источник развития появился в 2002 г., когда ВАК рекомендовал рассматривать только те диссертации, которые получили одобрение на проведение клинического исследования независимым локальным этическим комитетом.

Обязательность и директивность отличала массовый процесс создания ЭК в медицинских ВУЗах и в исследовательских учреждениях, и была источником формализации их деятельности. Слабое развитие саморегулирования в медицинских профессиональных организациях препятствует формированию сети комитетов, имеющих ситуативное назначение, прежде всего больничных комитетов, хотя социальный запрос на них велик. Возникновение институтов в профессиональных организациях, например, Комитет по этике и праву в Российской Ассоциации репродукции Человека (РАРЧ), этический комитет Национальной Медицинской Палаты лишь отчасти реализуется в рамках данного подхода, поскольку их назначение – решение стратегических задач, например, разработка этического кодекса или миссии организации, в которой декларируется приверженность этическим нормам. К ситуативным задачам такие комитеты обращаются только в особых случаях, когда слишком широк общественный резонанс конфликта или дело касается внутрикорпоративных проблем самих организаций. Таким образом, перед комитетами разного уровня ставятся как стратегические, так и ситуативные задачи, поэтому их функции не следует разделять жестко, уподобляя ветвям законодательной и исполнительной власти.

#### **Литература:**

1. Михель И.В. Биоэтика в контексте истории: философское исследование биоэтического движения. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2015. 248 с.
2. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. – Москва: «Триумф». 2002. 192 с.
3. Правовые основы биоэтики. Социально-правовой статус этических комитетов в России: Правовой мониторинг. Выпуск 5. — М.: ФГУ НЦПИ при Минюсте России, 2008. 48 с.
4. Тищенко П.Д. История и теория этической регуляции биомедицинских исследований. /Аналитические материалы Бюро ЮНЕСКО в Москве. – Под ред. Б.Г. Юдина. – М. Издательство Московского гуманитарного университета. 2007. С.16-32.
5. Юдин Б.Г. Этические комитеты в России: проблемы их организации, статуса и функционирования. URL: [www.msu.ru/bioetika/doc/sec/judin.doc](http://www.msu.ru/bioetika/doc/sec/judin.doc) (дата обращения: 7.04.2017).

### ***ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ***

***Смирнова Н.Н.***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Архангельск***

Переход отечественной медицины от сугубо медицинской модели оказания специализированной помощи к широкопрофильной межведомственной мо-

дели привнес в наркологическую отрасль многие позитивные изменения. Внедрение и широкое применение в современных медицинских учреждениях бригадного метода работы дало возможность ускорить гуманизацию процесса лечения и восстановления больного и сделать реабилитационный процесс в разы эффективнее. Взаимодействие специалистов позволяет в полной мере учесть полиэтиологичность или биопсихосоциальную природу наркологических заболеваний и спланировать лечебно-реабилитационный процесс состоящим из трех взаимосвязанных между собой компонентов: медицинского, психологического и социального. Рынок наркологических услуг стал более содержательным: в наркологическую отрасль пришли высококлассные специалисты гуманитарных областей, готовые применить широкий спектр психологических и социально-психологических знаний для восстановления больного в различных сферах его социальной жизни.

Целью исследования явилась систематизация этических аспектов междисциплинарного взаимодействия специалистов как эффективного инструмента психологического воздействия в процессе реабилитационной работы в наркологической сфере деятельности.

Расширение роли специалистов гуманитарного профиля предполагает осуществление психологической помощи уже с восстановительного этапа реабилитации больных, реализуя постепенный переход от медицинской помощи пациенту к социально-психологической его реабилитации. Задача реабилитационного процесса заключается в восстановлении личностного статуса и социальной значимости лиц с проблемами зависимости и групп наркологического риска с учетом различных социальных и возрастных групп [1]. Им предоставляется возможность адаптации и ресоциализации в обществе в качестве полноценных субъектов, которая закрепляется комплексом методов и технологий, используемых медицинскими, социальными, образовательными и другими учреждениями [2]. В данном процессе роли специалистов имеют не только самостоятельную ценность, они способны взаимно дополнять и гармонично сочетаться друг с другом, усиливая эффект от профессионального вклада каждого.

Специалист по социальной работе выполняет свою деятельность в рамках разработанного плана лечебно-реабилитационной программы, курирует содержание и дозированность трудовой терапии. В наркологическом восстановительном учреждении совместное участие больных в трудовых мероприятиях и коллективных психотерапевтических сессиях способствует формированию у них новых смысловых установок, в том числе на созидательную трудовую деятельность, новых способов межличностных взаимоотношений, укреплению установки на здоровый образ жизни и активную жизненную позицию вне зависимости.

Роль клинического психолога реализуется в рамках общей лечебно-реабилитационной программы, сопровождает все ее этапы, однако сохраняет свою автономность и приоритетность при решении вопросов общей и частной медицинской психологии, которые неизбежно возникают в группе специалистов в области наркологии при непосредственной работе с больными и их родственниками. При этом особое значение приобретает супервизия и профессиональное обсуждение продуктивности совместных действий с коллегами по бригаде. Деятельность клинического психолога носит психотерапевтический характер, подразумевая возможности для глубинной проработки переживаний пациента, поэтому особую значимость имеет соотношение личностных и профессиональных качеств специалиста. Спектр его профессиональных обязанностей охватывает несколько основных направлений – диагностическое (исследовательское), коррекционное и профилактическое. Восстановление психологического статуса пациента происходит с опорой на общечеловеческие моральные ценности, при этом значимы навыки формирования социальных связей в обществе без использования психоактивных веществ, умение строить конструктивные отношения в микро- и макросоциальной среде, что осуществимо при поддержке специалистов.

В Северном государственном медицинском университете на факультете клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры много лет ведется подготовка специалистов гуманитарных отраслей: психологов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, готовых в будущем активно сотрудничать с врачами в наркологической сфере деятельности. На кафедре психиатрии и клинической психологии обучающиеся приобщаются к научной деятельности: проводится большой спектр исследований по значимым для общества медико-социальным и психологическим проблемам, например, вопросам оказания первичной и вторичной профилактической помощи потребителям наркологических услуг, включая не только больных, но и их микро-социальное окружение. Знания и навыки, полученные в стенах вуза, востребованы в профессии, так как в учебной деятельности обучающиеся получают большой опыт работы в профилактической сфере – они работают в качестве волонтеров, а научные разработки преподавателей и студентов активно внедряются в учебный процесс [5].

В вузе постоянно совершенствуется содержание курсов повышения квалификации по психиатрии и наркологии: кроме изучения психологических подходов работы с пациентами, в них включены задачи взаимодействия с врачами-интернистами при изучении особенностей проявления различных видов коморбидной наркологической и соматической патологии [3], со специалистами по со-

циальной работе, администрацией лечебно-профилактических учреждений относительно повышения психологической устойчивости работы междисциплинарной команды, что является одним из условий роста профессиональной эффективности и успешности [4].

Таким образом, вопросы междисциплинарного взаимодействия специалистов в медицинской среде являются перспективной и этически обоснованной областью исследований, так как позволяют максимально полно и эффективно использовать как психологические, так и социальные ресурсы пациента. Сочетанное воздействие медицинских и психологических знаний, использование современных социальных методов реабилитации являются эффективными инструментами лечебного воздействия и благотворно влияют на процесс восстановления наркологических больных. В результате комплексных медицинских и социально-психологических мероприятий у больных преодолевается патологическая зависимость от психоактивных веществ, формируются мотивация к здоровому образу жизни и положительные социально-психологические установки, укрепляется вера в собственные силы и возможности, осуществляется возвращение в семью, к трудовой и профессиональной деятельности. Умелое применение на практике медицинских и психологических знаний является эффективным инструментом лечения и социально-психологического восстановления больного. Психологическая работа в наркологии, учитывая ее функциональную насыщенность, несомненно, относится к продуктивным и творческим видам трудовой деятельности. Психологическая и социальная составляющие указанного процесса являются, как основой реабилитационного процесса, так и следствием гуманизации оказания помощи наркологическим больным.

## **Литература**

1. Гузова А.В., Голубева Е.Ю., Соловьев А.Г. Особенности качества жизни и биологического возраста пожилых лиц с алкогольной зависимостью в условиях Европейского Севера // Успехи геронтологии. 2010. Т. 23. № 1. С. 110-114.
2. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. 2012. Т. 11. № 7 (127). С. 40-44.
3. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Форма потребления алкоголя и течение сахарного диабета // Наркология. 2002. Т. 1. № 5. С. 28-33.
4. Смирнова Н.Н., Смирнова В.В. Психологические аспекты профессионального совершенствования врачей-наркологов // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб. науч. трудов. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2016. – С. 199-203.
5. Соловьев А.Г., Харькова О.А., Парамонов А.А., Раджабова С.Г. Новый метод исследования факторов мотивации студентов к химическим аддикциям и степени отказа от них с учетом вероисповедания // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. № 2-1 (39). С. 269.

## **МЕДИКАЛИЗАЦИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ**

**Смирнова Е.А., Светличная Т.Г.**

**ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет», г. Череповец  
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г.Архангельск**

В настоящее время все чаще возникают дискуссии о влиянии медицины на жизнь людей. Проникновение в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений о причинах, формах протекания и лечения болезней, возрастание зависимости от медицины повседневной жизни и деятельности людей, закрепление медицинских «ярлыков» за некоторыми человеческими свойствами или типами поведения стало определяться понятием *медицинализация* [4].

Существует точка зрения о негативном влиянии феномена *медицинализации* на повседневную жизнь людей, которая затрагивает все аспекты повседневности, детства, сексуальности, наркотизации, медиа-дискурса, климакса и др. [1]. Ее суть заключается в реальной возможности врачей контролировать социальное поведение людей, причем этот контроль они могут осуществлять без использования каких-либо специальных методов. В современном обществе именно представители медицинской профессии обладают преимущественным правом на осуществление функции социального контроля, вследствие имеющихся у них профессиональных полномочий определять и обозначать болезнь. В результате они могут подчинять себе управление социальными процессами, расширяя свои медицинские рекомендации и назначения.

Другие авторы находят положительное влияние процесса *медицинализации*. Например, Фуко наряду с критикой *медицинализации* и признанием наличия социального контроля со стороны медицинских работников отмечал исчезновение открытых форм насилия в обществе и замене их «мягкими формами» принуждения [3].

С 2000-х гг. активную позицию занимают фармацевтические компании. Выступая новыми агентами *медицинализации*, совместно с медицинскими работниками моделируют новые болезненные состояния, ищут новых потребителей своей продукции. Прослеживается связь появления новых фармацевтических препаратов и появления новых медицинских проблем и патологических состояний. Продавая лекарства против облысения, импотенции и остеопороза, они оказались ответственными за создание новых болезней и опасных состояний [5,6]. При этом у пациентов появилась возможность заботиться о своем здоровье, избегая излишнего контроля со стороны медицинских работников.

Для отечественной теории и практики здравоохранения *медицинализация* является достаточно новым явлением. Впервые это понятие описано академиком

РАМН А.В. Решетниковым в фундаментальной работе «Социология медицины» [2]. Важность проблемы медикализации, по мнению ученого, состоит в расширении этого процесса, следствием которого является усиление влияния здравоохранения как института социального контроля. Оно сопровождается формированием зависимости пациентов от врачей, создавая в обществе дополнительные социальные риски, к которым оно еще пока не готово. Решетников А.В., в частности, отмечает, что признание здоровья все большим числом людей в качестве главной человеческой ценности и основной составляющей качества жизни ведет к неблагоприятным социальным последствиям. Принятие обеспеченными людьми личной ответственности за свою жизнь и здоровье снимает ответственность с правительств за здоровье своих граждан, освобождая их от необходимости заботиться об их здоровье и благополучии. В результате сфера бесплатного государственного здравоохранения стремительно сужается, а число больных и заболевших среди самых незащищенных слоев общества неуклонно увеличивается.

Таким образом, явление медикализации в современном обществе появилось сравнительно недавно. Суть этого процесса заключается в том, что любое состояние или поведение специалистами трактуется как медицинская проблема, врачам присваивается функция социального контроля, что способствует манипулированию социальными ролями индивида.

### **Литература:**

1. Лехциер В.Л. Эффекты медикализации и апология патоса // Вестник Самарской гуманитарной академии. Сер. «Философия. Филология». 2006. № 1(4). С. 113 – 125;
2. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. - М.: Медицина, 2002. 976 с.;
3. Фуко М. Рождение социальной медицины / М. Фуко // Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью. Ч. 3. М.: Праксис, 2006. С. 79-107;
4. Шухатович В.Р. Медикализация // Социология: энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин и др. Мн., 2003. 1312 с.;
5. Conrad P. Medicalization, Markets and Consumers / P. Conrad, V. Leiter // Journal of Health and Social Behavior. 2004. V. 45 (Extra Issue). P. 158-176;
6. Payer L. Disease-mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick / L. Payer. New York: John Wiley and Sons, 1992 292 pp.;

## ***РОЛЬ И МЕСТО ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ***

***Смирнова А.А.***

***Студентка 2 курса, факультет клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры, отделение социальной работы.***

***Научный руководитель: доцент, к.б.н. Е.В.Шалаурова***

***ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Архангельск***

Деонтология — относительно молодая область этического знания. В настоящее время можно видеть, что она занимает центральное место в этическом учении, при этом, профессиональная деонтология в меньшей степени является объектом исследований, нежели деонтология вообще.

Цель исследования: проанализировать роль и место этических знаний с учетом современных представлений о медико-социальной помощи.

На современном этапе развития медицины детальную проработку отдельных элементов получила, в основном, медицинская деонтология, которая, зачастую отождествляется с собственно деонтологией. На этом основании порой делается ошибочный вывод о том, что деонтология в профессионально-этических учениях других видов профессиональной деятельности может быть не представлена. Другая распространенная ошибка заключается в том, что деонтология порой рассматривается в отрыве от профессиональной этики [1].

Медицинская деонтология постоянно развивается, возрастает и ее значение. Врач как личность в социальном и психологическом плане не ограничивается «узкой» лечебно-профилактической деятельностью, а участвует в решении сложных проблем воспитания и повышения общего культурного уровня населения [3]. Возрастает и значение медико-психологических аспектов деонтологии, т.к. естественные и социальные последствия научно-технического прогресса приводят к повышению психоэмоциональной напряженности во взаимоотношениях между людьми, к различным конфликтным ситуациям и трудностям адаптации. Назрела настоятельная необходимость изучения человека в целом — как объекта биосоциальной природы [1].

Решение важнейших задач - повышение качества и культуры медицинской помощи населению страны, развитие ее специализированных видов и осуществление широких профилактических мероприятий во многом определяется соблюдением принципов медицинской деонтологии [3]. Помимо общих, имеющих от-

ношение к медицине в целом, аспектов деонтологии, положений и правил, в каждой специальности существуют и более узкие, в определенной степени специфические, деонтологические, аспекты. В каждом конкретном случае множество возникающих в процессе работы врача ситуаций решается индивидуально. В связи с появлением сложных медицинских систем требования к медицинскому персоналу существенно возросли [1].

Медицинская деонтология прошла большой и сложный путь развития. Ее история богата яркими, порой драматическими событиями и фактами. Истоки деонтологии уходят в глубокую древность. Можно думать, что первый человек, который оказал медицинскую помощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить его боль, иначе говоря, из чувства гуманности. Вряд ли нужно доказывать, что именно гуманность всегда была особенностью медицины и врача – ее главного представителя. Врачей всегда глубоко интересовали вопросы о том, кто есть врач, каким должно быть его поведение, отношение к больным, их родственникам, взаимоотношения врачей между собой.

О размышлениях врачей многих стран и народов свидетельствуют вавилонские, египетские, индийские, китайские, русские и др. рукописные памятники старины. Они содержат важные мысли и высказывания о многих качествах, необходимых истинному врачу. Но только мыслитель и врач Гиппократ (ок. 460 – ок. 370 г. до н.э.) в своей знаменитой «Клятве» впервые сформулировал морально-этические и нравственные нормы профессии врача. Величие Гиппократа заключается, прежде всего, в его гуманизме, в том, что он считал человека венцом природы. Эти взгляды пронизывают весь текст «Клятвы Гиппократа». По выражению У. Пенфилда, в ней «заключены вечные истины, которые не может изменить время»[2].

Конечно, исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох, многократно трансформировали «Клятву», но и сегодня она читается как вполне современный, полный нравственной силы документ. Знаменательно, что участники I Международного конгресса по медицинской этике и деонтологии (Париж, 1969) сочли возможным дополнить ее только одной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь».

Известный хирург-онколог Н.Н. Петров писал: «Основная задача всякой медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди – пользе медицины. На первый взгляд, такие напоминания просто излишни – до такой степени дело ясно само собой. Однако опыт показывает, что подобные напоминания важны не только в медицине, но и во всех отраслях человеческой

деятельности, однако любые специалисты слишком легко и часто переоценивают роль своей специальности, забывая тех, кому она должна служить».

Несмотря на существенные успехи в разработке проблем деонтологии, на конференциях, многочисленных международных симпозиумах и встречах ученых, в статьях и публикациях, затрагивающих в той или иной степени вопросы медицинской этики и деонтологии, отмечается недостаточность теоретической разработки отдельных аспектов деонтологии, сдерживающих (наряду с другими факторами) ее широкое использование в практике отечественного здравоохранения. Все это определяет, как указывают многие авторы, необходимость дальнейшего расширения фронта исследований, публикацию работ, способствующих более эффективному внедрению деонтологических принципов в практику.

Характерные для медицинской науки дифференциация знаний, накопление большого экспериментального и теоретического материала, совершенствование методов исследований резко повысили значение этической нормы доказательности. Наука должна основываться только на доказательствах, ясных и логически строгих аргументах, на проверке фактов и их анализе [1].

В заключение, можно сказать, что деонтология в медицине играет значительную роль. Присяга, которую не дают представители ни одной другой мирной специальности, подчеркивает уникальность деятельности врача. Профессия врача предполагает органичное сочетание гуманизма, высоких нравственных качеств и глубоких профессиональных знаний.

Таким образом, исследование и анализ места современного этического учения в практике медико-социальной работы, доказывает актуальность применения этических принципов, с помощью которых достигается объективность научной позиции, отстраняя субъективное, обеспечивает общечеловеческую значимость выводов науки и качество медицинской помощи.

### **Литература:**

1. Адо А.Д. Этико-деонтологические вопросы экспериментальной медицины // Актуальные этико-деонтологические вопросы современной медицины: тезисы докладов научно-медицинской конференции, посвященной 60-летию образования СССР.- М.: Изд. АМН СССР, 1983
2. Деонтология медицинская <http://www.neduig.ru/library/> Деонтология-медицинская (2000-2017) время обращения 18.02.17
3. «Современная роль медицинской деонтологии» статья: [http://sudimoskvi.ru/medicinskaya-deontologiy-statya-59628/\(2010-2017\)](http://sudimoskvi.ru/medicinskaya-deontologiy-statya-59628/(2010-2017)) (время обращения 18.02.17 )

## **МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

**Сокольчик В.Н.**

**Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
г. Минск, Беларусь**

Одним из процессов, характеризующих современное общество, является процесс медиализации. Медиализация в широком смысле может рассматриваться как усиление роли и значения медицинского знания в социуме, в узком – как неоправданный и неосознаваемый перенос решения собственно социальных проблем на уровень профессиональной медицины. По мнению австрийского философа И. Иллича медиализация - «пример контрпродуктивности медицины, усиления ее инструментального и технического могущества, с одной стороны, и противостояния личностному росту человека – с другой» [2].

Процессы медиализации общества затронули достаточно консервативную систему взаимоотношений врача и пациента: классические стратегии общения и коммуникативные практики, наработанные веками, уже не отвечают запросам социума и личности. Новое общество породило такие проблемы коммуникации врача и пациента как деперсонализация, формализация, физикализация, коммерциализация отношений, что разрушило традиционную парадигму взаимного доверия, уважение пациента к статусу врача [3]. Согласно опросам врачей и пациентов, проводимых автором статьи, а также исследованиям российских, украинских ученых [4], сегодня можно говорить о формировании новых ожиданий в практике взаимоотношений врача и пациента. В стандартной ситуации пациент в общении с врачом ожидает, прежде всего, эмпатии и коммуникативной компетентности врача (умения общаться, что подразумевает вежливость, позитивный настрой, умение слушать и сопереживать и т.д.). Некоторые пациенты отмечают, что общение с врачом само по себе является сильнейшим терапевтическим воздействием и даже способно облегчить болевой синдром. Врач, в свою очередь также на первый план во взаимодействии с пациентом выдвигает умение пациента общаться, позитивный настрой. Обоюдное желание эмпатии и эмоционального отклика, уважения собственной личности – это те фундаментальные основы межличностной коммуникации, которые сегодня недостаточно обеспечивает человеку социум.

Наряду с общностью ожиданий, во взаимоотношениях врача и пациента возникает сложная дилемма: пациент стремится активно участвовать в процессе лечения, уверенный в своих возможностях помочь «медицине», а врач, негативно настроенный на дилетантское «всезнание» пациента, предпочитает технологичное и авторитарное взаимодействие с ним.

Таким образом, классические деонтологические проблемы взаимоотношений врач - пациент в современном обществе приобретают новое звучание и становятся проекцией нравственных, коммуникативных, ценностных взаимодействий в социуме.

Американский биоэтик Р.Витч предложил четыре основные модели взаимоотношений врача и пациента, которые, по его мнению, являются базовыми профессиональными вариантами коммуникации с пациентами. Это - пасторская (патерналистская), инженерная, коллегиальная и контрактная модели. В целом, применение этих «моделей» зависит от общественных установок, а также от конкретной ситуации, связанной с особенностями пациента, серьезностью его заболевания, личностными статусами врача и пациента, установок социума и т.д. Следует отметить, что характеризуя предложенные идеальные модели, Р.Витч анализирует не только их профессиональную применимость, но и степень адекватности принципам гуманизма и биомедицинской этики [1].

Пасторская (патерналистская) модель предполагает такие межличностные отношения между врачом и пациентом, когда роль врача приближается к отцу (или пастору), чей авторитет непререкаем, а забота о пациенте и эмпатия являются необходимым предпосылочным условием взаимоотношений. Пасторская модель основывается на незыблемой вере в медицину и даже ее сакрализации, «священном трепете» пациента в отношении знаний о болезни (патологии). В таких взаимоотношениях пациент полностью принимает директивы врача, не подвергая их сомнению. Пасторская модель в медицине господствовала до середины XX века, т.е. фактически до начала процессов медиализации. Последняя принесла обществу научное (медицинское) знание, вплетенное в ткань повседневности [5, p.501] и, как следствие, образ врача утратил ореол сакральности, пациент не желает видеть в нем отца (наставника, пастора), стремясь на равных участвовать как в диалоге врач-пациент, так и в лечении собственной болезни.

Сегодня патерналистская (пасторская) модель применима в ограниченном количестве случаев. В целом, несмотря на работоспособность рассматриваемой модели в мировой истории медицины, сегодня она не отвечает ожиданиям общества (пациентов), поскольку не реализует ценности партнерства, эмоционального равноправия и общедоступности медицинского дискурса.

Особенный интерес в контексте медиализации современного общества представляет инженерная модель взаимоотношений врача и пациента. Сегодня эта модель не только распространена, но и воспринимается значительной частью медицинских работников как профессиональный «ответ» на вызовы медиализации, как способ сохранить авторитетность и сакральность профессии врача, как реализация научного и технического прорыва в медицине. В рамках инже-

нерной модели врач относится к пациенту как к «механизму», в котором он должен обнаружить и устранить поломку. Процесс врачевания при этом сводится к набору неких манипуляций с телом пациента при опоре на объективные количественные данные его обследования. С точки зрения биомедицинской этики инженерная модель взаимоотношений аморальна, т.к. не рассматривает пациента как личность (это лишь агрегат, конгломерат и т.д.), и, по сути, освобождает медицину от этического компонента. Главной целью провозглашается победа над болезнью, а возможные коллизии разрешаются путем элементарного подсчета ресурсных затрат, рисков в соотношении с предполагаемой пользой. Психологически такая модель взаимодействия предполагает эмоциональную нейтральность обеих сторон, отсутствие права пациента на высказывание своего мнения.

Следует отметить, что инженерная модель взаимоотношений врача и пациента достаточно распространена в практике здравоохранения. К сожалению, такая позиция близка многим молодым врачам, увлеченным ростом возможностей информационных технологий в процессе лечения и технологической стороной своих действий. В данном случае происходит своеобразная подмена межчеловеческой коммуникации технологичной связью авторитарный врач – пациент как абстрактный объект изучения (лечения).

Впрочем, неоспорим факт, что технологический уровень современной медицины часто предполагает использование инженерной модели: например, в случае, когда работает целая бригада специалистов (врачей – «технологов»), где каждый выполняет узко специальную операцию и фактически не общается с пациентом. В практике применения инженерной модели следует учитывать, что обязательным условием ее функционирования является присутствие «связующего звена» между пациентом и врачами-«технологами» (т.е. врача, через которого осуществляется коммуникация). Впрочем, «узкая специализация» не освобождает ни одного врача от коммуникативных умений, морального отношения к человеку. Следует помнить, что биоэтические принципы, деонтологические нормы, на которых основана работа врача в современном обществе, базируются на идеях о том, что даже в случае опосредованного общения, либо в случаях невозможности общения (комаатозное состояние пациента), врач не имеет права не учитывать человеческое достоинство пациента, его личность, относиться к человеку без уважения, внимания, эмпатии.

Наиболее адекватны сложившимся в современном обществе статусным ролям врача и пациента, по мнению Р.Витча, коллегиальная и контрактная модели взаимоотношений [6]. Контрактная модель взаимоотношений врача и пациента основывается на принципах свободы, взаимного уважения личного достоинства, а также честности взаимоотношений, информированности и справедливости. В контрактных отношениях врач признает за пациентом свободу управления своей

жизнью и здоровьем и заключает с пациентом «соглашение» взаимопомощи и взаимного доверия. По мнению Р. Витча, контрактная модель – наиболее реалистичный и совершенный тип взаимоотношений врача и пациента, к которому должно стремиться общество. Однако, возникает вопрос: не приведет ли такая модель взаимоотношений к тому, что врач переложит ответственность на пациента и в решающие моменты (например, будучи несогласным с моральным выбором пациента) «расторгнет» контракт»?!

Со стороны врача контрактные взаимоотношения психологически оправданы – позволяют сохранять личностную нейтральность, предупреждают «эмоциональное выгорание», реалистичны в отношении «вертикальности» взаимоотношений профессионала с пациентом, а, главное, оставляют возможность «выйти из игры». Однако для пациента контрактная модель предопределяет вместе со свободой и колоссальный уровень ответственности, не оправдываемой незнанием или неспособностью оценить ситуацию. Контрактная модель взаимоотношений врача и пациента в целом отвечает отношениям, порожденным в обществе медиализацией, но, во-первых, предполагает приоритет ответственности пациента в разрешении вопросов собственного здоровья над ответственностью врача, и, во-вторых, сводит эмоционально-диалоговые живые отношения к декларативной, опосредованной контрактом коммуникации.

Суть коллегиальной модели состоит в равноправном диалоге врач – пациент, основанном на обоюдных знаниях, развитых коммуникативных практиках, эмпатии. Абсолютно необходимым условием действенности коллегиальной модели является полная информированность пациента. К сожалению, взаимное доверие, конфиденциальность, совпадение интересов в сегодняшней реальности могут рассматриваться как иллюзорные характеристики взаимоотношений врача и пациента. В обществе 21 века пока только в ограниченных случаях коллегиальная модель взаимоотношений реально приносит положительные результаты. Если же предполагать широкое развитие коллегиальности во взаимоотношениях врача и пациента, то следует обратиться к развитию научных (в частности, медицинских) знаний, коммуникативных навыков в обществе, а также к существенному преобразованию в подготовке медицинских работников (врачей).

Современному врачу необходимо знать особенности поведения и восприятия пациента, носящие индивидуальный характер, а также стереотипы, которые сформировались у пациента под влиянием процессов медиализации. Новый статус врача предполагает навыки психотерапевта (психолога), способного выстраивать конструктивный диалог с пациентом и выступающего своего рода «буфером» между медицинской средой и обществом в целом.

Следует помнить, что взаимоотношение – процесс двусторонний (много-сторонний), следовательно, и от пациента в обществе медиализации требуется

«движение навстречу», а именно, развитие знания (а не обрывков паранаучных идей), умение коммуницировать, умение принимать другую точку зрения, а также высокая нравственная культура.

Только при стремлении выполнить эти идеальные условия отношения врач – пациент в современном обществе будут гуманными и взаимодовлетворяющими, а медицинализация как реальность современного социума перерастет из негативного процесса в новую научную силу цивилизационного развития.

### **Литература:**

1. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67 – 72.
2. Иллич И. Пределы медицины или Медицинская Немезида (отрывки из книги). URL: <http://www.pubhealth.spb.ru/Illich/index.htm> ( дата обращения 09.01.2017).
3. Михель Д.В. Медицинализация как социальный феномен//Вестник СГТУ. – 2011. - №4 (60). Вып. 2. С.256 – 263.
4. Николаева В.В., Первичко, Е.Н., Загорец, Т.П. Особенности отношений в диаде «врач-пациент» при соматоформных расстройствах. URL: [http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya\\_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html](http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html) (дата обращения 15.10.2016).
5. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control.//Sociological Review. New Series. 1972. V.20 (4). P.487 – 504.
6. Veatch R. The Patient as Partner: A Theory of Human Experimentation Ethics. - Bloomington, 1987. – 241p.

## ***КЛИНИЧЕСКО-ЭТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ***

***Соловьева В.А.<sup>1</sup>, Соловьева Н.В.<sup>1</sup>, Удовенкова Л.П.<sup>2</sup>***

***<sup>1</sup>Северный государственный медицинский университет (Архангельск);***

***<sup>2</sup>Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич  
(Архангельск)***

При лечении и вторичной профилактике патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) важной задачей является выявление предрасполагающих социально-психологических и медико-биологических факторов риска (гиперлипидемии, артериальной гипертензии, курения, сахарного диабета, хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) и/или их сочетания), а также особенностей предшествующего лечения расстройств [2,5]. Современная правильная диагностика и интерпретация изменений обменных процессов необходима для организации рациональной первичной и вторичной профилактики заболеваний ССС.

Атерогенная дислипидемия является важнейшим фактором риска развития

и прогрессирования различной сердечно-сосудистой патологии, связанной с атеросклерозом. Наиболее частым ее вариантом является «липидная триада»: высокий уровень триглицеридов (ТГ), низкий уровень холестерина, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и повышение содержания липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [1].

Целью исследования явилось клиническо-этическое обоснование необходимости углубленного изучения нарушений липидного обмена для выявления начальных его изменений, являющихся основой для развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В настоящее время при скрининговом обследовании в рамках изучения липидного обмена у здоровых лиц и при ряде заболеваний используется стандартный набор параметров, включающий определение общего холестерина (ОХ), ТГ, ЛПНП, ЛПВП. Это дает возможность определения явных нарушений липидного обмена, которые обуславливают развитие атеросклеротического процесса [9]. Исследования последнего десятилетия показали, что традиционные параметры липидного обмена не в полной мере отражают проатерогенный потенциал крови [3]. Особое значение это положение имеет у специфических социальных групп населения, например, при наличии хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Часто после алкогольного абюзуза при относительно нормальном содержании ОХ в сыворотке крови отмечается высокое содержание антиатерогенных фракций ЛПВП и низкое – атерогенных ЛПНП и создается картина мнимого благополучия. Выявление у лиц с ХАИ соматической, в том числе, сердечно-сосудистой патологии, представляет собой сложную задачу, т.к. больные, как правило, самостоятельно за медицинской помощью не обращаются из-за недооценки серьезности возникновения угрозы для здоровья, а также из-за опасения морального осуждения и ожидания неблагоприятных административных последствий при диагностике хронического алкоголизма [7].

Традиционно «антиатерогенное» влияние алкоголя связывают с повышением уровня ЛПВП. Но алкоголь ведет к повышению содержания холестерина ЛПВП только в ранние сроки после его приема. В дальнейшем уровень его снижается, иногда даже ниже исходного [4]. Не случайно изменения липидного обмена при ХАИ даже выделены в виде одного из алкогольобусловленных биологических синдромов в организме для объективизации критериев наличия и выраженности метаболических расстройств у наркологического контингента [8]

Стандартный набор параметров не обеспечивает раннего выявления имеющихся нарушений ССС, тем более с учетом психологических особенностей этого контингента, встречаются случаи развития патологии, особенно у лиц молодого возраста, без выраженных донозологических признаков [6]. Поэтому, как

с клинических, так и этических позиций, важным для врачей-наркологов является знание скрытых изменений липидного обмена, являющихся основой для развития заболеваний ССС у больных с ХАИ.

Содержание холестерина в составе ЛП может широко варьировать вследствие активного обмена липидных компонентов между липопротеиновыми частицами. В отличие от холестерина ЛП, липидтранспортные аполипопротеины (апо) – апо-А и апо-В считаются лучшими маркерами нарушения липидного профиля крови [11]. При более глубоком изучении особенностей липидного обмена могут быть выявлены значимые нарушения с изменением апо-А и апо-В белков, входящих в состав ЛПВП и ЛПНП, в частности, низкий уровень апо-А в составе ЛПВП и высокий уровень апо-В в составе ЛПНП. Высокая прогностическая значимость соотношения апо-В/апо-А подтверждена в клинических и эпидемиологических исследованиях [10].

Апо-А является основным белком ЛПВП; он участвует в транспорте ТГ и холестерина, активирует липопротеин-липазу, способствуя обратному транспорту холестерина с периферии (в том числе из стенки сосудов) в печень. Апо-В - основной структурный белок богатых триглицеридами атерогенных ЛПНП. Благодаря наличию этого белка ЛПНП реагируют со специфическими рецепторами эндотелиальных, гладкомышечных и др. клеток. Апо-В – главный транспортер триглицеридов из кишечника в жировые клетки. Апо-А и апо-В формируют мицеллярную структуру липопротеиновых комплексов, служат «ядром» липопротеиновых частиц и не покидают их в процессе трансформаций. Поэтому определение в крови апо-А и апо-В имеет большое значение для выявления факторов риска атеросклероза коронарных артерий, а соотношение апо-В/апо-А превосходит прогностическое значение определения отдельных аполипопротеинов. Чем больше в сыворотке крови апо-А и меньше апо-В, тем ниже вероятность развития сердечно-сосудистой патологии. В норме это соотношение не превышает «1» и служит одним из надежных показателей атерогенного сдвига.

Таким образом, обозначенные маркеры могут быть использованы для выявления скрытых нарушений липидного обмена, как в целом у потенциальных групп риска по развитию заболеваний ССС, так и при обследовании лиц с ХАИ, посредством изучения нарушений и липидного обмена (апо-А и апо-В белков) в более ранние сроки заболевания; дополнительных диагностических критериев, позволяющих уточнить тяжесть нарушений липидного обмена; своевременного решения вопросов о необходимости и подборе эффективного лечения имеющихся нарушений липидного обмена, что может снизить обращаемость в соматические стационары по поводу заболеваний, возникающих на основе нарушений гомеостаза холестерина, и их тяжелых осложнений (инфаркты, инсульты). В

целом, это даст возможность прогнозировать развитие атеросклеротических изменений сосудов и обосновывать рекомендации по целенаправленному обследованию на скрытую патологию ССС.

### **Литература:**

1. Драпкина О.М., Буеверова Е. Л., Ивашкин В. Т. Атерогенная дислипидемия и печень // Атеросклероз и дислипидемия. 2010. № 1. С. 25-31
2. Дерягина Л.Е., Рувинова Л.Г., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Адаптивные перестройки регуляции сердечного ритма и структуры поведенческого акта на фоне приема глицина // Физиология человека. 2001. Т. 27. № 5. С. 111-114.
3. Игонина Н.А., Журавлева Е.А., Кондрашова Е.Е. Анализ данных массового исследования уровня холестерина у населения (к вопросу о референтных значениях холестерина) // Клиническая лабораторная диагностика. 2013. № 1. С. 11-17
4. Корякин А. М., Дадыка И. А., Горбатовский Я. В., Покатилова Н. И. Повреждение, воспаление сосудистой стенки как факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных хроническим алкоголизмом II стадии // Медицина в Кузбассе. 2015. № 2. С. 15-18.
5. Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г. Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к ее учету в России и за рубежом // Наркология. 2012. Т. 11. № 11 (131). С. 60-69.
6. Новикова И.А., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Психологические особенности больных с сердечно-сосудистой патологией // Российский кардиологический журнал. 2004. № 1 (45). С. 28-32.
7. Позинковский П. А. Соматическая анозогнозия у больных с алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 4 Т. 16 С. 15-20.
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Кирпич И.А. Алкогольобусловленные биологические синдромы // Наркология. 2005. Т. 4. № 6. С. 31-35.
9. Тенюкова К.Ю., Марков Д.С. Скрининговые исследования липидного обмена для своевременного диагностирования и профилактики атеросклероза // Вестник Чувашского университета. 2011. №3. С. 463-466.
10. MeQueen M.J., Hawken S., Wang X., Oupuu S., Sniderman A., Probstfield J. et al. Lipids lipoproteins and apolipoproteins as risk markers of myocardial infarction in 52 countries: a case-control study // Lancet. 2008. V. 372. P. 224-33
11. Sniderman A. D., Kiss R. S. The strengths and limitations of the apo B / apo A-I ratio to predict the risk of vascular disease a Hegelian analysis // Curr. Atheroscler. Rev. 2007. V9. P-261-26

### ***СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: ВОПРОС ЭТИКИ И ПРАВА***

*Татаева Х.С.*

***ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации***

Демографическая проблема в России не теряет своей актуальности, несмотря на предпринимаемые государством меры. Проблема резкого сокращения численности населения, в частности, связана и с ухудшением репродуктивной

способности человека. Это вызывает интерес к альтернативным формам материнства и отцовства, в частности, благодаря применению метода экстракорпорального оплодотворения и суррогатного материнства.

Конституционными основами репродуктивных прав человека являются, в частности, ст.ст. 21, 23 и 38 Конституции Российской Федерации. Первый ребенок, родившийся с помощью метода экстракорпорального оплодотворения, появился на свет в Англии 25 июля 1978 г. Почти одновременно с этим событием вопросы, связанные с ненатуральными способами рождения человека, стали предметом обсуждения среди юристов, в том числе и в нашей стране. Исходя из смысла ст. 51 Семейного кодекса (СК) РФ среди способов имплантации эмбрионов, широко используемых в медицине, два, безусловно, относятся к суррогатному материнству:

1. Способ, при котором яйцеклетка жены оплодотворяется мужем и имплантируется в организм другой женщины;
2. Способ, при котором яйцеклетка жены оплодотворяется донором и имплантируется в организм другой женщины, которая рождает ребенка;

В этом случае на свет появляется ребенок, генетически принадлежащий одному из родителей. Однако отношения по суррогатному материнству практически не исчерпываются только этими двумя способами, поскольку возможны и иные варианты этого метода репродуктивной деятельности.

Прежде всего, возможен способ, при котором яйцеклетка другой женщины (не жены) оплодотворяется спермой мужа путем фертилизации и полученный эмбрион имплантируется в тело третьей женщины (суррогатной матери). В целом указанный вариант подходит под модель суррогатного материнства, предложенного в семейном кодексе Российской Федерации, поскольку на лицо имплантация эмбриона другой женщине.

За рубежом обычно используется более широкое по сравнению с СК РФ понятие суррогатного материнства. Так, например, в США под суррогатной матерью понимается любая женщина, вынашивающая ребенка не для себя, в силу обязательств, взятых ею перед иными лицами с целью последующей передачи ребенка этим лицам. В Англии под суррогатной матерью понимают женщину, вынашивающую плод, и рожаящую ребенка в интересах (в пользу) другого лица или лиц и соответственно согласившуюся передать ребенка этим лицам после рождения. В Израиле суррогатной матерью закон признает любую женщину, в том числе и генетическую мать, родившую ребенка для передачи другим лицам.

Таким образом, для определения понятия суррогатное материнство необходимы два важных критерия: наличие генетической связи (в том числе и в усеченном виде) между лицами, ожидающими ребенка и ребенком, факт вынашивания женщиной ребенка с целью передачи лицам, его ожидающим.

В Российской Федерации суррогатное материнство законодательно закреплено в ч.9 и 10 ст. 55 «Применение вспомогательных репродуктивных технологий» Федерального закона «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 ФЗ от 2011 г.) как «вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключенному между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям» [1]. В ч.10 указанной статьи прописаны требования к суррогатной матери (возраст, наличие одного ребенка и др.). Особенностью суррогатного материнства является то, что в отличие от иных способов зачатия ребенка появляется дополнительная сторона – суррогатная мать, в зависимость от воли которой закон ставит решение вопроса о судьбе будущего ребенка. Согласно нормам СК РФ лица, состоящие в браке и давшие согласия на имплантацию эмбрионе другой женщине с целью его вынашивания, после рождения ребенка могут быть записаны в качестве родителей в книге записей рождения только с согласия женщины родившей ребенка (ч.2 п.4 ст. 51СК РФ).

Таким образом, российское законодательство признает такой институт как суррогатное материнство, однако, достаточного правового закрепления данный институт не получает. Необходимо более детальное закрепление прав и обязанностей сторон, определенных ст. 55, в отдельном нормативном акте, поскольку применять к сторонам обязательства нормы Гражданского кодекса, как к иным двусторонним сделкам, представляется не этичным [3, 5, 9]. Решению рассматриваемой проблемы будет также способствовать выделение в гражданском праве отдельной отрасли – медицинского права, субъектный и объектный состав которого более адекватен законотворческой и правоприменительной практике в рассматриваемом проблемном поле [2, 6,7]. Кроме того, многие исследователи считают, что норма п.9 ст.55 ущемляет права одиноких мужчин, лишая их возможности воспользоваться услугой суррогатного материнства. Вопрос определения качества такой услуги также остается дискуссионным [8,10].

И тем не менее, судебная практика и данные обзора специальной литературы показывают, что в рассматриваемом проблемном поле преобладают биоэтические споры. Причем эти этические конфликты носят интернациональный характер, о чем свидетельствует тематика международных конференций по Биоэтики (UNESCO Chair in Bioethics 10<sup>th</sup> World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 ([www.bioethics-conferences.com](http://www.bioethics-conferences.com)) [4].

## Литература:

- 1.ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 ФЗ от 2011 г.): Электронная база «ГАРАНТ».
2. Габимова Л.И. Проблема международной синхронизации правового регулирования биомедицинских исследований // Успехи современного естествознания. 2011. № 8. С.234
3. Григорова Е.С. Проблемы правового регулирования репродуктивных технологий // Успехи современного естествознания. 2011. № 8. С.234
4. Доника А.Д. Развитие биомедицинских наук: проблема нормативного регулирования // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 2 (часть 3). С. 370-371.
5. Доника А.Д. Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» в Российской Федерации нормам и принципам биоэтики / А.Д.Доника А.Д., Л.Л.Кожевников // Биоэтика. 2011. № 2(8). С.26-28
6. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. № 2(10). 2012. С.54-55.
7. Очирова В.В. Вспомогательные репродуктивные технологии: правовые основы и этические последствия // Успехи современного естествознания. 2011. № 8 С.243.
- 8.Седова Н.Н. Образование в области биоэтики как интернациональная проблема // Биоэтика. 2012. №2 (10). С.22-26.
9. Финаева Е.П. Обеспечение прав пациента как проблема модернизации национального законодательства // Успехи современного естествознания. 2011. № 8. С.253.
10. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.

## **ПЕРСОНАЛИЗОВАННАЯ МЕДИЦИНА КАК НАУЧНЫЙ ПРОЕКТ МЕДИЦИНСКОГО БУДУЩЕГО И "СОЦИАЛЬНАЯ МНИМОСТЬ"<sup>4</sup>**

**Тищенко П. Д.**

**Институт философии Российской академии наук, г.Москва**

Персонализированная медицина (ПМ) представлена в российской “Национальной технической инициативе” в разделе “Рынки” как направление “HealthNet (персональная медицина)”. В отличие от традиционной медицины, которая так или иначе *ре-активно* ориентирована на уже развившееся заболевание, ПМ рассматривает себя как *про-активное* направление, имеющее целью на основе многофакторной молекулярной диагностики предсказать возможное развитие патологии и предотвратить ее манифестацию. Также предполагается, что многофакторная молекулярная диагностика позволит индивидуализировать профилактическое действие (нацелить его на конкретный биологический субстрат), а необходимое соучастие пациента (точнее клиента) - персонализировать его. *Утверждается, что ПМ – это будущее медицины.*

---

<sup>4</sup> Публикация подготовлена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 15-03-00822.а

Чтобы понять особенности «персонализации» терапевтического и профилактического действия в ПМ необходимо учесть, что сферой ее (ПМ) возникновения и социального продвижения является рынок. Российская программа инноваций отображает место ПМ, которое она занимает в американской и европейской медицине. Рыночный характер ПМ предопределяет её специфические черты в качестве феномена общества потребления.

Понятие общества потребления — сложная и актуальная проблема современных социальных и экономических наук. В своем истолковании этого понятия буду придерживаться некоторых специфических характеристик, которые первоначально были высказаны Г. Маркузе, а затем переосмыслены Ж. Бодрийяром. Феномен потребления столь же изначален для человека, как феномены рынка (обмена) и производства. Особенность общества, понимаемого через такой атрибут как «потребление» заключается в: а) резкой *акцентуации* потребительского отношения к миру; б) осмыслении потребления не как пассивного удовлетворения потребностей, а как особого рода деятельности, имеющей свою специфичную и отличную от производства логику отношений; в) формировании особой самоидентичности человека как «потребителя»; г) в формировании специфического механизма отчуждения, при котором в фетиш превращается не только и не столько вещь в ее функциональной связи с реальной потребностью, сколько ее *знак*, который мной трактуется как *социальная мнимость*.

Эпоха консюмеризма, предлагает особую модель конструирования активного субъекта - *homo consumericus*, деятельность которого по Бодрийяру выражается в *систематической манипуляции знаками*.

В отличие от изобретателя и мастера, потребитель не интересуется «внутренним» планом вещи, ему непонятны цепочки причинных связей, которые связывают деятельность «частей» используемого им гаджета. Для работы с гаджетом ему нужны только знаки интерфейса. Для подавляющего числа людей устройство айфона, к примеру, столь же таинственно и непонятно, как и устройство волшебной палочки или метлы Гарри Потера. Главное произнести заклинание или нажать значок соответствующей команды на интерфейсе с тем, чтобы реализовать *функцию* (Siri – открой почту! И т.д.). В обществе потребления новые технологии (и информационные, и медицинские) формируют волшебную реальность, в которой власть связана не со знаниями, а со знаками, командами и символами.

В современном массовом сознании общества потребления *свобода человека* как его наиболее аутентичное выражение «себя» выступает как *выбор* из того, что *пред-ставлено* в наличии и отдано так или иначе ему в распоряжение. Неважно, выбирается вещь (человек) в своей желанной плоти или знак. *Не творчество нового, а выбор уже готового, выложенного на «полку» становится знаком свободы и личной персонализации*.

Для ПМ характерно связывание надежд на успех с разработками биоинформатики, раскрывающей новые исследовательские горизонты на основе компьютерного моделирования и технологий обработки больших данных. С гносеологической точки зрения, наиболее интересной *тенденцией* в ПМ является формирование концепта биомаркеров, в котором происходит отсечение от научного знания именно тех его слоев, которые раньше были связаны с личностью человека, свидетельствовали о нем не только как об объекте, но и как о субъекте.

Клинический (симптом) или физиологический показатель превращаются семантически в биомаркер тогда, когда их физиологический или клинический *смысл редуцируется к объективно регистрируемому содержанию*. Традиционный физиологический или клинический показатель — это *семантический айсберг*, у которого лишь «надводная» часть *видится* как объективное данное (например, как величина артериального давления). В «подводной» части остается все смысловое содержание, которое определено клиническим мышлением, врачебной интуицией и т. д. Подводная смысловая часть показателя — это конкретный контекст, без которого понимание того, что собственно говоря, показывается показателем — невозможно. Биомаркер лишен «подводной» части айсберга знания. В этом отношении, с гносеологической точки зрения, различие между биомаркером и традиционным клиническим (физиологическим) показателем четко выражает различие между явным (кодифицированным) и неявным (личностным!) знанием (*tacit knowledge*), по М. Полани.

Будучи отчуждены от конкретных клинических смыслов (т. е. деконтекстуализированы) биомаркеры как данные могут накапливаться в огромных объемах, создавая основу для биоинформационных технологий больших данных. Вместе с тем, оно достигается за счет превращения знания из объективного описания реальности в её «маркер» - *знак*. Как отмечалось выше, *системная манипуляция знаками*, по Ж. Бодрийяру, является своеобразной *логикой потребления* как деятельности и мировоззрения. За счет преобразования знания в знак происходит радикальное преобразование врачебной «оптики» восприятия человеческого страдания и локализации действия. Специфические особенности «оптики» ПМ проявляются в казусе американской кино-звезды Анджелины Джоли, которая провела двустороннюю мастэктомию, а затем ампутацию яичников на основании данных генетических тестов и тестов на определение онкомаркеров.

В казусе Джоли проявляется сдвиг в оптике врачевания из реального в виртуальное пространство. А. Джоли клинически здоровая женщина, у которой никакой патологии не обнаруживается. Обнаружены лишь маркеры – мутация гена BRCA 1 и онкомаркеры. В этом смысле – *чистые знаки* повышенной вероятности развития патологии в будущем. Мутация гена, хотя потенциально и чревата развитием онкологического процесса, но не у каждой женщины её носительницы возникает онкологическое заболевание, и не у каждой женщины, у которой развилась патология,

имеется этот маркер. То, что касается неспецифических онкомаркеров, то данных о причинных связях с заболеваниями нет, есть лишь данные о повышенных корреляциях.

Превентивное действие, которое *выбирает* Джולי на *рынке* медицинских услуг, весьма реально и травматично. Двусторонняя мастэктомия и удаление яичников наносят мощную травму организму женщины, обрекая ее на *пожизненную* компенсаторную терапию, возникших вследствие этих «лечебных» действий патологических отклонений. Терапевтический эффект (польза) превентивной процедуры при этом оценивается не по наступлению благоприятных изменений в организме конкретной женщины, а по *снижению вероятности* возникновения у нее рака груди, которое оценивается чисто статистически. Не реальная жизнь в ее богатстве проявлений репрезентирует здоровье или страдание, а соотношение вероятностей. При этом *реальность лечебного действия сдвигается в область вероятностных, ненаблюдаемых событий*, навязчиво напоминая о сказке Андерсена про «голого короля».

Несмотря на то, что в контексте ПМ постоянно звучит ободряющий припев – «лечить не болезнь, а больного» - сдвиг в локализации терапевтического действия и оценки его результатов в пространство *возможных* событий с необходимостью оборачивается тем, что *в принципе* теряется возможность индивидуализации, поскольку речь ведется лишь о статистических значениях риска, которые приписываются референтной *группе*, а не индивидуальному пациенту. Важно учитывать, что и развитие рака, и его ненаступление было возможным у конкретного пациента и без всякого превентивного действия. Эффективность можно оценить лишь задним числом, исследовав не состояние *этого конкретного* пациента, а репрезентативную *группу* пациентов, в отношении которых была применена та или иная превентивная процедура. Причем эффективность может быть оценена положительно даже в том случае, если данный конкретный пациент и умрет. Статистика от этого печального обстоятельства может не пострадать.

Казус Джולי прекрасно иллюстрирует технологию *персонализации через выбор* услуг на современном медицинском рынке, который является массовым явлением в обществе потребления. Это *не выбор себя*, а *рыночный выбор* между тем, что выложено как товар на полки медицинского супермаркета. Сделав правильный выбор, вы получаете *контроль* над своей жизнью, но не реальной – а будущей. *Знание* о том, что именно можно выбрать, наделяет вас *властью*. Оно *не имеет отношения к знанию* в научном смысле слова. Как видим, homo consumericus в качестве самоидентификации использует те же знаки, что и человек классической эпохи – знание, сила, власть, выбор, персонализация и др. Но у этих понятий, как и у биомаркеров, – отсекается внутренний смысл, который подменяется практиками манипуляций со знаками знания, силы, свободы, выбора и персонализации – *социальными мнимостями*. Проект персонализированной медицины в том виде, в котором он сейчас

предлагается обществу, по сути – это проект медицины без реального страдающего пациента. *Его место, а точнее – места в сложной системе оказания медицинской помощи занимают разнородные социальные мнимости.*

## **ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ**

**Ульяновская Т.Н.**

**Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск  
Научный руководитель: д.м.н., профессор А.Г.Соловьев**

Исследования с участием женщин, которые на момент его проведения являются беременными или могут забеременеть, должны находиться под особым контролем этических комитетов. Столь пристальное внимание к поставленной проблеме объясняется наличием третьей стороны (плода), который фактически принимает участие в исследовании, но не может дать на это согласие, и поэтому нуждается в максимальной защите от возможного нанесения вреда его здоровью [5].

Целью работы явился анализ особенностей проведения психодиагностической работы с беременными женщинами.

При проведении психодиагностической работы с будущими матерями экспериментатор опирается на следующие этические принципы [6]:

- ответственности - предполагает ответственность психолога-диагноста за сохранение психического и физического здоровья, эмоционально-соматического комфорта, социального благополучия женщины в процессе диагностики;
- компетентности – заключается в том, что обследование выполняется всегда квалифицированными психологами, имеющими базовое высшее психологическое образование;
- конфиденциальности - предполагает неразглашение результатов без персонального согласия на это беременной женщины;
- научной обоснованности психодиагностической методики - требует того, чтобы она была валидной и надежной, то есть давала такие результаты, которым можно вполне доверять;
- не нанесения ущерба - предполагает, что результаты психодиагностической работы нельзя использовать во вред тому человеку, который подвергается обследованию;
- объективности выводов результатов тестирования - требует, чтобы они были научно обоснованными, то есть вытекали из результатов тестирования, проведенного при помощи валидных и надежных методик, и не определялись и никак не зависели от субъективных установок экспериментатора;

- эффективности предлагаемых рекомендаций - предполагает, что такие рекомендации обязательно должны быть полезными для того человека, которому даются;
- комплексной диагностики – или принцип сочетания различных методических приемов при диагностике одного и того же психического свойства, а также сочетаний методик, направленных на родственные психические свойства, для повышения валидности диагностического заключения.

При подготовке к исследованию психолог изучает медицинскую карту беременной (при наличии) для планирования хода диагностической работы, обращает внимание на такие моменты, как социальный статус будущей матери, семейное положение, возраст, условия проживания и т.д., а также особенности протекания настоящей и предыдущей беременности, перенесенных заболеваний, наличие в анамнезе вредных привычек, в первую очередь, курения и алкоголизации [1, 7]. Данные из медицинской документации помогают составить социально-психологический портрет беременной женщины [2] и построить план беседы при проведении психодиагностических процедур.

При работе с беременными женщинами следует помнить о возможных тревожных состояниях будущей матери. Изменения физиологического состояния, гормональная перестройка могут являться причиной развития тревоги. Женщина может также бояться той ответственности, которую предполагают беременность и роды, может почувствовать, что не готова заботиться о ребенке. Ее часто мучают вопросы: Буду ли я хорошей мамой? Смогу ли справиться с ребенком? Что я смогу дать своему малышу? Уже в самом начале беременности у будущей матери могут возникнуть тревоги о здоровье ребенка: Какой он будет - здоровый, слабый, сильный, не будет ли у него отклонений в развитии? К концу беременности женщину охватывает страх перед родами, она может бояться неизвестности, различных осложнений, родовой боли, смерти.

Планируя психодиагностическую работу с беременной женщиной, психолог учитывает психологическое состояние будущей матери в зависимости от срока гестации. По аналогии с физиологическим подходом с психологической точки зрения можно разделить три периода (триместра) во время беременности [4].

Первый психологический триместр – месяцы неуверенности и адаптации к новому состоянию. Начало беременности – это период эмоциональных взлетов и падений. Характерен неопределенный страх, включающий в себя и радость от неведения того, что происходит, и боязнь неизвестности, и беспокойство о будущем ребенка. Страх перед неизвестностью может привести к состоянию подавленности, зависимости от близких людей. Женщина становится впечатлительнее, чувствует себя более хрупкой физически и психологически, ей хочется быть

объектом внимания и забот. В первом триместре может возникнуть депрессия, причинами которой могут стать семейные разногласия, социальные и бытовые проблемы, отсутствие эмоциональной поддержки со стороны отца ребенка, осложнения протекания беременности.

Второй психологический триместр – месяцы равновесия. Энергетический баланс в организме восстанавливается. К женщине приходит успокоение, стабильность, улучшается настроение, возвращается нормальный сон. У будущей мамы появляются первые ощущения новой жизни – движения плода.

Основной чертой третьего психологического триместра является «погружение в ребенка», который становится центром помыслов, интересов и занятий будущей мамы, ее мысли концентрируются на ребенке. В настроении начинаются перепады, появляется раздражительность, беспокойство, страх перед родами.

Воздействие беременности на психику женщин порою столь значительно, что некоторые авторы рассматривают это явление как кризисную ситуацию. В последнее время процент возникновения патологии в родах увеличился вдвое и причиной отклонений являются перенесенные в период беременности стрессы, длительные депрессии, страхи и негативные переживания [3]. Учитывая это, психолог тщательно продумывает тактику диагностического исследования.

Таким образом, при планировании психодиагностической работы психологу необходимо знать особенности психологического состояния женщины в зависимости от срока гестации, возможные тревожные проявления и страхи, ее социальный статус, а также социальные предпосылки, влияющие на психо-эмоциональное состояние будущей матери.

### **Литература:**

1. Бессолова Н.А., Киселева Л.Г., Чумакова Г.Н., Соловьев А.Г. Влияние никотиновой зависимости беременных на развитие плода и адаптацию новорожденных // Наркология. 2008. Т. 7. № 11. С. 49-52.
2. Бочарова Е.А., Кобытова Н.Г., Труфанова Л.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы // Российский педиатрический журнал. 2003. № 3. С. 52-54.
3. Бурина Е.А. Этические аспекты проведения биомедицинских и психологических исследований на женщинах репродуктивного возраста // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2015. №2. С.88-93.
4. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. - Санкт-Петербург. Изд-во Ювента, 2000. 196 С.
5. Косарев В.В., Бабанов С.А. Этика биомедицинских исследований: проблемы и решения // Медицинский альманах. 2009. №4. С.41-45.
6. Немов Р. С. Основы психологического консультирования: Учеб. для студ. педвузов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. - 394 с.

7. Ульяновская Т.Н., Соловьев А.Г. Социально-психологические особенности беременных женщин, употребляющих алкоголь // Экология человека. 2010. № 4. С. 42-45.

## **ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ МОЛОДОГО ВРАЧА**

**Флеглер Н. А.**

**ГБУЗ АО «Приморская ЦРБ», Заостровская участковая больница**

Этические проблемы существуют с момента появления медицины и стали более выраженными в условиях кадрового дефицита. Правовое регулирование деятельности врачей, этические нормы, моральные критерии, которыми должен обладать врач, формировались длительно время. Еще в Древней Индии врачебная деятельность должна была соответствовать общепризнанным правилам, где были сформулированы стандарты поведения врача. Аюрведа – «Знание жизни» (IX-III вв. до н. э.): «Хороший врач обязан часто посещать и пристально обследовать больных, не должен быть робким и нерешительным. Если врач легкомысленно берется вылечивать больных неизлечимыми болезнями, он рискует потерять репутацию, друзей и большие прибыли!» [5].

В последние годы одной из наиболее острых проблем мирового масштаба становится дефицит медицинских кадров. «В стране с медицинскими кадрами катастрофа. Кадры – это первая проблема, которую надо сегодня решать в России», – прямо заявляет президент Национальной Медицинской Палаты Леонид Рошаль.

В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «A Universal Truth: No health without a workforce», сделанном на 3-ем глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения в ноябре 2013 года, отмечено, что в 2035 году в мире будет не хватать 12,9 миллионов работников здравоохранения; на сегодняшний день нехватка исчисляется в 7,2 миллиона человек [6]. Исследование вопроса дефицита медицинских кадров является актуальным как для всего мира, так и для России и, в частности, для Архангельской области.

В докладе «A Universal Truth: No health without a workforce» («Всеобщая реальность: без трудовых ресурсов нет здоровья») определен ряд основных причин кадрового дефицита работников здравоохранения [6]: старение работников здравоохранения и их выход на пенсию; переход медицинских работников на более высокооплачиваемую работу; отсутствие специалистов, приходящих на освободившиеся места; недостаточное число молодых людей, желающих получить или уже получивших профессию врача; рост численности населения мира, подвергающегося рискам со стороны неинфекционных заболеваний; внутренняя и международная миграция работников здравоохранения.

В своих рекомендациях Всемирная организация здравоохранения предложила решение мировой проблемы дефицита медицинских кадров [6]:

- усиление политического и технического лидерства в странах в поддержку усилий по развитию кадровых ресурсов в долгосрочной перспективе;
- сбор надежных данных и усиление кадровых ресурсов для баз данных в области здравоохранения;
- максимальное усиление роли работников среднего уровня и отдельных сообществ, для улучшения доступности и приемлемости медико-санитарных услуг первой линии;
- удержание работников здравоохранения в странах с наиболее острой нехваткой и более уравновешенное географическое распределение работников здравоохранения;
- обеспечение механизмов, предусматривающих права и обязанности работников здравоохранения при разработке и осуществлении политики и стратегий достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

На протяжении нескольких десятилетий общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения являлось наращивание численности медицинских кадров. В результате Россия вышла на одно из первых мест в мире по числу врачей и обеспеченности ими населения, в то время как качественный уровень специалистов имел стойкую тенденцию к снижению [8]. Статистические данные по обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения в РФ за период 2013-2014 гг. представлены в таблице 1 [7].

Таблица 1

Обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения в РФ за период 2013-2014 гг.

	Врачи		Средний медицинский персонал	
	обеспеченность на 10 тыс. населения		обеспеченность на 10 тыс. населения	
	2013	2014	2013	2014
Российская Федерация	40,9	39,7	90,2	88

В 2015 г. в медицинских организациях Российской Федерации работали 1 853 450 (в 2014г. - 1 868,0 тыс.) работников с высшим и средним медицинским образованием [8]. В РФ дефицит кадров вызван в первую очередь недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов, что обусловлено, прежде всего, низким уровнем привлекательности работы в сфере здравоохранения.

Каждый врач, независимо от стажа работы и профессионализма, встречается с этическими проблемами в медицине, но особенно сложно они решаются молодыми специалистами ввиду отсутствия у них опыта. Когда молодой врач только начинает работать в сфере медицины, он, так или иначе, сталкивается с этическими проблемами.

Медицинская этика (лат. *ethica*, от греч. *ethice* — изучение нравственности, морали) и медицинская деонтология (греч. *deon* — долг; термин «деонтология» широко использовался в отечественной литературе последних лет), это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей [4]. Врачам нередко приходится принимать решения, связанные с жизнью, здоровьем, достоинством и правами людей. Поэтому этика – принципы нравственности и основанные на них правила поведения – занимает в медицине особое место [11].

В Федеральном законе от 21. 11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 6.1 прописано, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации [9].

В медицине этически регламентируются достаточно много проблем, главными из которых являются взаимоотношение врача и пациента; взаимоотношения внутри коллектива; взаимоотношения на фармацевтическом рынке; моральный статус пациента по отношению к рекомендациям врача и своему здоровью и т.д. [11]

Этические проблемы можно разделить на два вида: морально-этические (зависит от морального облика врача, формирующегося на основе воспитания в семье и школе) и профессионально-этические (связаны с профессиональной деятельностью).

Рассмотрим классификацию профессионально-этических проблем по П. А. Леусу (1997) [3]:

- Индивидуальная - Врач в себе (врач знает о допущенной им диагностической ошибке, но пациент и коллеги о ней не знают).
- Врачебная - Врач – пациент (допущена ошибка при диагностике заболевания, в результате чего возникло осложнение, что стало известно больному от другого врача).
- Коллегиальная - Врач – врач (врач не согласен с материалами разбора случая его диагностической ошибки, представленными на врачебную конференцию его коллегой).

- Бригадная - Врач - младший персонал (несмотря на неоднократные замечания врача, медсестра нарушает режим стерилизационной обработки инструментария).
- Общественная - Врач – население (население информировано о том, что врач не использует современные методы лечения).
- Административная - Врач – администрация (руководствуясь интересами пациентов, администрация ставит дежурство в выходной день врачу, имеющему маленького ребенка).
- Коллективная - Врач – коллектив (врач не согласен с решением коллектива об отказе, о выдаче ему рекомендации для получения высшей категории).
- Социальная - Врачебное общество – население (население не поддерживает рекомендации врачебного общества фторировать питьевую воду с целью профилактики кариеса).

Одним из отличительных моментов современной медицинской этики является тот факт, что все большее число пациентов хочет участвовать в процессе принятия решений, касающихся их жизни и здоровья, в частности, в выборе тактики лечения. Подобная тенденция является следствием возрастающего образования и внимания к своему здоровью среди населения, активной информационной политики. Пациенты более критично оценивают мнения, высказывания и рекомендации врачей, их внутреннюю и внешнюю культуру. Следовательно, пациент хочет лечиться у врача, который имеет большой опыт работы. Бывает, что к рекомендациям молодого врача пациенты не прислушиваются, предпочитая использовать просторы сети Интернет. И когда молодой врач только начинает практиковать, многие пациенты относятся к нему скептически, не веря в его силы, что является одной из ведущих этических проблем для начинающего специалиста.

Еще одной из проблем, с которой может столкнуться молодой врач, это неумение корректно общаться с родственниками пациентов, не забывая о существовании врачебной тайны, и деликатно преподносить информацию. Для врача очень важно быть коммуникабельным человеком, так как он постоянно общается с большим количеством людей. Медицинский работник решает этические вопросы, соблюдая врачебную тайну, обсуждая и делясь с коллегами своими знаниями и опытом [11].

Ведущий специалист в области медицинской этики профессор Томпсон Фаллер выделяет 4 основных принципа специфической, профессиональной медицинской этики, которые включают в себя: милосердие, автономию, справед-

ливость, полноту медицинской помощи. Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики [10].

Основополагающее требование медицинского этикета таково: облик врача должен убедить больного, что перед ним профессионал, которому не страшно вверить здоровье и жизнь. Никто не захочет стать пациентом легкомысленного, неаккуратного человека, с безразличием, а то и с неприязнью относящегося к больным. Внешний вид иногда выдает приверженность к вредным привычкам. Врач должен быть собранным, сдержанным, доброжелательным и, конечно, здоровым и подтянутым человеком (или как минимум производить такое впечатление). Молодой специалист может поехать работать в сельскую местность, где он столкнется с такой проблемой, как «сарафанное радио», когда информация будет разлетаться мгновенно. Нужно находиться в постоянном тонусе, чтоб случайно не создать о себе негативное мнение среди пациентов.

Бывает ситуация, когда в связи с кадровым дефицитом молодому специалисту, только начинающему работать и нуждающемуся в совете более опытного коллеги, не с кем проконсультироваться. Также очень важным является отношения внутри коллектива, невзирая на чины и звания. Одна из этических проблем, с которой может столкнуться молодой врач, это пренебрежительное отношение коллег, имеющих большой стаж работы, их недоверие и нежелание передавать знания и умения. Критика должна быть обоснованной, корректной и по существу дела, не переходящей на личные качества коллеги, и тем более на его стаж работы. Еще один из важнейших элементов этики – наставничество, передача опыта и знаний начинающим молодым врачам.

Одно из важнейших направлений профессиональной этики – взаимоотношения врача и медицинской сестры, о которых подробно написано в Этическом кодексе медицинской сестры России [1]. Важнейшее требование этики медсестры – уважение к врачу – должно соблюдаться неукоснительно. К сожалению, медсестры иногда бывают невежливы, неисполнительны, особенно, если указания исходят от молодого врача. Воспринимать врачей как работников с более высоким статусом медсестрам мешает и маленькая разница в оплате труда врача и медсестры, хотя по подготовке и сложности выполняемой работы эти категории медицинского персонала несравнимы. Вместе с тем опытная, квалифицированная медсестра действительно подчас знает о течении конкретной болезни гораздо больше начинающего врача, и ей очевидны его промахи. Уже поэтому для врача недопустимы проявления снобизма, желание «указать место». Уважительные доброжелательные отношения с медсестрами позволяют молодому специалисту многому научиться и избежать массы ошибок.

Создание этических комитетов различных уровней призвано решить ряд этических проблем и вопросов, связанных с защитой людей при проведении биомедицинских и поведенческих исследований [10]. В последние годы при медицинских организациях также создаются этические комитеты, задачей которых является разрешение конфликтных ситуаций в лечебных учреждениях [12].

Таким образом, в условиях профессиональной адаптации молодой врач все чаще сталкивается с этическими проблемами, что сохраняет актуальность этих извечных тем в современных условиях. Особое значение для подготовки будущих медицинских работников имеет сфера практической медицинской этики, регулирующая особенности морально-этического выбора и поведения медика в конкретных профессиональных ситуациях. Причем нравственно-этические установки и ценности наряду с медицинскими компетенциями выступают критерием готовности будущих медицинских работников к профессиональной деятельности [2]. Для этого необходимо уделять достаточно внимания и времени данному вопросу во время обучения в медицинских образовательных учреждениях.

### **Литература:**

1. Иванюшкин А.Я., Самойленко В.В. Этический кодекс медицинской сестры России. – СПб: Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России», 2010. – С. 22.
2. Корнаухова Т. А. Специфика профессиональной этики медицинского работника // Теория и практика общественного развития. 2015. № 6. С. 159-162.
3. Леус П. А. Этика врача-стоматолога в обществе. – М.: Мед. кн., 2006. С. 22, [3].
4. Мамедова Г. Б., Расулова М. М., Махаматова З. Х., Расулова Д. Д., Камалова Д. А., Назарова Н. Б., Одилова М. А. Совершенствование этики и деонтологии в сестринском процессе // Молодой ученый. 2014. №1. С. 176-180.
5. Марчукова С. М. Медицина в зеркале истории. – М.: Европейский дом, 2003. С. 272
6. Савинкина Л. А., Шепелова Т. С. Проблема дефицита медицинских кадров и пути ее решения // Современные проблемы науки и образования. 2014. №6. С. 727.
7. Сон И. М. Медицинские кадры Российской Федерации. – Томск.: ФГБУ ЦНИИ ОИЗ – 2015. С. 25.
8. ФГБУ Центральный НИИ Организации и информатизации Здравоохранения [Электронный ресурс] URL: <http://www.mednet.ru>. (Дата обращения: 02.02.2017).
9. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. ст. 6724.
10. Шерова З. Н., Маматова Д. М., Каттабеков А. С., Ахатова Г. Х. Развитие этики и деонтологии // Молодой ученый. 2015. №22. С. 312-316.
11. Этические проблемы современной медицины: сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2013. 176 С.
12. Bein T., Ethical conflicts in the surgical intensive care setting — impact of ethics consultations // Zentralbl. 2011. Vol.136. № 2. P.113–117.

## **ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКУРАБЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Шарыпова М.А.,** *клинический ординатор кафедры неонатологии и перинатологии*

**Научный руководитель - д.м.н., проф. Чумакова Г.Н.**

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск**

Рождение больного жизнеспособного младенца вызывает ряд этических проблем. Новорожденный продолжает оставаться абсолютно зависимым пациентом. Он не может высказать свое мнение по поводу лечения и ухода, и его права делегируются матери или опекуну.

Качество жизни ребенка всегда было важной проблемой общества. В древнем мире младенцы не имели гражданских прав, включая право на жизнь. Необходимо было продемонстрировать способность к развитию в младенчестве и показать свою потенциальную ценность для сообщества. Младенцев с патологиями признавали не способными на это и чаще всего убивали или отказывались лечить [3].

Свободен ли человек в своих действиях относительно своей смерти, особенно в случае неизлечимой болезни? Общество признало за человеком право на жизнь, право на здоровье, право по своей воле распоряжаться своим здоровьем (право на информацию о своем здоровье, право вести какой угодно образ жизни и т.д.), но право на свободу воли относительно собственной смерти окончательно не признано.

Существует ряд этических проблем аппаратного поддержания жизнедеятельности новорожденных с некурабельными заболеваниями:

1. В Конституции РФ в главе 2 ст.20 п.1 и ст. 41 п.1 сказано: Каждый имеет право на жизнь, и на охрану здоровья, и медицинскую помощь [1].

2. Запрет эвтаназии в РФ.

В нашей стране вопрос об эвтаназии законодательно определен в ст.45 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно этому закону, эвтаназия в нашей стране запрещена в любых ее формах, а лицо, которое побуждает больного к эвтаназии или проводит ее, несет уголовную ответственность. Запрещение эвтаназии противоречит в определенной степени другой статье данного законодательства (статья 33), в которой оговорено право пациента на отказ от медицинской помощи.

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациентам предоставляется право выбора: согласиться на медицинское вмешатель-

ство (статья 32) или отказаться от него (статья 33). Отказ пациента от медицинской помощи в случае неизлечимого заболевания в соответствии с принципом добровольного информированного согласия становится решением о пассивной эвтаназии. Например, в случае получения пациентом информации о наличии у него онкологического заболевания и необходимости сложного лечения, дающего небольшой шанс на небольшое продление жизни.

В последнем издании " Большой медицинской энциклопедии" (1986 г.) понятие эвтаназия определяется, как «намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий» [2]. В Российской юридической энциклопедии эвтаназия определяется, как «лишение жизни с целью освободить больного от неизлечимой болезни или невыносимого страдания». В обоих определениях отсутствует указание на желание самого пациента о проведении эвтаназии, но это оправдано тем, что в настоящее время выделяются различные формы эвтаназии.

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 45) эвтаназия определяется, как «удовлетворение медицинским персоналом просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни» [4]. Таким образом, в российском законодательстве эвтаназия понимается, во-первых, как действия, которые могут совершить не только врачи, но и другие медицинские работники. Во-вторых, это действия, которые совершаются в соответствии с выраженной волей больного, по его желанию.

Объектом эвтаназии является жизнь неизлечимо больного человека. Поэтому лишение жизни человека, страдающего непереносимыми физическими страданиями, но не обусловленными неизлечимой болезнью (например, болевой синдром при заболеваниях позвоночника) не может рассматриваться как эвтаназия. Мотивами эвтаназии выступают сострадание, жалость и т.п.

Особые нравственные аспекты затрагивают детскую медицину. Наглядный пример, когда ребенок получает высокочастотную вентиляцию. Много таких вентиляторов в стране? Нет. Узаконив эвтаназию, чиновники, в первую очередь, освободят себя от необходимости эти вентиляторы покупать, разрабатывать и производить. Зачем они, если можно пациента законно умертвить?

Большие материальные затраты при оказании лечения.

Поддержание жизни неизлечимо больных людей или интенсивное лечение, в результате которого человек все равно не будет жить полноценной жизнью, требует все больших материальных затрат (лекарства, аппаратура, труд врачей). Эти средства можно потратить на восстановление здоровья значительному количеству людей, которые имеют меньшие проблемы со здоровьем и смогут не только жить полноценной жизнью, но и приносить пользу обществу. При таком

подходе, нравственные ценности, прежде всего сама Жизнь, приобретают ценность материальных вещей.

### 3. Религия.

Жизнь является безусловной, высшей ценностью в мире. К ней неприменимы критерии полезности, затратности, целесообразности и др. Ценность жизни в том, что она есть, даже ущербная, неполноценная в каком-то отношении. Польза в данном случае тоже есть, но она не материальная, а нравственная, духовная. Признавая жизнь высшей и безусловной ценностью во всех ее формах, общество сохраняет созидательные, конструктивные тенденции своего развития. Сохранение жизни немощным, тяжело больным, инвалидам, престарелым и другим «экономически невыгодным» для общества людям сохраняет в обществе потенциал доброты и человеколюбия, составляющий духовную основу существования любого общества.

4. Родители должны знать всю правду о состоянии жизни их ребенка, и решение остается за ними. А задача врачей, в полной мере и доступной форме объяснить все исходы и последствия.

Новорожденный не может сказать о своих желаниях, предпочтениях, душевных страданиях. Восприятие младенца взрослым человеком субъективно. Есть дети с такими тяжелыми отклонениями, что немногие будут настаивать на продолжении поддерживающего лечения. С другой стороны, есть дети с пугающими, но с поддающимися коррекции проблемами, и подавляющее число специалистов согласятся с активным лечением. Но всегда будут младенцы, в отношении которых даже после исчерпывающих дебатов на консилиумах не будет медицинского и социального согласия по этическим стандартам [3].

Закончить хотелось бы словами из проповеди «Святая Правда», которые мне очень близки по пониманию данной проблемы "Эвтаназия — это война против человечества» протоиерея Андрея Ткачева: «... Заболел малыш или, допустим, родился больным — и говорят: нет-нет, это наш малыш, это наш ребенок, есть миллионы семей, в которых родились больные дети, ведь это мой ребенок! ... Им говорят — слушайте, до свидания! Инъекцию, закопали, сожгли — рассеяли. Вот вам, господа товарищи, Европа! Это она, собака, убивает неродившихся и побыстрее сплавляет в крематорий тех, которые сильно больны.... Но мы должны понимать, что идет война против человечества. Такая хитрая, тихая война против человечества... Не сам родился — не сам умирай. Это очевидный закон. Заберет Господь — потом ему ответишь за прожитую жизнь. А старость нужна как время покаяния, слез, молитвы и передачи опыта. Всё это есть в нашей цивилизации как идея — и исчезает из цивилизации западной как факт» [5].

### Литература:

1. Конституция Российской Федерации

2. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия. Издательство: Советская энциклопедия. 1986г. 15912с
3. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г. Перинатальная Психология. Санкт-Петербург: СпецЛит
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”
5. <http://www.andreykachev.com>

## ***ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА – МЕЖДУ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ И ЗАКОНОМЕРНЫМ<sup>5</sup>***

***Шевченко С. Ю.***

***Институт философии РАН, РНИМУ имени Н.И. Пирогова, г.Москва***

Основополагающая методологическая проблема персонализированной медицины связана с необходимостью решения задач по раскрытию индивидуального в рамках естественных наук, занятых выведением универсальных законов. Методологическое различие между науками идиографическими (изучающими неповторимые явления) и номотетическими (имеющих дело с общими закономерностями) введено представителем баденской школы неокантианства Вильгельмом Виндельбандом [1].

Особое значение напряжение между номотетическими средствами и идиографическими задачами приобретает в связи с тенденцией стандартизации в медицине: формировании корпуса жестких и обязательных к исполнению регламентаций. Декларируемая же цель персонализированной медицины напротив состоит в выработке средств понимания биологической уникальности каждого конкретного человеческого организма.

Персонализированная медицина – не единственная дисциплинарная сфера, занятая естественнонаучным познанием индивидуальных явлений. Эволюционная биология, а также космология также описывают единичные явления и процессы, конструируя индивидуальный объект познания («Большой взрыв», биосфера земли), однако перед этими дисциплинами не стоит проблема модификации этого объекта. В связи с такой необходимостью не только и не столько объяснять, сколько прогнозировать и изменять, в персонализированной медицине происходит постоянная пересборка объекта исследования.

В ходе поиска подходов к биомедицинской индивидуализации происходит изменение объекта исследовательской деятельности в рамках персонализированной медицины. В первую очередь это изменение касается служащим её инструментарием молекулярно-биологических дисциплин. В начале 90-х годов XX

---

<sup>5</sup> Подготовлено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 15-03-00822.

века, на заре возникновения персонализированной медицины, основным объектом исследования были точечные изменения в конкретных генах человека. Интерес представляли в основном узкий набор точечных особенностей отдельного гена, могущих быть связанным с изменением степени риска развития определённой патологии или её течением. Затем, в середине первого десятилетия XXI века произошло расширение исследовательского поля – поиск этих особенностей касался уже не отдельного гена, а всего генома. Сегодня накопление статистических данных в рамках данного типа исследований (полногеномного поиска ассоциаций) продолжается. Однако несмотря на удешевление лежащих в его основе лабораторных методов, этот подход часто критикуется за невысокое практическое значение полученных результатов. Происходит ещё большее расширение предмета исследования: сегодня всё чаще изучаются не просто те или иные комбинации «букв» генетического кода – проблематизируется их функциональная роль в функционировании живых систем [3]. Возрастает значение ин-виво экспериментов, проводимых на клеточных линиях или модельных организмах – например, мушках-дрозофилах. В рамках решения задачи по поиску путей познания биомедицинской индивидуальности происходит постоянное расширение предметного поля, что позволяет методологически определить биомедицинскую индивидуальность в качестве горизонта проблемного поля персонализированной медицины и лежащей в её основе биологических наук.

В этом же контексте различия идиографического и номотетического могут быть раскрыты изменения подхода к системе тождеств и различий, связанные с задачей моделирования биомедицинской индивидуальности и подбора наиболее точного, «прецизионного» лечения. Медицинская индивидуализация предполагает познание уникальной конфигурации молекулярно-биологических событий, приводящих к развитию патологии у каждого конкретного пациента. Однако сведение ряда случаев в группу необходимо для статистической оценки точности предсказания возникновения заболевания, оценки эффективности методов его предотвращения и лечения, а также – для стандартизации стратегии лечения, что считается необходимым для минимизации количества врачебных ошибок. Основной методологической проблемой в этой связи выступает необходимость относить индивидуальное как уникальное к определенным группам и задавать границы этих групп. Основной причиной к возникновению новых классификационных (нозологических) групп служит разработка новых методов лечения и критериев отбора пациентов, у которых их применение может быть наиболее эффективным. Так, создание первого «персонализированного» препарата, трастузумаба, привело к формированию новой нозологической группы Her-2-

позитивного рака молочной железы: лекарство наиболее эффективно у пациентов отобранных, исходя из этой молекулярной особенности клеток опухоли, и применяется только для их лечения.

Таким образом, может быть обозначено методологическое противоречие. С одной стороны, персонализированная медицина предполагает конструктивистский характер классифицирования заболеваний, исходя из успехов биотехнологии и фармакологии. С другой – заболевание понимается как природный феномен, познание механизмов возникновения которого является краеугольным камнем развития медицины.

На уровне семантики проблема может быть сформулирована через напряжение между именованием и классификацией – чаще всего, заболеваний и факторов риска. Классификация позволяет обращаться как группе референтов, так и к интенциональному (смысловому) измерению термина, что расширяет теоретические возможности персонализированной медицины как науки. Например, диагноз Her-2-позитивный рак молочной железы представляет собой дескрипцию ряда злокачественных опухолей, для выделения которого обозначена конкретная операция – иммуногистохимическое исследование на присутствие белка Her-2. Если в рамках предикции ответа на лечение используем несколько десятков или сотен характеристик опухоли – её классификационное обозначение должно включать десятки или сотни предикатов, что делает обозначение громоздким и не применимым в практике. В итоге принимается обозначение через референцию к индивиду «опухоль пациента А», что естественно удовлетворяет запросу на персонализацию, но отрицает всякий диагностический смысл. Классификационное же обозначение также выглядит теоретически произвольным, поскольку формулируется исходя из имеющихся инструментов воздействия на заболевание [2].

Эти методологические и логические противоречия находят операционалистское разрешение через признание познанными только тех молекулярно-биологических процессов, течение которых может быть спрогнозировано, модифицировано или остановлено внешним воздействием (биотехнологического характера).

### **Литература:**

1. Михайлов И. А. Виндельбанд // Новая философская энциклопедия / Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. совета В. С. Стёпин, заместители предс.: А. А. Гусейнов, Г. Ю. Семигин, уч. секр. А. П. Огурцов. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: Мысль, 2010.
2. Тищенко П. Д. Философские основания персонализированной медицины (ПМ): казуса А. Джоли и М. Шнайдера //Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 21. 2015.
3. Ward L., Kellis M. Potential and limitations of genome-wide association studies// Nature Biotechnology. 2012. №30. P. 1095–1106.

## **ТОЛЕРАНТНОСТЬ В ПСИХИАТРИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ БИОЭТИКИ**

**Шелыгина Е.А., Шелыгин К.В.**

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г.Архангельск**

Возникшая в 1970-е годы биоэтика явилась ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной клинической практике. Широкие обсуждения «проблемных ситуаций» в современном обществе оказались исключительно близки по содержанию биоэтическим дилеммам, возникающим при оказании психиатрической помощи. Диагноз психического расстройства несет на себе такую негативную социально-этическую нагрузку, какой не имеет ни одна другая клиническая медицинская специальность. Это оборачивается для психиатрических пациентов стигматизацией, снижением общественного доверия, ущемлением достоинства, ограничением прав, социальным остракизмом. Полное устранение всех ограничений, которые накладывает общество на душевнобольных, невозможно, поскольку сама душевная болезнь ограничивает определенным образом жизнедеятельность человека. Отсюда в профессиональной деятельности в психиатрии особенно значима роль правильного этического поведения, что обусловлено характером взаимоотношений медицинских работников с пациентом и спецификой возникающих при этом моральных проблем.

Следовательно, одна из важных задач психиатрической этики — повышение толерантности общества по отношению к лицам с психическими отклонениями, преодоление предвзятости, отчуждения, а также регулирование санкций в отношении психически больных.

Толерантность (от лат. *tolerantia* - терпение) определяется в «Малом энциклопедическом словаре Брокгауза и Ефрона» как «терпимость, веротерпимость»; в «Большом энциклопедическом словаре» как «терпимость к чужим мнениям, верованиям, поведению»[6]; в «Энциклопедии социологии» как «терпимость к чужому образу жизни, поведению, чужим обычаям, чувствам, верованиям, мнениям, идеям. Толерантность является одним из основополагающих демократических принципов, неразрывно связанным с концепциями плюрализма, социальной свободы и прав человека» [8].

Таким образом, толерантность это отношение или позиции одних людей к мнениям, верованиям и поведению других людей, это мировоззренческие и психологические установки индивидов, и общественного сознания (например, общественное настроение). Кроме того, «установка на толерантность представляет собой волевой акт для индивида и проявляется в действии, а не в абстрактном рассуждении на тему»[4]. Толерантность как волевая установка может опираться на различные варианты самовосприятия.

Например, когда индивид самое себя рассматривает как принципиально незавершенное существо, открытое опыту. Или это тип сознания, опирающийся на представление о себе как самодостаточной личности и обладатель такого типа сознания проецирует на внешний мир свои нормы и ценности, а значит, оценивает другого, исходя из его близости проецируемому эталону [4].

Рассмотрение толерантности в морально-этическом ключе приводит к определению ее а) как ценности б) как добродетели. Это позволяет сформулировать проблему границ в категориях принципов и условий толерантности [3]. Первым из принципов является **определение объекта толерантности**, определение которого зависит от ответа на вопрос: по отношению к чему или к кому следует быть толерантным? Вторым принципом толерантности – это **отказ от монополии** на знание того, в чем не может быть абсолютной человеческой уверенности. Толерантность предполагает разногласие. Она не только не требует отказаться от своих убеждений, но, напротив, призывает к существованию различных течений мысли, казалось бы несовместимых интеллектуальных и духовных миров. Третий принцип заключается в **рассмотрении толерантности в инструментальном ключе**. «Рассмотрение толерантности не как конечной цели морального совершенствования межличностного общения, а как стартовой позиции на пути к достижению гуманного сосуществования. С толерантности следует начать. Она есть средство преобразования ситуации взаимоотталкивания и неприятия, которое наблюдается в социальной жизни» [3]. Толерантность является качеством разных социальных субъектов, а связь толерантности индивида и его локальной социальной группы является диалектической – обе эти толерантности взаимообуславливают друг друга.

Экстренные состояния пациентов, представляющие прямую или потенциальную угрозу жизни и трудоспособности и требующие немедленного вмешательства, являются довольно рутинным компонентом медицины. Биоэтика накопила достаточный багаж инструментов для выравнивания асимметрии отношений медицинский работник-пациент в ситуации болезни. В случае же психических заболеваний ситуация меняется. Большинство пациентов в психиатрии лишь частично способно к коммуникации или не способно к ней, однако продолжает в ней нуждаться. Выстроить партнерскую коммуникацию с такими пациентами, выполняя по отношению к ним надзорную, компенсирующую или лечебно-контрольную функции, очень сложно. Еще более серьезной проблемой является агрессивное поведение больных [5,7]. Если говорить о медицинских сестрах в области психиатрии, то они являются кураторами пациентов, осуществляют основной уход за ними, сопровождают их на прогулках, манипуляциях, обучают навыкам самообслуживания, выявляют проблемы больных, осуществляют контроль над изменением их психического состояния, оказывают помощь

в адаптации к условиям жизни. Надзорная функция медицинского персонала является важной составляющей лечебного процесса. Это обстоятельство фиксируется в специфике сестринского процесса в психиатрии, имеет ряд особенностей организационного характера, связанных с режимом учреждений психиатрического профиля, психологическими нюансами подхода к больным [9].

Как указывают Булыгина В.Г., Шульга А.Г., Кабанова Т.Н., ведутся активные поиски по разработке и внедрению в практику методологии и техник управления конфликтами в психиатрических стационарах, в том числе осуществляющих принудительное лечение [2]. Пока же факторы интолерантного поведения нивелируются за счет стихийных механизмов. К ним относятся специфические корпоративные нормы, религиозные практики, формы коллективного действия. Члены медицинского коллектива могут одобрять, игнорировать или осуждать факты интолерантности в адрес пациентов, нормативное закрепление такой позиции на уровне субкультуры организационной нормы означает применение моральных санкций к нарушителю. Активное включение конфессий в быт психиатрических учреждений вводит внешнего морального арбитра, влияющего как на само поведение медицинских работников учреждения, так и на их систему моральных норм.

Специфика сестринской профессии в психиатрии требует дополнительного профессионального совершенствования по проблемам толерантности, которыми в условиях психиатрического медицинского учреждения является наставничество [1,6]. Итак, в основе современной системы организации психиатрической помощи, наряду с парадигмой патернализма и парадигмой юридического контроля (уважение к законности как таковой), лежит также толерантность по отношению к лицам, страдающим психическими расстройствами.

## **Литература**

1. Богачева Е.В. Профессионально важные качества медицинских сестер // Среднее профессиональное образование. 2011. №7. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/professionalno-vazhnye-kachestva-meditsinskih-sester> (дата обращения: 21.01.2017)
2. Булыгина В.Г., Шульга А.Г., Кабанова Т.Н. Методология и практика управления конфликтами в отношении пациентов в психиатрическом стационаре // Психическое здоровье. 2010. №8. С. 50-55.
3. Валитова Р.Р. Толерантность: порок или добродетель? // Вестник Московского университета. Сер. 7. Философия. 2011. №1. С. 33-37.
4. Глебкин В.В. Толерантность и проблема понимания: Толерантное сознание как атрибут Homo intellegens // На пути к толерантному сознанию / Отв. ред. А.Г. Асмолов. М., 2010. С. 8-11.
5. Голенков А.В., Ундеров Д.А., Аверин А.В. Особенности работы медицинского персонала скорой психиатрической помощи при обслуживании больных с агрессивными тенденциями // Главная медицинская сестра. 2014. №9. С. 129-142.

- 6 Климентова И.В., Андриянова Е.А. Толерантность как фактор профессионализации медицинских сестер // СИСП. 2015. №11 (55). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/tolerantnost-kak-faktor-professionalizatsii-meditsinskih-sester-v-psihiatrii> (дата обращения: 21.01.2017).
7. Криворучко Ю.Д., Тактаров В.Д. Общественно-опасные действия психически больных лиц пожилого возраста и их судебно-психиатрическая оценка // Человеческий капитал. 2012. №4 (40). С. 151-154.
8. Социология: Энциклопедия / Сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн., 2003. URL: <http://slovari.yandex.ru/dict/sociology/article/soc/soc-1202.htm> (дата обращения 15.12.2016).
9. Точиллов В.А., Кушнир О.Н. Сестринский процесс в психиатрии // Медицинская сестра. 2011. №1. С. 5-7.

## ***ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ***

***Шурундина Е.М., студентка 2 курса Оренбургского института (филиал) ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)», г. Оренбург***

***Научный руководитель: зав. каф. административного и финансового права, к.ю.н., доцент Коновалов В.А.***

С развитием цивилизации человек изобрел множество аппаратов и приборов, которые облегчают жизнь в повседневных условиях и спасают во время критических ситуаций. Одним из таких изобретений является самолет. В современном мире самолеты используются повсеместно: перевозка граждан, различного вида грузов, также воздушные суда используются и для решения важных государственных задач.

Одним из самых распространённых направлений использования летательных аппаратов является санитарная авиация. В определенных жизненных ситуациях нет возможности транспортировать пострадавшего обычной скорой помощью, в связи с плохой транспортной доступностью, большой удаленностью медицинских учреждений, тяжестью состояния лица, требующего медицинской помощи. Для оказания экстренной медицинской помощи при вышеперечисленных условиях используется санитарная авиация.

Свою историю служба санитарной авиации начинает со времен Первой Мировой войны. Именно в этот период появляются специализированные самолеты. Одним из примеров подобного летательного аппарата является Ш-2 - первый советский серийный самолёт-амфибия. Он претерпел изменения конструкции, а именно появления отсека для носилок, благодаря этому пострадавшим могла быть оказана более быстрая медицинская помощь в условиях кровопролитной войны. Продолжило свое развитие санитарная авиация и во время Второй мировой войны. Согласно статистическим данным, чуть больше одного миллиона пострадавших было переправлено по воздуху в медицинские центры, при

этом показатели летальности не превышали 5%. Пик развития службы санитарной авиации приходится на 20-й век, когда, кроме специализированных самолётов, началось повсеместная эксплуатация вертолетов. Вертолеты для медицинской эвакуации пострадавших граждан обладают важнейшими качествами, являющимися их преимуществом в данной области: возможность работать в ограниченном пространстве, например, в крупных городах, на палубах кораблей, на крышах зданий, в проселочной местности. Вертолеты отличаются высокой степенью маневренности и подвижности.

Согласно статье 5 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - при оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья. Медицинская эвакуация включает в себя: 1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом; 2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

Способ транспортировки пострадавшего всецело зависит от его состояния: в некоторых случаях лицо должно быть обездвижено, так как любые перемещения могут усугубить состояния здоровья. Именно поэтому в санитарной авиации, помимо «легких» самолетов и вертолетов, используется грузовой воздушный транспорт, в котором может быть расположен реанимобиль для уменьшения количества перекладываний лица, получившего серьезные травмы.

Принимая во внимание вышесказанное, можно выделить основные преимущества санитарной авиации над другими видами медицинской эвакуации: во-первых, перевозка людей, находящихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии; во-вторых, транспортировка пострадавшего в сжатые сроки; в-третьих, авиация может доставить человека в медицинские учреждения для оказания ему необходимой помощи, из любой точки мира, когда другие виды транспорта зависимы от дорог, железнодорожных, морских или речных путей.

Несмотря на большое количество преимуществ службы санитарной авиации существует ряд проблем развития и использования данного вида транспорта. В настоящее время отсутствует развитая инфраструктура для использования летательных аппаратов. Примером может послужить недостаток специальных авиационных площадок со стандартным светосигнальным оборудованием в малочисленных и труднодоступных территориях, что осложняет производство вылетов для санитарной авиации не только в ночное время, но и в условиях плохой видимости.

С целью транспортировки людей, требующих экстренной медицинской помощи, полеты в воздушном пространстве над территориями городов крайне

затруднены в виду того, что перелеты над определенными объектами запрещены. При этом, как правило, получение разрешения на согласование маршрута полетов в короткие сроки не представляется возможным.

Обновление парка санитарно-авиационной техники, эксплуатация и содержание летательных аппаратов требуют значительных затрат, однако у большинства государственных медицинских организаций, использующих авиатранспорт для эвакуации пациентов, не имеется достаточно денежных средств.

На бюджеты субъектов Российской Федерации оказывается значительная финансовая нагрузка, связанная с расходами на санитарно-авиационную эвакуацию граждан, нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи. Для решения данной проблемы распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 января 2017 года № 126 определен размер субсидий на закупку авиационной услуги органами государственной власти субъектов России для оказания медицинской помощи с применением авиации на 2017 год на сумму более 3 млрд. рублей.

В настоящее время реализуется приоритетный проект «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации», утвержденный Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 25 октября 2016 года № 9). Несомненно, проект приносит видимые результаты, а именно утверждены региональные программы развития оказания медицинской помощи с использованием санитарной авиации; завершается строительство и реконструкция вертолетных площадок при медицинских организациях; заключаются соглашения с субъектами Российской Федерации – участниками проекта. Государственная поддержка санитарной авиации за счет ассигнований федерального бюджета, несомненно, способствует реализации прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь, особенно проживающих в труднодоступных и удаленных районах нашей страны.

### **Литература:**

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" / [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ru>;
2. Санитарная авиация России // [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://avia.pro>;
3. Прокопьева М.И. Роль санитарной авиации в оказании экстренной помощи в условиях Крайнего Севера / Тюменский медицинский журнал. 2011. №2. Стр.59-60.

## **ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

**Шутова У.Ю.**

**Научный руководитель - д.м.н., проф. Чумакова Г.Н.**

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Архангельск**

Главнейшим ресурсом государства является трудовой - это люди, которые работают и платят налоги. Работодатели, особенно те, что предлагают высокий заработок, хотят, чтобы работник не сидел на больничном, а приносил прибыль. По этому человеку с ограниченными возможностями трудно, а зачастую невозможно найти работу. В современном мире быть больным или иметь ограниченные возможности "не модно", и наше государство активно поддерживает эту тенденцию, ведь здоровое и полноценное население лучше работает, поднимая ВВП. Квалифицированная высокотехнологическая помощь и реабилитация инвалидов требует огромных затрат и в перспективе никак не окупается. С одной стороны государство разрабатывает меры по увеличению рождаемости, с другой - меры профилактики рождения больных детей, детей с наследственной патологией. Одной из мер направленных на пренатальное выявление болезней ребенка является пренатальная диагностика. Пренатальное (дородовое) обследование направлено на предупреждение и раннее выявление врожденной и наследственной патологии у плода. Основой его проведения является искусственный внутриутробный отбор (элиминация) генетически дефектных плодов. При этом используются методы, направленные на точную диагностику аномалий у плода как хромосомного, так и генного происхождения, а также других пороков развития.

При проведении консилиума беременную женщину и членов ее семьи информируют о характере поражения плода, возможных исходах беременности, прогнозе для жизни и здоровья ребенка. В случае принятия женщиной решения о прерывании беременности, операция проводится в акушерско - гинекологических учреждениях в установленном порядке. Показания для искусственного прерывания беременности регламентированы в приказе МЗ РФ № 736:

1. Хромосомные аномалии, подтвержденные кариотипированием плода (До 22 недель беременности. В сроке более 22 недель беременности вопрос о прерывании беременности решается индивидуально консилиумом врачей).
2. Врожденные синдромы и аномалии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода, установленные методами пренатальной диагностики (УЗИ, кариотипирование плода, молекулярная диагностика). Вопрос о прерывании беременности и неблагоприятном прогнозе для жизни плода

должен решаться индивидуально перинатальным консилиумом врачей независимо от срока беременности [3].

Проблемы пренатальной диагностики (ПД):

- Проблема доступности. Исходя из цели, ПД должна быть доступна всем гражданам, но в первую очередь семьям с наиболее значимыми медицинскими показаниями, независимо от их возможностей оплатить тест или любых других соображений. Отсутствие равной возможности использовать ПД не только несправедливо, но и может повлечь за собой социальное неравенство. Дифференцированное использование ПД различными социальными слоями может привести к несбалансированному распределению наследственных болезней по социальным классам. Те, кто более образован, информирован и имеет экономические привилегии, используют систему медико-генетической помощи наиболее эффективно. Более того, бремя ухода за больными детьми может в большей степени лечь на тех, кто менее всего может позволить себе это и имеет меньше возможностей получить адекватное лечение и социальную поддержку. Когда медицинские ресурсы общества ограничены, приоритеты должны формироваться на основании серьезности генетического заболевания для семьи и популяции и величины риска. При наличии медицинских показаний, ПД должна быть доступна всем беременным женщинам, независимо от их взглядов на аборт [2].
- Проблема добровольности абORTов /давления на семью. Врач не должен ставить предварительным условием ПД желательность абORTа пораженным плодом, однако он должен представлять, что большинство пар, обращающихся за ПД, могут изменить свое решение после получения результата теста, указывающего на наличие у плода серьезного заболевания, приводящего к инвалидности, независимо от первоначальных установок. ПД должна проводиться строго на добровольной основе. Предложение врача пройти ПД не означает принуждение, это информация. Решение, сделанное на основе пренатального теста, должна принять семья. Только будущие родители должны решить, является ли риск наследственного заболевания достаточным основанием для пренатального тестирования и прерывания беременности, если у плода будет найдена патология. Выбор женщины и/или супругов относительно беременности пораженным плодом должен быть уважен и защищен в рамках семьи, законодательства и культуры страны. Только супруги, а не врачи или представители государственных, религиозных, общественных организаций, должны решить сохранить или прервать беременность в этом случае. Ни одна женщина не может принуждаться к абORTу или донашиванию плода.

Традиционно аборт был этически приемлем и узаконен при риске тяжелого наследственного заболевания у плода, но эта точка зрения сформировалась, когда можно было диагностировать пренатально небольшое число тяжелых наследственных заболеваний. Однако и при ПД тяжелых наследственных болезней могут возникать этические дилеммы. Это отчасти связано с тем, что проявление наследственных, в том числе патологических, признаков подвержено широкой вариации, которую обнаруживают как само проявление или не проявление генотипа, так и время и степень манифестации. Поэтому, даже обнаружив определенное изменение в геноме, часто нельзя дать однозначный прогноз о его влиянии на здоровье человека, а, следовательно, нельзя предложить однозначную рекомендацию, о сохранении и лечении пораженного плода или прерывании беременности.

Принцип свободы выбора семьей репродуктивного решения должен быть сохранен, но выбор должен быть информированным. Информация о здоровье плода, полученная в результате ПД, может использоваться для приготовления к рождению ребенка с аномалиями. Проведение ПД для помощи супружеским парам в подготовке к рождению больного ребенка, имея в виду, что они понимают и принимают риск процедуры, этически приемлемо, если риск для плода минимален. В некоторых случаях информация о состоянии плода может сделать роды более безопасными для матери и ребенка. Некоторые супружеские пары используют информацию о болезни ребенка для планирования раннего лечения, ухода за ним, реабилитации и образования. Некоторые пары меняют свое мнение о приемлемости прерывания беременности после получения результата, указывающего на потенциальную инвалидность ребенка.

Следуя принципу автономии, врач должен уважать мнение полностью информированной и проконсультированной пары и позволить им самим определить серьезность состояния своего будущего ребенка. Решение лучше оставить тому, кто будет растить ребенка [2].

- Проблема формирования негативного отношения общества к людям с ограниченными возможностями (инвалидам) и неизлечимо больным. Некоторые авторы считают, что все более активное использование ПД отнимает социальные ресурсы у людей с недостатками, тогда как другие считают, что этому нет доказательств. Большинство опасений людей с ограниченными возможностями по поводу широкого распространения ПД связано с изменением восприятия аномалий в обществе в целом. Как отмечает В. Albert, председатель Комитета по биоэтике Европейского подразделения Международной ассоциации инвалидов (Disabled People International, DPI), концепция репродуктив-

ного выбора является глубоко порочной, так как она формирует такой социальный и медицинский климат, при котором у инвалидов, по сути, не остается выбора[2].

- Проблема прав человека. Каждый человек имеет право родиться, каждый человек имеет право на жизнь, уважение его личности. В ноябре 2000 г. Европейское подразделение DPI, включающее в себя объединения инвалидов из 130 стран, обратилось к общественности разных стран со специальным воззванием по поводу использования новых генетических технологий для выявления и селективного аборта плодов с врожденными и наследственными заболеваниями. Эта деятельность, как отмечается в воззвании, оскорбляет человеческое достоинство инвалидов, ущемляет их жизненные права и рассматривает их как ненужное бремя. Генетическое консультирование оценивается ими как директивное и дезинформирующее родителей относительно реального опыта инвалидов. Критерии тяжести аномалий плода, которые являются показанием для аборта, выбраны также без учета этого опыта и основаны на мифах, страхах и стереотипах. Важно, чтобы доступность генетических тестов не привела к иллюзии, что большинство случаев инвалидности устранимо с помощью генетического тестирования и ПД и потому неприемлемо для общества.
- Социальные и экономические программы по предупреждению недоношенности и низкого веса ребенка при рождении должны идти рука об руку с просвещением населения о генетике и ПД. Предупреждение заболеваний путем рационального питания беременных, пренатальной помощи, предупреждения физического и психического насилия и ПД не противоречит увеличению помощи уже живущим людям с аномалиями. По мере старения общества, ожидается, что больше людей будут иметь нарушения всех типов, включая умственные. В этой связи важно возрастание, а не уменьшение, медицинской и социальной поддержки инвалидов. Важно также предотвратить любое принуждение в использовании ПД.
- Гуманизация и образование общества — один из способов решения проблем, связанных с ПД [2]. Нравственный фактор никогда еще не был так важен для развития биологии и медицины. Именно научные открытия послужили причиной того, что этика, имеющая прямое отношение к проблемам человеческой жизни, становится объектом пристального внимания не только среди круга специалистов, но в самом широком смысле становится связующим звеном, позволяющим разрешить проблему доверия всех членов общества к научному сообществу. Этические проблемы ПД показывают, насколько неоднозначно воспринимается этот вид медицинского вмешательства.

Суммируя сказанное, необходимо подчеркнуть, что в настоящее время профессиональным сообществом приняты нормы использования ПД. ПД должна проводиться только для получения семьей или врачами информации о здоровье плода. Она должна быть добровольной и доступной для семей, имеющих медицинские показания, и только будущие родители могут решить, является ли заболевание плода основанием для прерывания беременности или информация о болезни плода будет использована ими для подготовки к рождению больного ребенка и возможного его лечения [2].

### **Литература:**

1. Приказ № 457 от 28 декабря 2000 г. "О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей"
2. Ижевская В. Л. Этические проблемы пренатальной диагностики. 2011
3. Приказ N 736 от 03.12.2007 (ред. от 27.12.2011) «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности

### ***ЭТИЧЕСКИЕ ВОЗЗРЕНИЯ ДЖЕРЕМИ БЕНТАМА КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ ДЕОНТОЛОГИИ Якубенко О.С., студентка 2 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры, отделение социальной работы***

***Научный руководитель - к.б.н., доцент Шалаурова Е.В.  
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,  
Архангельск***

Деонтология в своем развитии и становлении прошла долгий путь до сегодняшних дней. Ее история богата яркими, порой драматическими фактами. Прежде всего деонтология понимается как учение о долге, наука о моральном, эстетическом облике человека в любой профессии.

Цель нашего исследования: проанализировать методологическую основу современных профессиональных этических представлений о долге на примере научных трудов Джереми Бентама.

В качестве метода исследования нами был применен аналитический с целью изучения и анализа научно-исследовательской литературе по предмету исследования.

Особое значение учение о деонтологии имеет в сфере социальных наук, так как они предполагают непосредственное взаимодействие с людьми. Такими сферами являются медицина и социальная работа. Важно знать и понимать идеи, на которых основано учение деонтологии в процессе исторического развития.

Иерамия (Джереми) Бентам родился в Лондоне в семье адвоката в 1748 году. Уже в раннем возрасте он начал трудиться над картиной собственного мировоззрения. Бентам тщательно изучал труды не только западноевропейских мыслителей, но и некоторые русские источники. В своих сочинениях Бентам отстаивал свободу слова, продвигал идею отделения церкви от государства, выступал за женское равноправие, отмену рабства, пыток, телесных наказаний, наказания для гомосексуалистов [3]. Сегодня Джереми Бентам известен миру как английский философ-моралист и правовед, социолог, юрист, один из крупнейших теоретиков политического либерализма, родоначальник одного из направлений в английской философии — утилитаризма. Методологическую основу современной профессиональной этики составляет известная работа Бентама «Деонтология или наука о долге». Для обозначения утилитаристской системы этики Бентамом было введено новое понятие – «деонтология» (от греч. должный, надлежащий) как учение о правильном, должном [1].

Анализ философии профессиональных этических требований отражен в первой части его научного исследования. Где подробно исследуется взаимодействие понятий "интерес" и "долг", само понятие деонтологии, отношение удовольствия и страдания к добру и злу, определение добродетели, благоразумия. Отсюда четко выявляется задача деонтологии – придать социальным мотивам всю силу личных мотивов, убедить, что личные интересы и обязанности перед обществом совпадают, желание собственного счастья, эгоизм людей как сильные мотивы необходимы для обеспечения существования человечества в сочетании с разумом могут служить общественному счастью [5].

Анализируя работу Бентама «Деонтология или наука о долге», П.Н.Ткачев заключает, что, чем равномернее распределяется и приобретает богатство, чем менее имущественное неравенство, тем больше общая сумма счастья. «Удовольствие само по себе есть добро и даже, оставляя в стороне обеспечение от страдания, единственное добро; страдание само по себе есть зло, и в самом деле, без исключений, единственное зло; иначе слова «добро» и «зло» не имеют смысла. И это точно так же справедливо о всяком роде страдания и о всяком роде удовольствия» [4]. А так как человек всегда стремится доставить себе удовольствие и избежать страданий, то, следовательно, каждое человеческое действие вызывается хорошим мотивом.

Утилитарская мораль, сформулированная Бентамом, предписывает человеку идти по такому пути, по которому он получит больше удовольствий, чем страданий. Каждому человеку свойственно стремление к счастью. Все люди, согласно Бентаму, стремятся к удовлетворению своих желаний. Счастье, или польза заключается в удовольствии, но при отсутствии страдания, то есть сча-

стве заключается в чистом, длительном и непрерывном удовольствии. И удовольствие, и польза понимались Бентамом предельно широко: наслаждение - это всякие наслаждения, в том числе чувственные, польза - всякая польза, в том числе выгода.

Джеремии Бентам находил необходимым приведение частных и общественных интересов к гармонии. Только так, по его мнению, общество сможет функционировать и взаимодействовать благополучно. Так, главный признак утилитаризма (сформулированный еще Ф. Хатчерсоном и Ч. Беккариа) звучит так: максимум возможного счастья — для наибольшего числа лиц [1].

Наивысшую ценность современной деонтологии представляет человек, так как это естественный принцип гуманизма. Теория деонтологии во многих аспектах не является до конца разработанной. Это является главным фактором расширения основных границ исследований, публикаций работ, способствующих внедрению деонтологических принципов в практику. Отдельно в этом нуждается область здравоохранения и медицины [3].

Любое действие может нести благо одним людям и страдание (зло) другим. Если сумма добра и зла вследствие какого-то действия положительна, оно является моральным, если отрицательна — аморальным. Такое утверждение имеет особый вес сегодня. Действие человека для достижения своего счастья может нести вред другим, как правило, большему количеству людей. В таком случае этот поступок признается обществом как аморальный, наказуемый. Бентам проповедовал идеологию буржуазного либерализма. Общее благо, по Бентаму, недостижимо в условиях непреодолимого для общества антагонизма, и поэтому каждый человек должен заботиться только о себе самом. Иначе говоря, деонтологию как учение о личном должном в поведении индивида Бентам противопоставляет этике, науке о морали как общественном должном в поведении и отношениях людей.

Таким образом, главные принципы учения Бентама на сегодняшний день непосредственно отражены в деонтологии любой специфики и направления.

## **Литература**

1. Алисевич В.И. Вопросы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача // *Философские и социальные проблемы биологии и медицины* / под ред. Г.И.Царегородцева. М., 1980. С.72
2. Новая философская энциклопедия. В четырех томах. / Ин-т философии РАН. Научно-ред. совет: В.С. Степин, А.А. Гусейнов, Г.Ю. Семигин. М., Мысль. 2010. т. I, А – Д. С. 626.
3. Орлов А.А. Справедливое мировое устройство в трактате Д.Бентама «План всеобщего и вечного мира» // *Вопросы всеобщей истории*. 2014. №.16.С. 197-209.
4. Ткачев П.Н. Сочинения в двух томах. 2011. С. 212-263.
5. Антисери Д., Реале Дж. Западная философия от истоков до наших дней [Электронный ресурс] // URL: <http://www.cyclopedia.ru/93/193/2677431.html> (дата обращения: 13.02.2017).