

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет

**Философия медицины –  
самосознание терапии**

**Вызовы времени и современная российская медицина**

---

**Сборник статей и тезисов докладов участников региональной  
научно-практической конференции  
19 апреля 2014 г.**

---

**Том II**

Екатеринбург  
2014

**УДК 101.1:61 (08)**

**Философия медицины – самосознание терапии. Вызовы времени и современная российская медицина** / сб. статей и тезисов докладов. Екатеринбург: УГМУ. 2014. – Т. II. – 291 с. ISBN 978-5-89895-648-6

Сборник статей и тезисов докладов участников международной научно-практической конференции 19 апреля 2014г.

В сборнике статей и тезисов преподавателей, аспирантов и соискателей УГМУ «Философия медицины – самосознание терапии. Вызовы времени и современная российская медицина» рассматриваются актуальные, дискуссионные проблемы развития современной российской медицины.

Рассмотрение актуальных проблем становления современной российской медицины с позиции различных философских подходов проясняет мировоззренческую, методологическую, этическую и аксиологическую позицию медицинского сообщества молодых ученых в их научной и профессиональной деятельности в условиях господства мультикультуры, идеологического плюрализма и информационной мобильности современного общества.

Научные работы сборника адресованы ученым, педагогам, клиницистам, аспирантам и студентам медицинских университетов и всем тем, кто ищет верного и результативного в истине науки отношения к реальности нашего времени.

Ответственный редактор по вопросам философии и методологии – доктор философских наук, профессор Князев В.М.

Ответственный редактор по вопросам терапии – доктор медицинских наук, профессор Коротких С.А.

Ответственный соредактор по вопросам философии – кандидат философских наук, доцент Заболотских К.И.

Рецензент – доктор философских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации Пивоваров Д. В.

ISBN 978-5-89895-648-6

©УГМУ, 2014

## Оглавление

### Глава III

#### Биоэтика и дискуссионные проблемы современной медицины

<i>Сиротюк-Ординат Е.А.</i> Проблемы нравственных норм современного медицинского общества с позиции философии Цицерона .....	6
<i>Мийан-Атенсиано М. А., Томас и Гарридо Г. М.</i> (Испания). Перевод с испанского <i>Заболотских К.И.</i> Личность и лицо как основные положения персоналистской биоэтики .....	12
<i>Бородина И. Э.</i> Особенности этики врачебной деятельности в современном обществе .....	21
<i>Жовтяк П. Б.</i> Идея справедливости в современном здравоохранении и медицине .....	27
<i>Абдулина Ю.Н.</i> Красный крест между врачом и пациентом.....	38
<i>Шатров И.М.</i> Эволюция стоматогнатической системы человека: биологические и философские аспекты.....	44
<i>Колотова Н.Н., Козьменко А.Н., Костров Я.В.</i> Феномен боли, страдания в практике врача-стоматолога .....	50
<i>Николаева А. А.</i> Современный метод диагностики пациентов с поражением вегетативных парасимпатических узлов головы герпесвирусной этиологии.....	55
<i>Кожина О. В.</i> Современные этические и социальные проблемы функциональной диагностики .....	64
<i>Папулова М.А.</i> Биоэтика постгеномной медицины – реалии нового времени .....	67
<i>Кудрявцева Е.В.</i> Философские, медицинские и юридические аспекты исследований на генетическую предрасположенность человека к заболеваниям.....	72
<i>Гутман Т., Шрот У.</i> (Германия). Перевод с немецкого <i>Феоктистова Э.Л., Юшковой О.А.</i> Этика добровольного донорства.....	77
<i>Киселев В.А., Феоктистов Э.Л., Юшкова О.А.</i> Этические дилеммы добровольного донорства .....	89
<i>Косарева О.В.</i> Донорство органов – проблемы и перспективы развития ..	95
<i>Глазырина Ю.А.</i> Биоэтика трансплантологии: моральные и этические аспекты .....	101

<i>Исмаилов А.Ш.</i> Биоэтические проблемы лабораторных исследований...	106
<i>Аристов А.Ю.</i> Клонирование: «за» и «против» .....	115
<i>Яковлева П.Н.</i> Стандартизация и проблема индивидуальности в современной медицине .....	127
<i>Гайфутдинов Е.А.</i> Нозокомиальные инфекции: определение, эпидемиология, актуальность и пути решения .....	131
<i>Трофимова Ю. Ю.</i> Знакомьтесь, вакцинация! .....	138
<i>Сомова А.В., Анкудинова А.В.</i> Вакцинопрофилактика и антивакци- нальное движение с точки зрения биоэтической проблемы.....	144
<i>Борзунова Н.С.</i> Гомеопаты или аллопаты: взгляд на проблему современного врача .....	150
<i>Кузнецова О. А.</i> Профилактика инфекционных болезней под этическим углом зрения.....	155
<i>Логина Н.В.</i> Кесарево сечение. Мировая тенденция .....	160
<i>Гребнева О.С.</i> Осложнения беременности – только ли медицинская проблема? .....	166
<i>Щербинина М.Н.</i> Фармацевтическая этика и деонтология. Проблемы современной фармации.....	172
<i>Филимонова А.В.</i> Квалифицированное консультирование: этика современного провизора .....	177
<i>Смирнова М.В.</i> Психофизиологическое воздействие лекарств на человека.	183
<i>Подольск Т.Л.</i> Антибиотики: польза или вред .....	187
<i>Солдатов Д.А.</i> Паразиты... Тайный мир (философско-медицинские рассуждения).....	192

## Глава IV

### Личность врача: проблемы жизни и работы

<i>Шулева О.М.</i> Роль личности врача в современной медицине: психологические, социальные и духовные характеристики.....	198
<i>Попова О.Е.</i> О духовной мотивации профессии врача.....	203
<i>Гончаренко И.М.</i> Врач: проблемы профессионального и духовно- личностного роста.....	207

<i>Тюрин С. А.</i> Проблемы профессионального и духовно-личностного роста врача (современный взгляд).....	212
<i>Белоусова Е. В.</i> Образ врача-философа в творчестве Парацельса .....	217
<i>Огнёв С.И.</i> Психологический портрет детского хирурга .....	222
<i>Петрова Л.Е.</i> Представления врачей о позитивных и негативных аспектах своей работы как индикатор профессионализма .....	228
<i>Пермякова Н.В.</i> Синдром эмоционального выгорания среди медицинских работников (философские и психологические аспекты) .....	235
<i>Свежenceва Е.А.</i> Сравнительный анализ степени выраженности психофизиологической составляющей синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер стационара .....	240
<i>Вагина М.А.</i> Причины низкой приверженности к терапии у пациентов с эпилепсией.....	247
<i>Евсина М.Г.</i> Приверженность лечению в кардиологии. Философский взгляд на проблему .....	256
<i>Ведерникова Л.В.</i> «Улыбка и смех как орудие бога на земле».....	265
<i>Куликов С.Н, Росюк Е.А., Лаврентьева И.В.</i> Формирование культуры репродуктивного поведения у студентов .....	274
<i>Ракова С. М.</i> После ночного дежурства .....	278
Авторская справка .....	281

## Глава III

### Биоэтика и дискуссионные проблемы современной медицины

#### **Проблемы нравственных норм современного медицинского общества с позиции философии Цицерона** *Сиротюк-Ординат Е.А.*

В статье рассматриваются проблемы нашего общества в сфере здравоохранения через призму высоконравственных критериев философии Цицерона. Дана критическая оценка отношения государства к врачу как члену современного общества и негативного влияния этого отношения на морально-этические и практические аспекты взаимоотношений врача и пациента. Представлены вероятные пути решения выявленных проблем.

Марк Туллий Цицерон (106-43 г.г. до н.э.) – великий философ Древнего Рима, оказавший большое влияние на мыслителей и писателей поздней античности, раннего христианства, эпохи Возрождения и на французских просветителей. «Никогда не будет написано более мудрого, более справедливого, более полезного сочинения»- сказал Вольтер накануне французской революции о знаменитом трактате Цицерона «Об обязанностях». Фридрих II назвал эту работу лучшим сочинением по нравственной философии, которое когда-либо было или будет написано. Таким образом, ещё в XVIII веке трактат воспринимался не только как памятник античной мысли, а и как пособие по прикладной морали. Рассмотрим основные положения работы.

В исполнении обязанностей в любой области жизнедеятельности Цицерон видит смысл жизни. Человек всегда должен стремиться к высшему благу, которое нравственно прекрасно и полезно. Нравственно прекрасными считаются четыре добродетели:

1. познание истинны;
2. двуединая добродетель - справедливость и благотворительность – и вытекающие из неё обязанности гражданина;
3. величие духа (доблесть);
4. благопристойность, умеренность [1].

Первое требование справедливости в том, что бы никому не наносить вреда, если только тебя не вызвали на это несправедливостью; затем, чтобы пользоваться общественной собственностью как общественной, а частной как своей [2]. Охрана собственности есть причина образования государства. Кто завладеет чужой собственностью, тот нарушает права человеческой общности. Забота о своем имуществе не порок. Цицерон осуждает несправедливость не только тех, кто её совершает, но и тех, кто

не оказывает помощь потерпевшим её. Обдуманная справедливость должна караться более сурово, чем совершенная в состоянии аффекта. Благотворительность (доброта, щедрость) не должна вредить тому к кому её проявляют, идти за счет других людей и распределяться должна в соответствии с достоинством того, к кому её проявляют.

Государство Цицерон представляет как некий естественно образовавшийся и разросшийся организм, подобно семье. Все люди – члены семьи обязаны помогать друг другу и благочестиво относиться к отечеству, семье, близким. Шкала обязанностей такова:

1. обязанности по отношению к отечеству и родителям;
2. к детям и семье;
3. к родственникам и друзьям [3].

При выборе поступков гражданин должен исходить из того «что нравственно прекрасно, то и полезно». Не может быть полезным то, что не является нравственно – прекрасным. Порок не может быть прекрасен. В трактате «Об обязанностях» Цицерон создает идеализированный образ высоконравственного римского гражданина. Этим трудом и своим дальнейшим активным участием в борьбе за сохранение республики он наводит на мысль, что путь к светлому будущему лежит через просвещение народа, нравственное совершенствование гражданина, через союз всех сословий, объединенных общей идеей создания свободного гуманного справедливого государства, опирающегося на критерии высшего блага, принимающего разумные законы, совершенствуя общество. Цицерон хочет, чтобы народ осознал важность и необходимость соблюдения высоконравственных позиций в построении и работе государства и в трактате он выстраивает свою философски обоснованную концепцию нравственных, моральных и этических норм деятельности государства и его граждан. Опытный политик, психолог, философ, он поднимает на должную высоту именно те нравственные качества, которые более всего важны для народа, такие как: правдивость, справедливость, доброта, щедрость, верность слову и честное исполнение обязательств, доблесть, бескорыстие, милосердие, благотворительность. У власти должны стоять только мудрые, дальновидные, честные, верно служащие интересам народа люди. Именно эти нравственные критерии более всего способны объединять людей и сохранять общее благополучие.

Давайте попробуем разобраться, что происходит в нашем государстве. Какие нравственные проблемы существуют в нашей медицине. Что не так и как это исправить.

Мы живем в богатой стране и, так как большая часть населения сейчас живет бедно и за чертой бедности не по своей вине, то государство обязано и может найти средства, чтобы обеспечить своим гражданам достойное бесплатное медицинское обслуживание. Справедливость того требует. Здоровье народа – это главная забота власти, от него зависят трудоспособность, обороноспособность, благополучие и будущее страны. Забота о здоровье людей более всего соответствует самым высоким нормам нравственно – прекрасного и полезного и достойно самых щедрых материальных вкладов, как со стороны государства, так и частного капитала (благотворительность, инвестиции). Профессия врача самая востребованная, ответственная, требующая большой тщательной подготовки и постоянного совершенствования работа. Кроме знаний и мастерства эта профессия требует от человека особой добросовестности, честности и бескорыстия. Она изначально ориентирована на добро, но при этом сам врач постоянно рискует своим здоровьем и плохо защищен. О людях этой профессии государству необходимо заботиться.

Конечно, труд врача – это не благодеяние, это работа, и он не должен рассчитывать на особую благодарность, но если кто-то хочет его отблагодарить, в этом нет ничего нравственно предосудительного. Врач должен честно и добросовестно выполнять свои обязанности независимо от материального положения больного и его национальной принадлежности. Каково же положение врача в нашей бесплатной медицине? К сожалению, на зарплату врача невозможно прожить и прокормить семью. Приходится искать дополнительную работу или дежурить, а значит работать по 32 часа подряд и больше, что противоречит даже нашему трудовому законодательству. В результате после стольких лет учебы квалифицированные специалисты или уходят из медицины, или теряют здоровье от перегрузок, или уезжают из страны. Чтобы оправдать затраты на подготовку специалистов и компенсировать нехватку персонала, государство не находит лучшего выхода, чем, провести реформу и обязать выпускника отработать несколько лет в наиболее неблагоприятной и низкооплачиваемой области медицины, не давая ему возможности дальнейшего роста. Те, кто считает медицину своим призванием, будут вынуждены подчиниться, терпя лишения. Кто за это несет ответственность? Врачей не хватает, больные остаются без необходимой помощи. Разве это справедливо?

Не без нарушений нравственных норм работают введенные платные услуги. Часто больным их пытаются навязать без всякой необходимости. Особенно этим грешат частные медицинские центры. Нельзя превращать врача в торгового менеджера, вынуждать рекламировать и назначать дорогие лекарства, ненужные процедуры и анализы. Врач должен руководствоваться интересами больного, а не материальной выгодой.

Хуже того. Сколько вскрыто фактов, когда ставили несуществующие диагнозы, проводились лжеанализы. Все ради наживы. Крайне позорный случай, когда врачи берут с больных деньги за бесплатные услуги, пользуясь неосведомленностью больных малообеспеченных людей. Если у врача маленькая зарплата, это не значит, что он должен обирать своих пациентов.

А сколько вреда приносит реклама, несоответствующая возможностям и назначениям лекарственных чудо-средств. Люди верят рекламе, а не врачу, и только усугубляют свое положение. Это – не просто безнравственная ложь, это - преступление. Врач не должен материально зависеть от пациента, стремиться больше на нем заработать. Это кощунственно, вредно и безнравственно. В результате доверие и уважение к врачу падает, люди боятся идти лечиться, запускают болезнь, а ведь доверие пациента - основа успешного лечения. Своему врачу надо доверять как своему священнику. Врач должен иметь возможность не думать о деньгах, получая за свой труд достойную зарплату. Это привлечет новые силы в науку и медицину, улучшит морально этическую атмосферу в обществе.

Люди рождены ради людей, дабы быть полезными друг другу, должны служить общим интересам, обмениваться знаниями, опытом, при этом соблюдая обязательства: не преграждать доступа текущей воде, позволять другому брать от своего огня, давать раздумывающему честный совет, если он захочет получить его [4]. Очень достойные и полезные правила для любого коллектива, если они не ведут к бесчестным поступкам и не противоречат нормам морали.

Пора бы вспомнить и о культуре общения. Цицерон учит: вести себя нужно выдержано, разумно, как подобает положению, ситуации, времени и месту. Повышать тон на больного можно, только если это идет ему на пользу или если по-другому он не понимает. В остальных случаях нужно держаться доброжелательно и внимательно относиться к пациенту, что бы тот чувствовал заинтересованность врача и испытывал к нему доверие. Врач лечит словом.

Хочется заступиться за тех, перед кем мы все в долгу, «тому от кого мы получили займы, должны воздать с лихвой». Неужели нельзя было сохранить нашим пенсионерам все льготы? Это великая несправедливость и наш позор.

Непонятно что происходит в нашей финансовой сфере. Почему выделенные правительством на повышение зарплаты работникам здравоохранения и образования средства получили на местах странное распределение, и выразились для рядовых сотрудников в трехзначных цифрах. Почему эти вопросы не обсуждаются в коллективах? Для борьбы

с несправедливостью нужно знать причину зла. Кто завладевает чужой собственностью – совершает противозаконие. Даже благотворительность не должна идти за счет другого. Каждый человек должен заботиться о своих доходах, чтобы выполнять обязательства перед близкими. Почему мы не имеем такой возможности?

Цицерон осуждает несправедливость не только тех, кто ее совершает, но и тех, кто не оказывает помощи потерпевшим её. Разве справедливо в наших условиях сокращать бесплатные услуги, закрывать медицинские учреждения, мизерно увеличивать зарплату за счет сокращения ставок. В обществе растет недовольство и агрессия, и немаловажную роль здесь играет мракобесие виртуального пространства, где часто некомпетентные мнения в геометрической прогрессии увеличивают волну негодования, где часто не идет речь о поиске истины и восстановлении справедливости, а лишь об удовлетворении своего эго и амбиций.

Мир должен развиваться, ориентируясь на состояние здоровья человека и окружающей среды. Если не уделять достаточное внимание проблемам здравоохранения, мы можем создать нежизнеспособное общество. Недооценивать необходимость контроля и поддержки этой сферы деятельности со стороны власти безнравственно и преступно.

Таким образом, в обществе, где правят деньги и сила, нравственные нормы постоянно нарушаются и попираются. Только нравственный разум способен поставить всё на свои места. Необходимо взрастить сильное, здоровое, поколение, и поможет здесь не болонская система образования, а ориентация на «нравственно – прекрасное». Тысячи лет людей раздрают страсти, искушают и вводят в грех соблазны, «люди все те же, только квартирный вопрос их испортил» (М.А. Булгаков), и полагать, что удастся вычистить «авгиевы конюшни» силами одного поколения наивно. Но попустительство, которое владеет нашим обществом, едва ли не больший грех, чем грех причинения несправедливости. Нужно стремиться устранить «разруху в головах, а не в клозетах» (М.А. Булгаков). Может быть, это приведет хотя бы к стабильности.

Нужно принимать более активную гражданскую позицию, объединяться, чтобы защищать свои права (весь мир делает это), создавать конкретные программы и добиваться желаемого через общественные союзы.

В заключение хочется привести строки Р.Киплинга:

«О, если ты спокоен, не растерян,  
Когда теряют головы вокруг,  
И если ты себе остался верен,  
Когда в тебя не верит лучший друг,  
И если ждать умеешь без волнения,

Не станешь ложью отвечать на ложь,  
Не станешь злобен, став для всех мишенью,  
Но и святым себя не назовешь...  
...И если можешь быть в толпе собою,  
При короле с народом связь хранить,  
И уважая мнение любое,  
Главы перед молвою не клонить,  
И если будешь мерить расстоянье  
Секундами, пускаясь в дальний бег,-  
Земля – твое, мой мальчик, достоянье,  
И более того, ты – человек!»

### *Литература*

1. Горенштейн В.О, Грабарь-Пассек М.Е, Утченко С.Л. Литературные памятники. Цицерон. О старости. О дружбе. Об обязанностях. - М.: Наука,1974. - С.169.
2. Там же. - С.63.
3. Там же. - С.172.
4. Там же. - С.71.

## **Личность и лицо как основные положения персоналистской биоэтики\***

*Мигель Анхель Мийан-Атенсиано, Глория Мария Томас и Гарридо*

### *Введение*

Какие положения утверждают личность в качестве центрального объекта персоналистской биоэтики? Знание этих оснований оказывает неоценимую помощь в определении модели человека, которая вдохновляет вышеназванную биоэтику и позволяет нам переосмыслить человеческие отношения, начиная от поверхностного, первого взгляда и таких отношений, которые переходят в связь, укорененную в бытии и свободе, такую, что позволяет нам рассматривать личность как границу самой себя.

Особенное прочтение каждого человека через понятие лица – цель этических размышлений в философии Эммануэля Левинаса. Лицо превращается у него в интуитивное эпифаническое выражение, которое в анонимности своего взгляда утверждает распознаваемое присутствие человечества.

### *Личность, как основа персоналистской биоэтики*

Бытие, ценность-благо, достоинство, долг и цель, это понятия первой необходимости для построения аргументации персоналистской биоэтики. Эти исходные понятия побуждают нас исследовать основы и каркас, на которых персоналистская биоэтика возводит свое антропологическое обоснование. Существует пять характеристик или качеств, которые заостряют интерес на заботе личности, как основной действующей силе биоэтических размышлений, а также ее различных проявлений.

– Основное этическое предназначение персоналистской биоэтики – это забота о личности и ее защите. Равным образом, особое внимание в ней уделяется уязвимому или незащищенному.

– Эта биоэтическая модель исходит из междисциплинарности наук для того, чтобы выстроить человеческое размышление, открытое трансцендентному и ценности человеческой жизни отдельной личности.

– Человеческое бытие распознается в сфере причастности к другим, при сохранении своего индивидуального бытия, но принимая и благоприятствуя «связности», в которой всякий мужчина или всякая женщина участвуют как социальное бытие.

– Определяя специфику человеческого, персоналистская биоэтика исходит из различения между «нечто» и «некто», между вещью и личностью.

– С нормативной точки зрения персоналистская биоэтика исследует личность исходя из ее самости, которая возникает, основываясь на внутреннем достоинстве ее бытия.

### *Забота о человеческом и его защита*

Сложность понимания сферы человеческого и людей исходит из положений об ответственности и всеобщности; важность ответственности в защите и заботе о жизни превращается в преобладание права на жизнь перед свободой; свободен только тот, кто жив. Этот принцип ответственности не может быть понят, если первоначально не *окажется* ясным, что жизнь – это всеобщее право, такое, согласно которому каждое человеческое бытие, каковыми бы ни были его: состояние, раса, национальность, культура, человеческая действительность или психическое состояние, – одинаковы и составляют часть социального порядка, у которого они запрашивают помощь и защиту, с целью утверждения себя не только как граждан, но и как личностей. Утверждение в качестве личности включает в себя бытие в качестве участников определенной социальной роли, которая, в свою очередь, содержится в самой человеческой природе. Поэтому всеобщность, понятая в рамках социального порядка, в котором участвуют, в равенстве условий, сумасшедший, старик, младенец, равно с другими личностями, которые имеют в распоряжении сознание и разум. По этому поводу Шпеман отмечает, что:

*«личность это не особенное понятие, но форма существования индивидов в роде «человека». Таким образом, что каждый из них занимает неповторимое место в сообществе личностей, которые мы называем «человечество», и только как названия этого места они понимаются как личности, кем-то кто занимает точно такое же, похожее место».*

Для того чтобы прояснить более подробно эту часть и установить критерий, который позволит нам представить, что такое есть личность, Шпеман предлагает следующее определение: «биологическая принадлежность к человеческому роду. Здесь также невозможно отделить начало и конец существования личности от начала и конца человеческой жизни».

Но есть причины, которые могут заставить нас задуматься в сфере заботы и защиты жизни, которые предстают перед нами в обертке, предварительно изготовленной нашим временем, и которые спрашивают нас о нашей жизненной ответственности. Снижение демографического роста в развитых странах (в частности в Европе), обусловленное спадом рождаемости, соответственно ставит нас перед проблемой возрастания бесплодия, и, как следствием из этого, перед возрастанием случаев искусственного оплодотворения, которое, в свою очередь, может иметь последствия для здоровья детей.

Одним из главных социологических феноменов прошедшего XX века была эмансипация женщин, что подразумевало включение женщин в сферу работы, облегчение их профессионального развития, столь желаемого женским сообществом. Это предполагало отодвигание детородного возраста, но это же явление спровоцировало несоответствие в биологическом ритме женщин, поскольку репродуктивная способность не одинакова в 25 и в 35 лет.

Для того чтобы решить проблему бесплодия и увеличить рождаемость мы не можем следовать классическим моделям прошлого, но мы должны пересмотреть роль семьи, как первой сферы жизни в качестве родоначальницы и гаранта, защитницы и охранительницы неотчуждаемого права. Ее главенствующая роль оказывается необходимой для того, чтобы образовывать ссылки и списки, действительные для их потомков, благоприятствуя связям между поколениями и проектируя в отцовско-материнском взаимодействии обновленное прочтение значения семьи.

### *Человеческая жизнь как первичная ценность*

Человеческая жизнь имеет единственный смысл, который, в некоторых случаях, представляется, как порицаемый, когда культурное влияние искажает проекцию жизни, экстраполируя вовне ее естественного развития. Именно через жизнь человеческое может высвободить такие ценности, как: свобода, коммуникабельность и открытость будущему, то, что делает право на жизнь предшествующим праву на здоровье, как это может быть в случае с терапевтическим и евгенистическим абортom. Если жизнь – это конец, она не может быть подвергнута опасности невинной жертвы для того, чтобы отвечать социальному или индивидуальному благу. И снова Бенедикт XVI, в своей энциклике «Милосердие в истине» настаивает на защите жизни как платформе для развития межчеловеческого взаимодействия. Понтифик, во-первых, порицает ущерб жизни, который произошел тогда, когда США оправдали контрацептивные средства и продвигали аборт и стерилизацию, включая определенные средства на развитие, которые были вложены в санитарную политику, которая ограничивала рождаемость в развивающихся странах. Против этого умолчания, которое мешает благоприятному развитию жизни, он предлагает нам изменить взгляд на нее, посмотреть с точки зрения радушной и солидарной, которая благоприятствует развитию людей и народов, и помогает расти вновь появляющейся жизни отзывчивой и радушной по отношению к Другому.

## *Человеческое бытие – это воспринятая связь с другими*

Коммуникабельность позволяет нам участвовать живой связи, реализовывать себя в сообществе. Когда речь идет о здоровье, жизнь – это не только личное, но также и социальное благо, которое достигает своего наибольшего расцвета тогда, когда оно поддерживает благо каждого во взаимной независимости от жизни других, уважая автономию и свободу социальных групп, благоприятствуя, таким образом, принципу дополнительности. Скрытые идеи, на которых основываются эти принципы, представляют нам реальность индивидуального Я в глобальном мире. Для дополнения понятия индивидуального Я добавляется открытость, которая благоприятствует связи между людьми, побуждая присутствие другого в моей жизни для построения в как можно более возможной полноте человеческой идентичности и, в то же время, важное новшество «быть кем-то в Другом».

Не только философские и онтологические принципы позволяют нам распознавать в теоретическом построении реальность, воспринятую в других, но также и человеческая физиология, начиная с эмбрионального зарождения. Общение и связность имеют свое начало в материнском лоне, когда речь идет об измерении межклеточного и молекулярного общения, как материнско-дочерний союз между эмбрионом и матерью, способствующий укоренению в жизни. Важность общения, из одного и того же источника жизни, располагает нас перед проблемой общения, тем, что естественно конституирует человека. Речь не идет об оценке недостатков этой изначальной коммуникации, которые могут быть предметом взвешенного анализа по своим последствиям (тяжелые врожденные недостатки, увеличение неврологических последствий, таких как: умственное отставание, тяжелые патологии зрения и риск преждевременного рождения), но о том, что дает человеку бытие в связи, в поисках коммуникации в сообществе, в которое он проектирует свои переживания. Именно в Другом и по направлению к Другому мы можем открыть настоящую ценность нашего Я.

### *Личность - это «некто» по отношению к «нечто»*

Когда мы утверждаем важность «бытия кем-то в Другом», «что может означать это утверждение?», «какова его связь с биоэтической сферой»? Первый вопрос ставит нас перед дилеммой исследования, то, что обнаруживается тогда, когда человек использует свои познавательные способности, понимание, волю, мышление, и вместе с ними, способность познавать, то, что означает познавать себя, когда он осознает то, что есть он сам. Это основное действие, для того, чтобы признать исследование ценности

Другого для меня, таким образом, что взаимодействие помещает нас в целостность «кого-нибудь». Ответ на второй вопрос нуждается в другом разъясняющем вопросе, где становятся осязаемыми биоэтические размышления: «Каково то действие, для которого человек продолжает оставаться субъектом; то есть, для которого он не становится объектом?». Ответ кроется в конечности бытия человека, или другими словами, человек является адресатом человеческого действия, что и доказывает его бытие. Наконец, оправдаем принцип всеобщности, который утверждает личность в качестве полного органического единства, имеющего свое максимальное выражение в единственном и личном существовании.

### *Человеческая самость утверждает личность*

Когда мы говорим о самости, мы не должны завешивать ее непрозрачным длинным занавесом, мы не должны также ограничивать ее негативным смыслом, которое сводит ее к солипсистскому свойству, которое способно распознать только то, что является для него действительно характерным. Если мы говорим о самости, мы не можем сравнивать ее, так как это делает Хулиан Мариас, с утонченным пространством андалусского дворика, который, по словам философа, находится «внутри, но открыт». Соглашаться с существованием нашего внутреннего «дворика» означает осознавать важность нашего бытия и огромную ценность деторождения, как нашего тайного дара. Андалузский дворик не только изобилует красотой и экзотическим ароматом жасмина по вечерам или севильскими изразцами, которые его украшают, и даже не красноватыми гвоздиками, которые раскрашивают его стены или ухоженными изумрудами петуний и душистого табака. Это как раз и есть лишь наружные меандры, которые уводят нас в морские глубины. Красота самости открывает для нас возможность распознавания нашего бытия, которое, последовательно, приводит нас к открытию нашего внутреннего «дворика» свободы. Свобода, которая рождается изнутри, но которая обнаруживается открытой в многочисленных, будучи личностью, той, которая решает направлять свои действия к особым целям, или, словами Родриго Гуэрра, «автотелеология человеческого бытия обнаруживает личность, как цель в себе самой».

Для того, чтобы доказать это утверждение, автор ссылается на этические рассуждения Канта, который в качестве главной цели своего формального дискурса рассматривает человека, философа, для которого всякое решение проглядывает из личной автономии каждого индивида, что, в свою очередь, позволяет нам удостовериться в его рациональном характере и его способности устанавливать нормы и ценности. Доводы этики помогают нам определить способ правильного действия, таким

образом, что наше действие предусматривает реализацию в качестве универсального закона для всех остальных. Это означает, по словам Канта:

*что в последовательности целей человек (и вместе с ним всякое рациональное существо) есть цель в себе, то есть, он никогда не может быть использован никем (ни даже Богом) как средство, не будучи в то же время целью, и, следовательно, что человечество должно быть священной для нас самих, потому что человек – это предмет морального закона, и поэтому, священного в себе.*

Этот факт заставляет нас ясно различать взглядом, сосредоточенным на природе нашей свободы и, следовательно, дающей ей свободомыслие, по отношению к чувству долга бытие, которое оплодотворяет нашу ответственность перед другими. То, что заставляет наш взгляд совершать первое ответственное действие в присутствии другого – это гарантия связности, информационное зеркало, направляющее к неизмеримому. Этот взгляд пробивается во внутреннем начале по направлению к внешнему, для того, чтобы затем проявиться в другом как субъекте-объекте моей самости, то, что Левинас лирично определяет выражением: «этика – это эпифания лица».

### *Этика лица*

Иудейские и феноменологические традиции – это источники, которые вдохновляют Левинаса в утверждении лица как основной категории его концепции.

Представлять знакомое или незнакомое лицо означает выискивать этический смысл, который оно несет в себе. Смысл – это не что иное, как смысл бытия и, для Левинаса то, что действительно предшествует человеку – это обоснование бытия для Других, то, что проясняет преобладающую функцию плодovitости как знание смысла жизни человека. Для Левинаса Другой – это бесконечное, при столкновении лицом к лицу с индивидуальностью лица есть нечто неопределенно личное, которое требует ответа перед собеседниками и устанавливает взаимную связь. Факт выхода за пределы и принятия Другого – это центральный пункт, откуда берет начало этика. Таким образом, Другой возвращает бесконечность, потому что присутствие его лица и объективация, которая может быть им реализована, оказывается необъятной. Совпадение в коммуникации становится более простым для практического и теоретического разума именно в ситуации лицом к лицу.

Лицо не понимается как личина, не связана с масками или полумасками, которые ослабляют ее видение. Лицо обнажено, как воплощенное наслаждение любовников; волнуемое или ставящее в затруднительное положение, но самое главное – оно позволяет человеку оставлять свою

субъективность для того, чтобы говорить об эпифании, для того, чтобы определять ее как проявление для Другого, даже несмотря на то, что она столь же чувствительна, как обнаженная рана. Это положение выбора между потрясением или неловким положением, силой или слабостью, приводит к тому, что лицо человека порождает этический взгляд.

Для Левинаса этическая встреча исходит из глубины человека, подобно чувствам беременной женщины, которая способна распознать внутренние сигналы своего другого Я, которые запрашивают от нее в пограничном требовании жизни, образа, поддерживаемого требованием «не убий». Она не видит лица, но слушает себя и смягчается внутри самой себя. Эта вынашиваемая жизнь взывает, указывает, требует внимания для себя и в себе. Левинас утверждает: «Это бесконечное является более сильным, чем убийство, противостоит нам уже в своем лице и его лицо – это оригинальное выражение, это первое слово «не убий». Левинас был иудеем, который от первого лица страдал от истребления людей, которое было допущено фактом Холокоста в Европе в течение первого пятилетия 40-х годов, поэтому он использует пятую часть заповеди Декалога как оригинальную поддержку рассуждения о лице предполагающем этическое пари, понимаемое как человеческая эпифания или как открытое проявление, которое побеждает по ту сторону формы, предварительно, не противостоянием другим, но открытая для другого в «абсолютном открытии трансцендентного».

Насилие, которое осуществляется против Другого не предполагает ответа на главный вопрос требования «не убий» – «кто имеет право руководить судьбой личности или лишать жизни человека?», - замещается категорическим императивом Левинаса, говорящим о значении лица, ценности другого. В другом нас особенно беспокоит его забота, что расширяет Вселенную ценностей, где он подготавливает себя самого к высшей категории доброты, без которой человеческая свобода ограничена и, наоборот, он располагает нас непосредственно перед другими, перед которыми мы ответственно и свободно выбираем. Действие взаимной близости способствует тому, что межчеловеческое общение осуществляется посредством неправильных связей, что и порождает долг по отношению к себе подобному. Именно здесь Левинас, рассматривая лицо себе подобного, не хочет его идентифицировать, не ищет его идентичность но, напротив, ищет его анонимность с намерением рассмотреть анонимное лицо, где было бы представлено неразделимо целое человечество. Именно присутствие всеобщности, позволяет нам интерпретировать новую идею Левинаса следующим образом: другой заставляет мое сознание прийти в волнение, порождая в человеке справедливость, руководимую человеческой добротой. Прочитируем Левинаса:

*Я живу в мире, где есть только не «какой-нибудь человек»; но в мире, в котором всегда есть третий: он также и мой другой, мой близкий. Таким образом, я хотел бы знать, который из двоих предшествует этому другому. Итак, мы присутствуем при теоретическом рождении, озабоченности справедливостью, что оказывается теоретическим основанием проблемы. Но справедливость появляется, всегда начиная с лица, начиная с ответственности по отношению к остальным, и включая суждение и сравнение, сравнение с тем, что, в принципе является несравнимым, поскольку каждое бытие – единично... В некоторый момент необходимо равновесие, сравнение, размышление и философия является, в этом случае, появлением мудрости, которая происходит из сути этого изначального милосердия; она оказывается мудростью этого милосердия, мудростью любви.*

Этика лица не может прятаться в множественности масок, которые делают из нашей идентичности спектр рассыпающихся личностей, похожих на личность актера, который интерпретирует образы различных персонажей с целью продемонстрировать свои актерские способности. Это как раз и будет современным действием, действием современного человека, который находится в поиске определенной роли. Это действие изменяющегося Я, зависимого от контекстов, которые оно выучило, чтобы в свою очередь, играть главную роль. Опасность современности заключается в освобождении человеческого лица от внутреннего, что наносит ущерб бытию и сущности через ухудшение внешнего вида и инсценировки.

Для Левинаса Другой – это братство, где взаимное действие лиц образует союз. Это не обособленные лица, но лица, объединенные под защитой совмещенности. Это объединенная совмещенность позволяет Другому следовать по направлению к Богу.

Его иудаизм оказывается неразрывно соединенным с двумя самыми укоренившимися иудейскими предписаниями, которые определяют переживания семитского мира. С одной стороны, идея *Бога творца Вселенной*, у Левинаса основывается на принципе доброты, который регулирует предмет созерцания Другого, и, в то же время, как это происходит сегодня, Бог понимается как защитник, неразрывно соединенный с одновременностью лица. Факт творения в иудейском мире рассматривается не как историческая ситуация, но как постоянный процесс обновления Вселенной. Другим предписанием является предварительная запись *избранного народа*.

Человеческое лицо не может избежать столкновения с вызовами культуры смерти (аборт, эвтаназия, суицид), превращаясь, таким образом, в великий маскарад, который скован нашим социальным контекстом. Красота лица не нуждается в искусственных элементах, которые ущемляют ее истинные человеческие качества. Уникальность каждого человека является в прозрачной ясности лица.

Человеческое лицо приближает нас к телесному измерению, телесности, которая дает плодovitость вплоть до прорастания в личности и наделения ее основными характеристиками лица. Человеческое лицо вдохновляет этику, потому что в нем присутствуют такие моральные качества как: боль, радость, восторг, страдание, надежда... вместе с физическими свойствами, такими как взгляд или улыбка, которые телеологически переносят нас в intersубъективную коммуникацию с помощью жестов. Этика лица не рассматривается как способность или предрасположенность к нерешительности, сомнению или постыдному поступку. Говорить о лице и этике - означает помещать себя по ту сторону, в проникающем взгляде, который пересекает радужную оболочку глаза и направляется к присоединению и насыщению человеческим сознанием, которым он обладает. В этой яркой intersубъективности мы можем осознать, что невозможно реализовать жизнь без других.

### *Заключение*

Личность превращается в центральный объект нашего рассуждения, что позволяет нам понимать основы, которые ее формируют в качестве некто, который, следовательно, ответственен за мир, ограничивающий его, устанавливая с его помощью, в свою очередь, связь-братство. Это же подтверждает мысль Эммануэля Левинаса, который возвеличивает внутреннее, которое необитаемое в личности, позволяя ему существовать и, в свою очередь, включая его в осуществление его свободы.

Лицо превращается в первый круг коммуникации между людьми. Это дверь допуска к внутреннему «двору», на который удачно ссылается Хулиан Мариас, в пространстве которого мы можем созерцать самость, поддерживающую его, и, в свою очередь, возвращающую нас к первоначальным человеческим ценностям, а также, убеждающую нас в том, что невозможно отрицать то, что призвано быть целью.

В мире, который может оказаться глубоко отрицающим, все человеческое как последовательность многочисленных этических дилемм, которые ставят его под вопрос, лицо превращается в трансцендентный элемент, который позволяет нам распознавать исключительные проявления, которые каждая личность формирует внутри себя самой.

\* Статья опубликована в журнале «Личность и биоэтика» Том 16, №2, 2012. С.165-174. [<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/2901>]

Перевод с испанского языка *Заболотских К.И.*

## Особенности этики врачебной деятельности в современном обществе

*Бородина И. Э.*

Пожалуй, ни одна профессия в мире не связана с таким количеством морально-нравственных проблем как профессия врача. Каждый день врач сталкивается с тем, что юридические законы недостаточны для принятия решений, оказывающих влияние на такую важную сферу человека как его здоровье и благополучие. Существующие законы определяют правовой статус врача в обществе, его основные права и обязанности, предписывая ему строго соблюдать существующий в государстве правопорядок. Однако, медицинская этика регулирует ту область человеческих отношений, которая как бы выпала из поля юридического права, но требует разрешения в процессе рождения, болезни, страданий, смерти. По определению новейшего философского словаря, медицинская этика, или биоэтика, это «область междисциплинарных исследований, направленных на осмысление, обсуждение и разрешение моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практики здравоохранения». Этика и право взаимодополняют друг друга, обеспечивая цивилизованное разрешение проблем, возникающих в процессе медицинской деятельности.

Профессиональная этика врача определяет его взаимоотношения с пациентом, с коллективом (обществом) и с коллегами-врачами. Однако, медицинская этика, как часть медицинской культуры, находится под влиянием непрерывно меняющихся условий: меняются политические устои, исторические декорации, общественное сознание людей.

Морально-этические аспекты деятельности врача всегда являлись предметом рефлексии для видных ученых, врачей, философов. Первым трактатом, посвященным моральной стороне медицинской деятельности, по праву являются сочинения Гиппократов. Основные положения врачебной этики Гиппократов таковы: корпоративность; врачебный патернализм; «не навреди», цель медицины – благо больного; безусловная ценность человеческой жизни (запрет эвтаназии, аборта и «ассистирования» при самоубийстве); врачебная тайна; оправдание «святой лжи» в медицине; обязательность элемента филантропии во врачебной профессии (сначала окажи помощь больному, а уж потом решай вопрос справедливого вознаграждения за труд, иногда же – лечи даром); разоблачение лжеврачей; научная критика медицинского оккультизма; совет не пользоваться неизлечимых, умирающих больных (где врачебное искусство бессильно, профессионально безответственно братья за лечение больного); обязанность заботиться о своем профессиональном авторитете и др.

Дальнейшее развитие медицинской этики зиждилось на этих классических принципах. Однако, и они претерпевали изменения. Так, запрет на искусственное прерывание беременности был снят в Советском Союзе первым наркомом здравоохранения Н.А. Семашко, после чего достаточным условием проведения аборта в сроке до 12 недель было желание женщины. Однако, затем уже в российской действительности, этот вопрос, помимо всегдашней нравственной дилеммы, приобрел еще один аспект «право плода на жизнь», что поставило сложную морально-этическую проблему перед обществом: что важнее – право женщины на распоряжение своим телом или право плода на жизнь?

Надо отметить, что в Советском Союзе был изменен еще один постулат, завещанный Гиппократом: неприкосновенность врачебной тайны. Как заявлялось в те времена, «взят твердый курс на уничтожение врачебной тайны». Такая трактовка была связана с господствующим тогда этическим нигилизмом во всем здравоохранении, где не рассматривался человек в отдельности от коллектива, тоталитарная общественная система не признавала гражданских прав и свобод личности, потому-то и «врачебная тайна» имела сомнительную ценность для диктаторского строя. В настоящее же время в российской действительности мы вновь вернулись к тому непреложному, без чего не существует правовое общество: к защите интересов личности, в том числе и в праве на сохранение врачебной тайны. Врач несет юридическую ответственность за неразглашение сведений, которые могут повлиять на благополучие, социальное положение и отношение к человеку в обществе. Особенно остро этот вопрос встал в современном мире, где растет количество ВИЧ-инфицированных пациентов. Появились юридические директивы, регулирующие перечень ситуаций, в которых сообщение о наличии ВИЧ-инфекции становится требованием в интересах окружающих, больные должны подписать документ, который определяет их ответственность в случае намеренного заражения партнера.

Также важным представляется переход от патерналистской модели взаимоотношений «пациент-врач» к равноправным и доверительным отношениям, где обе стороны несут ответственность за жизнь и здоровье пациента. Еще у Гиппократа сказано: *«...Я направлю режим больных к их выгоде сообразно... с моим разумением...; В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного... скрывая от больного многое в своих распоряжениях, ибо многие больные... по причине своего плачевного положения, отчаявшись, заменяют жизнь смертью...»*. Врач представлялся «отцом», наставником, человеком, обладавшим знанием, а, значит, властью принимать решения независимо от воли больного, хотя и в его интересах. В советское же время, эта концепция приобрела несколько идеологическую окраску. Здоровье гражданина рассматривался как некий специфический

ресурс страны, символом несокрушимости народа. Государство брало на себя обязанности по сохранению и поддержанию здоровья граждан, а исполнение этих обязательств делегировало врачам. Таким образом, врачи представлялись не как наемные работники, выполняющие определенные трудовые обязательства, но как служители Родины, несущие волю государства.

В нынешних же условиях российской действительности, где существует либеральные взгляды, провозглашены права и свободы гражданина, закономерно появление «информированного добровольного согласия» при оказании медицинской помощи. Вводятся понятия прав и обязанностей не только врача, но и пациента, то есть медицинская этика становится ориентирована на нормы права и юридическую логику. Так, например, нельзя переоценить важность диалога врача и пациента. Но если в Российской империи диалог был необходим для того, чтобы вникнуть в специфику пациента, понять его личность, установить в итоге доверительные отношения, то в современных условиях диалог необходим для того, чтобы пациент имел возможность принять решение относительно своего здоровья, основываясь на полной и достоверной медицинской информации, которую ему предоставляет врач/консилиум врачей. Здесь уместно будет процитировать авторов учебного пособия «Введения в биоэтику»: *Врач обладает познаниями о предпочтительности того или иного варианта [лечения] с медицинской точки зрения. Но оптимальное с биологической точки зрения врача не всегда оптимально с биографической точки зрения пациента [...] В свете сказанного нам представляется принципиально важным установленное в российском законодательстве право пациента на участие в принятии решений вплоть до права на отказ от медицинского вмешательства. Диалог является условием реализации этого права.*

Как известно, конец двадцатого века ознаменовался распадом советского строя и серьезными политическими, экономическими и социальными изменениями в стране. Неизбежно все эти изменения затронули и сферу медицины. Долгое время изолированная, медицинская среда стала интегрироваться в зарубежную. Появились новые технологии, произошел переход от государственной медицины к существованию одновременно и частной, «коммерческой» медицины. Все это поставило перед медицинской этикой новые задачи. В частности, появление новых репродуктивных технологий (ИКСИ, ЭКО, «суррогатное материнство», пренатальная генетическая диагностика) вызывает многочисленные дискуссии: когда эмбрион, плод считается человеком и наделяется соответствующими правами? Этично ли производить генетический отбор? Как на эволюцию и на здоровье последующих поколений повлияет рождение детей, зачатых «в пробирке»? Допустимо ли клонирование человека, либо отдельных его

органов? Однако, и перед конкретным врачом встает дилемма: готов ли он участвовать в новых репродуктивных или каких-либо других новых и спорных технологиях? Или это идет вразрез с его личными нравственными и моральными убеждениями, которые складываются не только из общепринятых моральных норм, но и накладываются на тот клинический и жизненный опыт, который есть у врача.

Настолько же остро стоит проблема трансплантации органов и тканей. В условиях стремительного развития медицины, когда стало возможным пересаживать достаточно большой спектр органов, встает неизбежный вопрос о критериях смерти донора, ведь для спеха пересадки временной фактор приобретает одно из первостепенных значений. Существующие в обществе опасения о недобросовестном отношении медицинского персонала ко времени смерти донора нашло отражение в законе о трансплантологии. Однако, данный вопрос неразрывно связан с критериями смерти мозга, когда, например, врачи не считают целесообразным далее пролонгировать существование пациента в глубокой коме с отсутствием мозговой деятельности, но при работающем сердце. Надо отметить, что возможна и обратная ситуация, когда именно родственники настаивают на прекращении работы аппаратов жизнеобеспечения для «достойной смерти», прекращении «мучений», что при отсутствии соблюденных критериев смерти мозга можно приравнять к эвтаназии, официально запрещенной в нашей стране. Закономерно, что с каждым годом проблема эвтаназии встает все острее. Связано это с улучшением качества оказания медицинской помощи, когда при помощи аппарата искусственной вентиляции легких и на парентеральном питании можно длительно поддерживать жизнь человека. Также сложной в морально-этическом плане представляется ситуация, когда терминальный больной, испытывающий страдания, не может получить от медицинского персонала эвтаназию, так как это запрещено в нашей стране, в отличие, например, от некоторых штатов в Северной Америке. В многочисленных дискуссиях ставится вопрос о том, что если есть «право на жизнь», закрепленное в конституции, то должно быть право и на смерть, на распоряжение своим телом по своему разумению. С другой же стороны, имеет ли врач моральное право и лечить, и умертвлять? И каковы критерии для эвтаназии в случае, когда больной не может выразить свою собственную волю? Ведь если допустить мысль о том, что можно решить, кому умирать, то можно дойти буквально до нацистских взглядов, где, согласно евгеническому учению, умертвляли тех, кто не был полезен государству: больных, стариков, инвалидов, а в итоге и просто «неарийцев». Автору представляется наиболее разумным с правовой и этической точки зрения решением придерживаться критериев смерти мозга, внедренных, в частности в Екатеринбурге («Служба терминальных состояний»), когда для

прекращения жизнеобеспечения пациента консилиумом врачей признается смерть мозга. Таким образом, есть достаточные данные медицинского характера, и врач не вынужден единолично принимать решение о «прекращении мучений», которого зачастую так просят родственники терминального больного или же сам пациент. Можно предположить, что проблема эвтаназии будет становиться все острее и, рано или поздно, наше общество будет поставлено перед вопросом о возможной легализации эвтаназии.

Российская медицинская действительность характеризуется еще одной важной чертой: врач сейчас осуществляет свою деятельность в условиях коммерциализации. Между врачом и пациентом сложился новый тип отношений: продавец-покупатель, а медицина стала рассматриваться как сфера услуг, где врач за вознаграждение продает свои навыки. Медицина определяется как *«тип социальных отношений, предполагающих определенные обязательства по обеспечению блага – это отношения между профессионалом, с одной стороны, и клиентом, пациентом, т.е. потребителем услуг профессионала, – с другой»*. Пациент более не рассматривается как полностью подчиненный воле врача, напротив, оба они, врач и пациент, являются автономными, самостоятельными единицами, у которых есть свои права и обязанности, стремящиеся к максимуму выгоды и минимуму издержек. Государство же больше не несет в себе «отеческой заботы», а выступает гарантом соблюдения закона.

Однако, с другой стороны, невозможно рассматривать медицину только лишь как сферу услуг и, соответственно, применять к ней те же критерии, что и к, например, бизнесу. Слишком зыбкой представляется та грань, которая отделяет получение выгоды за должное выполнение медработником своих обязанностей, от ситуации, когда путем недобросовестного информирования пациент попадает в зависимость от воли врача, в том числе и финансовую. Чтобы предотвратить такую тенденцию, в медицине вводятся стандарты диагностики и лечения, призванные упорядочить все действия медицинских работников, свести их к выполнению алгоритмов, что, в целом, является положительным явлением. Однако, как отнестись к тому, что индивидуальность отрицается, и приходят к унифицированному подходу к больному? Не находит юридического отражения такие неподдающиеся стандарту явления, как «врачебное чутье», «врачебная интуиция», которые, несомненно, являются мощным инструментом для «хорошего» врача.

Таким образом, медицинская этика неотъемлема от тех социально-исторических условий, в которых она формировалась. Нынешний переход к медицине, как сфере услуг, невозможен без учета морально-этических аспектов, которые представлены в виде многочисленных этических дилемм, стоящий перед обществом, развитие которого и предполагает все

новые и новые задачи. Решать же возникающие задачи представляется возможным, вводя абсолютно четкие критерии медицинского плана, закрепленные законодательно, так же как ни один вопрос, спорный в морально-этическом плане, не может и не должен решаться врачом единолично, а лишь консилиумом, как, например, в случае эвтаназии. Необходимо подчеркнуть, что морально-этические аспекты любой дилеммы врачебной практики неотделимы от юридических, что в итоге и влияет на окончательный выбор медицинского сообщества.

### *Литература*

1. Кондрашев В., «Новейший философский словарь», М.: Феникс, 2009 г.
2. Гиппократ. Избранные книги. М.: СВАРОГ, 1994.
3. Юдин Б.Г., Тищенко П.Д. «Введение в биоэтику; Учебное пособие». М.: Прогресс - Традиция, 1998.
4. Философия и методология науки. / Пособие для подготовки аспирантов всех специальностей. М. 1994.
5. Глязер Г. Исследование человеческого тела от Гиппократа до Павлова. - М. 1956

## **Идея справедливости в современном здравоохранении и медицине**

*Жовтяк П. Б.*

Нравственная идея справедливости – одна из основных идей, регулирующих человеческие отношения. Дж. Роулс, современный исследователь проблемы справедливости, полагает, что справедливость – «первая добродетель социального института». Эта оценка традиционна для культуры. Еще Платон в диалоге «Политик», рассуждая о социальной жизни, именно в идее справедливости видел одно из оснований ее благоустройства.

Аристотель в «Большой этике» выделял два рода справедливого. Во-первых, «справедливое – это то, что велит делать закон». Во-вторых, «справедливое по отношению к другому есть, собственно говоря, равенство» [1].

Идея справедливости во всех перечисленных смыслах имеет непреходящее значение для медицинской практики. С одной стороны, она непосредственно связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья граждан, с идеей права человека на жизнь, а с другой – является основанием нравственной культуры врача, милосердия и гуманного отношения к больному, независимо от его экономического положения и социального статуса.

### *1. Идея справедливости и формы организации здравоохранения*

Вопрос о том, как должна быть организована охрана здоровья граждан в стране, относится не только к компетенции медицинского сообщества. Решение этого вопроса связано с рядом объективных факторов, определяющих в значительной степени и позицию самого медицинского сообщества. К ним относятся и форма государственного правления, и исторические особенности, морально-мировоззренческие традиции общества или страны, уровень ее экономического развития и т.п.

В современной культуре сосуществуют такие формы организации медицинской помощи, как платная (частная) медицина, добровольное (частное, коммерческое) медицинское страхование, обязательное (всеобщее) медицинское страхование и национально-государственная система здравоохранения. В поле нашего внимания – нравственная идея справедливости, ее различные смыслы и их регулятивная связь с процессами в современном здравоохранении.

Одним из современных критериев оценки благополучия общества (или государства) является то, в состоянии ли оно и каким образом обеспечивает охрану здоровья своим гражданам. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения, и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения.

История XX века свидетельствует, что устойчивой тенденцией является вытеснение платной медицины системами обязательного медицинского страхования и национально-государственного здравоохранения, обнаруживая, что нравственная идея справедливости, проникнув в область здравоохранения, преобразует ее. Так, например, переход от страховой медицины к национальным системам здравоохранения происходит в Италии, Португалии, переход к обязательному (всеобщему, национальному) медицинскому страхованию от добровольного (частного, коммерческого) страхования происходит в США, Южной Корее, на Кипре, в Израиле, в Нидерландах. В 1985 году в Испании было принято решение о почти 100% охвате населения медицинской помощью против 85% имеющегося. Другие страны – Великобритания, Германия, Франция, Бельгия, страны северной Европы – сохраняют действующие у них системы национально-государственного здравоохранения и обязательного медицинского страхования, внося определенные изменения. Для развивающихся стран более характерна ориентация на всеобщее обязательное медицинское страхование на основе государственного управления.

Однако эти процессы не должны заслонять собой всю неоднозначность и сложность решения проблемы справедливости в здравоохранении.

## *2. Справедливость как неравенство и частная медицина*

Исторически первой формой организации медицинской помощи была система платной (частной) медицины, в режиме которой медицинская помощь является привилегией тех слоев общества, которые в состоянии оплатить медицинские услуги. Такая форма находится в соответствии с пониманием справедливости как воздаяния «лучшим» «лучшего».

Уже в античной цивилизации было очевидно, что «всякая власть издает законы сообразно с ее пользой и объявляет их справедливыми» [1]. Объективное основание такой справедливости усматривалось в согласии с природой. В платоновском «Горгии» софист Калликл говорит: «Сама природа... провозглашает, что это справедливо – когда лучший выше

худшего, и сильный выше слабого. Что это так, видно во всем и повсюду и у животных, и у людей, – если взглянуть на города и народы в целом, – видно, что признак справедливости таков: сильный повелевает слабым и стоит выше слабого» [2].

Такое понимание справедливости было близко и древним восточным культурам. Интересно, что слово «справедливость» отсутствовало в санскрите, в древних китайских и корейских языках. А в Новое время в восточных этических системах понятие справедливость лишено смысла социального равенства и понимается не как способ уравнивать шансы членов общества, а как «воздаяние должного». Современный индийский философ Дая Кришна считает ошибочным убеждение в том, что равенство достигается сведением к минимуму неравенства людей. Более того, по его мнению, «сама попытка устранения неравенства обречена на провал, не только потому, что многообразие является самой природой реальности, но и потому, что такая попытка сопряжена с насильственным уравниванием неравных, а это влечет за собой неравенство между теми, кто принуждает, и теми, кого принуждают» [3].

Оправдание справедливости как неравенства достаточно распространено. Оно сохраняет свое влияние и в современной медицине и используется для обоснования моральной приемлемости платной (частной) медицины. Современной разновидностью такой интерпретации проблемы справедливости является либертарианское направление (Роберт Нозик), согласно которому «налогообложение, которое перераспределяет доходы в пользу социальных неудачников, является разновидностью воровства», а государственные программы всеобщего здравоохранения являются разновидностью социальной несправедливости, так как предполагают насильственное перераспределение честно заработанной собственности, от которого выигрывает главным образом государственная бюрократия. Это рыночно-ориентированное понимание справедливости отрицает какое-либо специальное право на здравоохранение и полагает, что государство, берущее на себя функцию перераспределения доходов в пользу тех, кто не может оплатить медицинские услуги, нарушает базовое цивилизационное право собственности и личной свободы. Такое понимание справедливости весьма укоренено в США. Духовно-практическим основанием этой укорененности является этика прагматизма и утилитаризма, которая уже более 100 лет формирует «менталитет» американской культуры. «Живой авторитет» современного прагматизма Р. Рорти утверждает: «Мы должны избавиться от понятия универсальных моральных обязательств» [4].

Согласно утилитаризму, говоря о справедливости, не следует исходить из первичности ее теоретического определения. Все решает действие, практика и ее результат, либо умножающий пользу, либо нет. Нельзя судить о справедливости или несправедливости равенства или неравенства

как таковых. Можно констатировать возрастание благополучия и на этом основании определять справедливость. Судить, хороша или плоха система здравоохранения, мы можем только на основе оценки ее эффективности, которая проявляется в параметрах заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, а не в теоретической противоречивости понимания справедливости как неравенства. Согласно же статистике, в конце 70-х годов население большинства экономически развитых стран, включая США, было удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи.

Тем не менее, не секрет, что в последние годы в этой стране проблема справедливости в здравоохранении ставится с особой остротой и в настоящее время оценивается американскими специалистами в качестве основной проблемы американской биоэтики.

Можно предположить, что роль проблемы справедливости в американской биоэтике определяется возрастающим осознанием различия между существующей в США системой и идеологией здравоохранения, с одной стороны, и основными тенденциями развития здравоохранения в мире, с другой. Эти тенденции соответствуют все более укрепляющемуся в мировом сообществе пониманию того, что нельзя считать справедливой систему здравоохранения, если она не обеспечивает доступной медицинской помощью всех, кто в ней нуждается.

Принципы равной свободы и равенства возможностей допускают справедливость неравенства в доступности и качестве медицинских услуг, что является естественным следствием честной конкуренции равносвободных и обладающих равными возможностями граждан. Принцип различия лежит в основе обоснования равенства в праве получения доли ресурсов общества, в нашем случае, праве каждого на минимум медицинской помощи для каждого человека.

Необходимость сбалансировать различные интересы и притязания граждан требует *выверить* эгоизм властвующей элиты, создающей законы, которые, как было известно уже Платону, «имеют целью пользу уже установившегося правления». Средствами этой выверки становятся беспристрастность и честность «позиции первоначального состояния». Выйти на уровень этой позиции, с точки зрения Роулса, может помочь специальная процедура – проведение интеллектуального эксперимента последовательного освобождения себя от занимаемой должности, материального положения, и т.п. до «естественного состояния равенства». Эта своеобразная социальная редукция приводит к состоянию признания принципа максимизации минимума благ, которые должны получать все граждане. К этим благам, с точки зрения Н. Даниэля, относится и здравоохранение, так как оно обеспечивает условия равных возможностей, и, следовательно, гарантирует реализацию идеи справедливости в культуре.

Концепция Роулса отличается от утилитаризма тем, что определяющими в оценке конкретной ситуации становятся не практические основания, а рациональные принципы, имеющие ценность сами по себе. Их ценность заключается в том, что они могут быть поняты, оправданы и приняты любым рациональным существом. Метод социальной редукции, к которому прибегает Роулс, обнаруживает, что его позиция, исходящая в итоге из личных интересов индивида, находится в рамках традиции индивидуалистического морального сознания. Но уже в древности возникает и другое понимание справедливости, также сохраняющее работоспособность и в современной культуре.

### *3. Справедливость как равенство в праве на милосердие и общественные системы здравоохранения*

Со становлением христианской культуры связано формирование представления о справедливости как требования не только к индивиду (в том числе и как к субъекту власти), но и к общественным отношениям и обществу в целом.

Первичным основанием этой требовательности становится не интерес индивида и не закон как результат соглашения индивидов. Согласно св. Иустину Философу (II в.), «Бог установил то, что всегда и везде является справедливым». Он создал человека свободным и дал ему разум, чтобы избирать истину и поступать справедливо [1]. Такому пониманию справедливости соответствует этимологический состав этого слова в русском языке как сочетания приставки «со» и корня «правда», близкому по смыслу к понятию «закон». Именно эта смысловая линия порождает слова «праведный», «праведник», связывая «справедливое» с «правильным» не только в области нравственного, но и рационально-теоретического сознания вообще. Так понятие «закон» в христианской традиции оказывается связанным с нравственным содержанием.

Григорий Нисский писал: «Бог есть любовь и источник любви: Божественный Творец запечатлел эту черту и на нашем лице» [2]. Понятия «закон», «правда», наполненные человеколюбием и милосердием, превращают справедливость в то, что сообразно человеколюбию.

Одна из форм справедливости как милосердия осуществляется в организации помощи больным. Не случайно первая модель социального института здравоохранения как деятельного проявления справедливости была реализована в христианских монастырях. Традиционно и в России монастыри были не только духовными, но и телесными лечебницами. Как свидетельствует Н.А. Богоявленский, «построенная еще при Сергии (Радонежском - И.С.) в XIV веке больница (в 71 км к северу от Москвы) впоследствии приобрела значение образца монастырского больничного

уклада для всех монастырских больниц» [4]. Эти организации как деятельное и бескорыстное проявление справедливости и милосердия становятся «первообразом» той модели здравоохранения, которая в дальнейшем получила название общественного здравоохранения (в таких его формах, как обязательное медицинское страхование, государственное или национальное здравоохранение).

Христианские лечебницы как «образцы» общественного здравоохранения в XI-XVII веках представляли собой попытки реализовать, воплотить нравственный идеал социальной справедливости как равенства в праве на милосердие, разительно отличаясь от существующей социальной действительности. Но именно здесь, в этом противопоставлении идеала действительности, долженствования существующему, и заключается способность морального сознания проникать сквозь завесу внешних явлений в сущностные определения человека как субъекта истории. Сколь бы ни был далек путь от формирования нравственного требования до формирования условий его практического осуществления, от постановки человеческой проблемы до ее реального решения, само это противостояние долженствования и действительности указывает путь прогрессивного движения истории, такого ее движения, которое является самоутверждением человека» [5].

Идея справедливости может выступать, такова уж ее особенность, не только как практический регулятор уже существующих, и далеких от совершенства, человеческих отношений, но и как предельная цель общественных устремлений.

Преодоление неравенства в уровне медицинской помощи – сложный и длительный процесс. В настоящее время, пожалуй, нет страны, которая была бы окончательно удовлетворена состоянием своего здравоохранения, финансированием научных исследований и оплатой труда, механизмами распределения ресурсов между отраслями здравоохранения, обеспечением доступности медицинской помощи. Неудивительно, что практически в каждой стране осуществляется коррекция системы здравоохранения, проводятся различные преобразования, реформы. Тем не менее в большинстве стран мира не вызывает сомнения одна из основных задач этих преобразований – справедливость и равенство для всех граждан в доступности медицинской помощи высокого качества.

#### *4. Врачевание как деятельное проявление справедливости*

Суждение Гиппократово – «врач должен быть справедливым при всех обстоятельствах» – давно стало аксиоматичным в медицинской этике. История, с одной стороны, меняет обстоятельства, а с другой стороны, позволяет выявить среди них устойчивые и повторяющиеся. Одно из них –

верность своему профессиональному долгу перед пациентом независимо от его экономического положения, пола, расы, социального положения, характера заболевания, религиозных и политических убеждений, личной к нему антипатии.

Постоянные призывы к врачу быть справедливым и гуманным по отношению к больному воспроизводят неменяющуюся реальность неравенства между здоровым и больным человеком. Основание этого неравенства предельно ясно удалось выразить Ф.Ницше: «Больной - паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозябание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер... должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении, – не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту... высший интерес жизни... требуют беспощадного подавления и устранения вырождающейся жизни...» [1].

В этом суждении Ницше обостряет известный карамазовский вопрос «как можно любить своих ближних?» вопросом «как можно любить больных?» Ответ на этот вопрос приобретает особое значение в связи с распространенной и принятой многими медиками этической позицией: «Быть настоящим врачом - значит уметь любить больного» [2].

«Уметь любить больного» и, прежде всего, быть к нему справедливым, во-первых, может быть *дано* человеку, т.е. «имеет свой глубокий корень в нашей природе». Во-вторых, может быть *задано* человеку долгом, т.е. сформировано воспитанием, обучением, образованием, опытом профессиональной работы.

Рассмотрим эти две позиции.

О справедливости как естественном свойстве человеческой природы свидетельствует евангельская притча о Самарянине (Лк. 10, 25-37). Согласно этой притче, израненному человеку не пришли на помощь ни проходящий мимо священник, ни левит. Самарянин же сжалился, перевязал ему раны, позаботился о нем.

В святоотеческой литературе существует ряд толкований притчи о Самарянине. Как правило, под израненным человеком, пострадавшим от разбойников, подразумевается *человек вообще*, под священником и левитом - ветхий закон, который не в состоянии помочь человеку, а под именем Самарянина – Сам Христос Спаситель. [3] Именно в силу этой способности к справедливости и милосердию не чужда и естественна Его «образу и подобию» – человеку.

По мнению профессора общественного здравоохранения и медицины В.Мак-Дермота (Корнелльский университет, Нью-Йорк, США), врач – это самарянин, человек, готовый помочь другому в несчастье [4]. Конечно, трактовка американского профессора ослабляет значение православных

толкований. Но образ самарянина действительно напоминает о том отличии отношения к страдающим больным людям, которым должен обладать врач-профессионал.

Каково же оно? Во-первых, врач должен быть независим от своих же политических, национальных и других пристрастий. Самарянин помог иудею, хотя мог бы сказать, зачем помогать тем, кто нас презирает? Но в страждущем он увидел не чужого и чуждого человека или противника, но прежде всего только человека. Во-вторых, врач должен быть готов к оказанию медицинской помощи в различных обстоятельствах. Самарянин пожалел человека. Но не только в сердце своем пожалел и посочувствовал, но и не остановился на одном этом сочувствии. Он немедленно приступил к делу, к оказанию реальной, практической помощи, «перевязал ему раны». В-третьих, в своем отношении к больному врач должен быть способен к самоотверженности, к отказу от удобств и покоя ради помощи больному. Самарянин лишил себя того, в чем нуждался ближний – «всадив его на свой скот» и сам шел пешком. В-четвертых, врач должен бороться за жизнь человека до конца. Самарянин не ограничился одномоментной помощью, но позаботился о человеке до его полного выздоровления.

Перечисленные и свойственные человеку особенности в профессиональной врачебной этике превращаются из субъективных склонностей в объективное моральное основание врачевания – в принцип справедливости. Принцип справедливости логически объединяет такие нравственные начала, как самоотверженность, независимость, сострадание, милосердие, и потому он максимально соответствует и способствует реализации исходной и конечной цели врачевания – исцелению человека. Именно поэтому врач не только может быть склонен к справедливости, но он должен уметь предпочесть справедливость как моральный профессиональный принцип всем другим соображениям, обстоятельствам и суждениям.

Медицина располагает конкретным знанием, которое может послужить средством достижения различных целей. Иллюстрируя данную ситуацию, Кант в свое время приводил следующий пример: «Предписания для врача, чтобы основательно вылечить пациента, и для отравителя, чтобы его наверняка убить, равноценны» [5]. Интересно, что этот кантовский пример в 1981 году был реализован судом штата Оклахома (США), которым было принято решение о введении нового метода исполнения смертного приговора путем внутривенной инъекции смертельной дозы лекарства. Всемирная Медицинская Ассамблея была вынуждена принять и распространить Пресс-релиз, в котором четко определяются функции врача в обществе: «...Ни один врач не должен быть привлечен к участию в казни... Медицинская практика не подразумевает осуществление функций палача» и должна последовательно соответствовать цели врачевания – «врачи призваны сохранять жизнь» [6].

Согласно второй позиции, «умение любить больного» складывается не только «из компоненты самаритянства». Значительную роль в этом умении играет и «компонент кантианства», который состоит в способности врача, опираясь на разум и волю (собственно «практический разум»), поступать согласно нравственным принципам и целям, т.е. соответственно профессиональному долгу.

Цели и принципы врачебного морального сознания сформированы в ходе исторической практики врачевания, в результате выявления фундаментальных потребностей человеческого общества и противостоят, в форме специальной профессиональной морали, многообразию частных, ситуативных интересов, практических целей, сиюминутных задач, планов, стремлений. «Компонента кантианства», присущая профессиональной медицинской морали, состоит в том, что «модус долженствования» (в нашем случае – верность принципу справедливости) преобладает над ситуативно-практическими интересами.

Как же работают эти подходы в реальной медицинской практике? Можно ли, например, опираясь на них, ответить на часто встречающийся перед трансплантологами вопрос: справедливо ли пересаживать почку старику, если ее можно пересадить умирающему молодому мужчине? Конечно, права на здоровье и жизнь – это гражданские права, которыми обладает любой человек, независимо от возраста, материального положения и т.п. Но вновь и вновь с неумолимым постоянством встает вопрос о социально-практической целесообразности этого права в контексте конкретной медицинской практики. Должны ли возрастные параметры стать моральной нормой, ограничивающей права человека в распределении органов для пересадки?

Вопрос о социально-практической целесообразности ограничительных мероприятий становится с каждым годом актуальнее в связи с устойчивой демографической тенденцией старения населения. Возможно ли рассматривать данную социально-прагматическую целесообразность как основание нового морального правила в распределении дефицитных ресурсов здравоохранения?

Можно ли считать морально оправданным использование этих категорий людей в качестве потенциальных доноров для пересадки или в качестве испытуемых различных лекарственных средств и терапевтических методик? Действительно, принцип справедливости имеет особое значение в регулировании деятельности людей, облеченных властью над другими людьми. Известно, что во многих странах врачи были непосредственно причастны к деятельности «машины обработки» заключенных, не только присутствуя при допросах, но и разрабатывая методику пыток с целью наиболее «эффективного» воздействия на них. Например,

в военных школах Уругвая врачи преподавали методы реанимации заключенных после пыток. Известна и такая форма соучастия врача в пытках, как обследование заключенного с целью определения возможности продолжения пыток. Современным медицинским средством подавления сопротивления человека и способом получения информации стало применение психотропных средств – так называемой «сыворотки правды».

Рост злоупотреблений медицинской помощью и «исследовательскими средствами» становится социальным фактором для проявления и утверждения моральных оснований врачевания. Врач, который вовлекается в описанные отношения между людьми, выступает как независимая третейская сторона. В этом качестве он наделяется обществом в лице общественных международных и национальных организаций (например, Всемирная Медицинская Ассоциация) особыми правами и полномочиями. Это право регистрации фактов пыток и превращения этих фактов в достояние административно ответственных лиц, общественности, международного сообщества. В 1975 году ВМА принимает «Декларацию», содержащую «рекомендации по позициям врачей относительно пыток, наказаний и других мучений, а также негуманного или унижительного лечения в связи с арестом или содержанием в местах заключения» [10].

Особенностью «Этического кодекса российского врача», принятого Ассоциацией врачей России (Москва, 1994 г.) является то, что справедливое отношение к пациенту превращается в одну из основных моральных обязанностей врача. В статье 5-й «Врач обязан быть свободным» говорится: «Участвуя в экспертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т.п., врач обязан ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него – прибегать к юридической и общественной защите» [10].

В этих документах идея справедливости приобретает легальную форму. И это свидетельствует, что «если справедливость предписывает благотворение или требует быть милосердным (у варваров по отношению к некоторым, а с прогрессом нравственности – по отношению ко всем), то ясно, что такая справедливость не есть особая добродетель, отдельная от милосердия, а лишь прямое выражение общего нравственного принципа альтруизма, имеющего различные степени и формы своего применения, но всегда заключающего в себе идею справедливости».

## *Литература*

1. Ницше Ф. Сумерки идолов, или как философствуют молотом. Соч. в 2-х томах. М. 1990, т. 2, с. 611.
2. Леви В. «Кассирский о врачевании». – «Вопросы философии», № 1, 1971, с. 153.
3. Барсов М. Толкование четвероевангелия. Симбирск, 1890, т. 2, с. 105-108.
4. Мак-Дермот В. Медицина – общественное и личное благо. – «Всемирный форум здравоохранения». Женева. 1982, Т.І, с. 130.
5. Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6-ти томах. М. 1965, т. 4(1), с. 253-260.
6. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М. с. 18.
7. Этика, гуманизм и охрана здоровья. Реферативный сборник. М. 1985, с. 31-132.
8. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М. 1995, с. 81
9. Гусейнов А.А. Социальная природа нравственности. М. 1994, с. 71.
10. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М. 1995, с. 16.

## Красный крест между врачом и пациентом

*Абдулина Ю. Н.*

Путь любой науки сложен, а медицины – особенно. Ведь она, как ни одна другая область знаний, не затрагивает саму жизнь людей. Зачастую медицинские открытия не только успешно излечивают конкретных больных, но и влияют на мировоззрение общества в целом. Однако и общество диктует медицине свои требования. Они тормозят ее развитие, но в разумных пределах – ведь результат любого процесса, если он протекает бесконтрольно, непредсказуем, а порой трагичен. Развитие гинекологии поставило задачу ограничения аборт. Успехи реаниматологии поставили перед обществом и врачами вопрос, до каких пор нужно продолжать оживление уже неспособного к жизни организма. Достижения генетической медицины вызвали споры о той грани, которую не должны переступать ученые в экспериментах с клонированием. Под давлением общественности врачи уже в XX в. начали с особой строгостью подходить к внедрению в лечебную практику новых лекарственных препаратов. В результате появились законы «медицины доказательств», которым теперь следуют медики всего мира. Повышение ценности человеческой жизни повлияло на современную медицинскую этику, привело к законодательному закреплению прав пациента. В связи с этим проблемы этического и правового регулирования повседневной работы врача стали приобретать ещё большую актуальность

Помните вот эти строчки из песни: «Люди в белых халатах! Низко вам поклониться хотим...». Слово «халат» заимствовано из арабского *hil at* и переводится как «почетное платье». Надеть халат было действительно почетно. Он идентифицировал человека как принадлежащего к определенной касте. Белые одежды всегда отождествлялись со свободой, высокой нравственностью личности, носившей ее, большой жизненной зрелостью и огромным опытом индивидуума.

С тех пор государство поменяло свое название и строй, медработники преобразили свою цветовую гамму, да и сам образ современного медработника кардинально изменился. Какой же он, современный медик России, будь то врач, фельдшер или медсестра в глазах тех, ради которых несет свой красный крест? Почему, по мнению народа, врачи такие плохие? И почему в последнее время все чаще слышатся сетования на нерадивых, «тупых» медиков, а визит в поликлинику становится испытанием для здоровья? Психического и физического. Дело не только в очередях.

Найти грамотного ответственного доктора в наше время – большая проблема. Это почти как выиграть «джек-пот», потому что повсеместно встречаются медицинские ляпы, свидетельствующие о халатном отношении к своей работе.

Старая гвардия врачей отдавалась своей работе, сейчас же, получив диплом, многие врачи уходят в бизнес. Да, изменились времена, но врач всегда обязан! И это состояние он приобретает, окончив медицинский университет.

Вспоминаю день, когда в списках по зачислению в Свердловский медицинский институт нашла свою фамилию. От радости земля ушла из-под ног! Труд, упорство и жажда к знаниям – вот качества характера, позволившие стать врачом. Объем заданного материала поражал и казался чудовищно большим, а опрос проводился ежедневно. Во время учебы приходилось подрабатывать, не хватало времени на сон. Спасала молодость и желание стать врачом, посвятить свою жизнь медицине. Врач – не профессия, врач – призвание... Служение врача есть служение любви и сострадания... Мы должны любить наших пациентов...

Как показывает статистика – 85 процентов людей в интернете ругают медицину в целом и врачей в частности за безразличие, невнимательность, непрофессионализм, грубость, хамство. В настоящий момент возникла серьезная проблема между врачом и больным. И, несмотря на, модернизацию и финансирование здравоохранения, недовольных пациентов не становится меньше, как и не удовлетворенных своей работой, «несчастливых» врачей.

В начале 19 века английский философ Бентам термином «деонтология» определил науку о поведении человека любой профессии. Термин происходит от двух греческих корней: deon – должное, logos – учение. Таким образом, деонтология – это учение о должном, это правила поведения врачей и медицинского персонала, это долг медицинских работников перед больными.

Впервые основной деонтологический принцип сформулировал Гиппократ: «Должно обращать внимание, чтобы все, что применяется, приносило пользу». До революции к устойчивой морально-этической традиции относилась позиция, что «деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода».

Теперь же понятия врачебной этики и деонтологии трансформировались. На смену им пришло словосочетание «медицинское обслуживание» – получил услугу и свободен! Теперь медицинские работники – это обслуживающий персонал, а больные – клиенты.

Отсюда вытекает еще одна острая проблема – непрофессионализм и некомпетентность врачей: они могут «оказать медицинскую помощь», но не умеют поставить диагноз и вылечить. Пациент для них – источник бизнеса (практически все медицинские учреждения сотрудничают с фармацевтическими фирмами и крупными лечебно-диагностическими центрами).

Если у врача синдром эмоционального выгорания, какое тут может быть стремление повышать свой профессиональный уровень? Когда врач работает на полторы ставки, то ему некогда заниматься самообразованием. В то время как медицина постоянно развивается, врачи в СНГ значительно отстают в профессиональном уровне от зарубежных коллег.

И это вполне объяснимо: большинство пациентов не могут купить современные эффективные препараты из-за их высокой стоимости. Причем это входит в шаблон действий врача, и препараты не назначаются даже тем, кто может их приобрести. Получается порочный круг: больные не могут купить, врачи стараются не назначать.

Однако дело не столько в цене лекарств, сколько в небольшой пенсии или зарплате, а также в древнем оборудовании, которое по многу лет не обновляется и регулярно ломается. Все эти психологические аспекты в совокупности дают такой результат: у врачей нет стимула повышать свой профессиональный уровень.

Надо сказать, что медицинские работники – одна из живо обсуждаемых тем в СМИ. Особенно это касается телевидения. В лучшем случае образ медработника представлен, что называется, «с протянутой рукой». Гораздо больший интерес вызывает образ нерадивого медика. Слоганы «по вине врачей» или «по халатности медиков» вызывают всеобщий интерес людей.

В одной из телепередач «С добрым утром» давали разъяснения телезрителям, как требовать ответственности у врача за проведенные действия. И привели такое сравнение «Медицинская услуга, это такая же услуга, как чистка пальто...» Понятное сравнение любому потребителю медицинских услуг. Пальто испортили во время чистки – кто виноват? По договору ни одна химчистка не несет ответственности за некачественное выведение пятен и т.д. Возможно, вам вернут деньги, если вы пройдете сложный путь, доказывая вину химчистки и порчу вашего имущества.

Недовольство врачами связано также и с менталитетом. Чему учит великая русская литература, повествующая о врачах? Великому гуманизму. В сознании наших людей вбит образ чудо-доктора, земского подвижника. Единственный, немного отрицательный образ – чеховский Ионыч. Врачей воспринимают как небожителей, врачевателей без страха и упрека, обязанных, по общему мнению, болеть вместе с пациентом, воспринимать все его проблемы, терпеть причуды и «бзики». Но ни один пациент ни разу не задумался о том, сколько сил требуется врачу? Знают только врачи и их близкие.

Финансовые отношения неизбежно возникают между врачом и пациентом, независимо в каком типе лечебного учреждения – государственном или частном, или в какой форме финансирования они осуществляются.

В значительной степени это связано с тем, что до настоящего времени профессия врача относится к числу низкооплачиваемых в России. Зарплата врача – это скромная бюджетно-государственная ставка. В этом принципиальное отличие финансового положения отечественных врачей от западноевропейских коллег. По уровню доходов они занимают третье место после бизнесменов и юристов. В США и Европе врач – одна из самых высокооплачиваемых профессий. Многие студенты оценивают российскую традицию весьма негативно. Но вот, например, доктор А.П.Чехов с ними явно не согласился бы. В рассказе «Цветы запоздалые» главный герой – врач – подчиняет свою профессию «делу дохода» и весьма преуспевает в этом. Но нажитое состояние оказывается бесполезным прахом, несостоятельным средством в борьбе за здоровье и жизнь дорогого человека. Чехов четко отражает иерархию мироустройства:

- жизнь каждого человека в руках Божьих;
- силы человека, в том числе и познавательные возможности, ограничены;
- ценность любви и благодарности несоизмерима с денежными ценами и мерами дохода.

Медицина – это значит «отдавать». Те, кто пришли сюда только «получать», разочаровываются и уходят. На Западе проблема плохих врачей выражена в меньшей степени. Там врач – уважаемый в обществе человек. Работа рядовым врачом «у нас» может вызывать жалость и сочувствие, тогда как за рубежом стать врачом непросто. Надо выдержать большой конкурс и иметь возможность оплачивать учебу. Ключ к разгадке находится в технологии отбора абитуриентов. В СНГ и на Западе отбор абитуриентов на медицинские специальности ВУЗов значительно отличается.

Возьмем отбор будущих врачей в Австралии. Ключевую роль играют личностные качества: способность понимать собеседника, чувствовать его, сопереживать, поддержать и многое другое. Отбор многоэтапный, при этом несколько этапов посвящено определению личных качеств будущего врача: оценка глубинного понимания смысла текста, написание двух сочинений за один час, устное собеседование.

Некоторые элементы такого отбора стоило бы ввести и в нашей стране, это положительно отразилось на медицинском образовании. Взаимоотношения между людьми – предмет традиционного этического знания. В центре внимания медицинской этики – взаимоотношения между людьми в системе здравоохранения, т.е. те взаимоотношения, которые

складываются в процессе медицинской практики между медицинским персоналом, между коллегами, с администрацией, с управляющими органами медицинских служб, между врачами и пациентами. При этом именно вопрос о взаимоотношении врача и пациента является основным вопросом профессиональной этики врача, от которого в значительной степени зависит результативность лечения.

Обычно представления о том, что такое хорошо и что такое плохо, в человеческом обществе изменяются очень медленно. Новое видение развивается исподволь, и в течение длительного времени сосуществуют совершенно противоположные точки зрения. Однако развитие медицины в последние десятилетия шло такими темпами, что новые этические проблемы возникали раньше, чем общество успевало их основательно осмыслить и обсудить. Сегодня многие нравственные дилеммы медицины вызывают ожесточенные споры, в которых участвуют не только врачи, но и пресса, парламент, церковь, общественные организации.

Однако жизнь сложна, и нередко она ставит перед врачом и обществом проблемы, для решения которых нет готовых ответов, и деонтология помочь не в силах. Тогда единственный выход – напрямую обратиться к собственному этическому чувству, самому думать и решать, как поступить правильно.

Со времен Гегеля целостная характеристика того или иного явления не ограничивается раскрытием одного параметра, будь это даже его сущность. У сложных явлений современная теория познания признает существование нескольких уровней сущности.

Развитие новых медицинских технологий приводит к тому, что сегодня взаимоотношения врача и пациента претерпевают существенные изменения. Если раньше пациент просто вверял врачу решение вопросов о своём лечении и даже жизни, то теперь пациент даже «следит» за врачом, имея в виду возможность судебного иска за «неправильное лечение» (это получило распространение особенно в США и начинает практиковаться в России). Поэтому роль врача всё чаще заменяется ролью консультанта, советчика или компетентного эксперта-профессионала, формирующего принятие решения пациентом, и информирующего пациента о состоянии его здоровья, пользе и риске возможных вмешательств. Но правильно ли это? Размышляя об этом, хотелось бы привести слова писателя Андре Моруа, который выступил с заключительным докладом на Международном конгрессе по врачебной этике в Париже в 1966 году. Приведу заключительный абзац этого интереснейшего документа. «Завтра, как и сегодня, будут больные, завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Медицинская наука станет ещё точнее, её оснащение приумножится, но рядом с ней, как и сегодня будет стоять, сохранит своё место в медицине врач классического типа – тот, чьим призванием останется человеческое

общение с пациентом. И, как прежде, он будет утешать страдальцев, и ободрять павших духом. Появятся новые чудеса. И появится новая ответственность. Медики всех стран будут, как и сегодня, связаны единой врачебной моралью. Завтра, как и сегодня, человек в медицинском халате будет спасать жизнь страждущему, кто бы он ни был – друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, – трудной, тревожной, героической и возвышенной (цит. по книге Петровского Б.В. Героизм, драматизм и оптимизм медицины. М. Ньюдиамед . 2001. с. 57).

В заключение хотелось бы выразить огромную благодарность старой гвардии врачей, которых, увы, в нашем городе осталось мало: Ронь Галина Ивановна, Журавлев Валерий Петрович, Жолудев Сергей Егорович, Бимбас Евгения Сергеевна, Чернышова Нина Дмитриевна, Лобанов Эдуард Витальевич, Пырков Сергей Владимирович. А современным врачам, среди которых, уверена, немало профессионалов, я бы пожелала относиться к своей работе с любовью и всегда помнить о трех постулатах эскулапа, которыми являются глубокие знания, огромная ответственность за жизнь пациента и человеческая ласка.

### *Литература*

1. Петровский Б.В. Деонтология в медицине / Б.В. Петровский. – М.: Медицина, 1988.
2. Шилина С.В. Автореферат «Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике», Волгоград – 2004.
3. Медицинская этика – URL: [http://revolution.allbest.ru/medicine/00037909\\_0.html](http://revolution.allbest.ru/medicine/00037909_0.html)
4. Хирургическая этика и деонтология. – URL: <http://surgery-manual.narod.ru/ethics.htm>.
5. Врачебная этика и медицинская деонтология. – URL: <http://screens.fatal.ru/etika>
6. Тельнова К.И. Некоторые проблемы медицинской биоэтики. – URL: <http://www.saminfo.ru> .
7. ЛИТЕР. – URL: <http://www.pandia.ru/text/77/112/79.php>
8. URL: <http://do.gendocs.ru/docs/index-237781.html>

**Эволюция стоматогнатической системы человека:  
биологические и философские аспекты**  
*Шатров И.М.*

Теория эволюции Чарльза Дарвина оказала сильное влияние на биологию девятнадцатого и двадцатого веков. Она служит доказательной основой в дискуссиях о филогенезе человека. Пуристы от эволюции настаивают на том, что развитие человеческой расы происходило исключительно в рамках филогенетического градуализма и различные виды, проживавшие на одной территории, подвергались адаптации и медленной эволюции в классическом, Дарвиновском понимании этого явления. Приверженцы классического дарвинизма и его производных (неодарвинизм и синтетизм) не могут оспорить тот факт, что многие вопросы вторичной адаптации к изменившимся условиям остаются без ответа.

Сальтационизм (от лат. saltus – скачок) – группа эволюционных теорий, согласно которым видообразование происходит очень быстро, в течение нескольких поколений. Сальтационизм менее разработан, чем синтетическая теория эволюции (СТЭ), но позволяет объяснить явления, с которыми у последней возникают трудности, в частности:

- неполнота палеонтологической летописи – отсутствие непрерывных рядов переходных ископаемых форм между видами
- ожидаемое резкое снижение конкуренто- и жизнеспособности у переходных форм по сравнению с исходным видом.

По различным причинам Эдридж и Гулд также ставят под сомнение значение «умеренной» биологической модели поступательного филогенеза как нормы и выдвигают свою гипотезу «прерывистого равновесия» (Eldredge N., Gould S., 1972). Согласно ей периоды накопления изменений сменялись периодами «застоя» («near stagnation»). Внутривидовые изменения же скачкообразны, происходят чрезвычайно быстро. Вероятно, в природе существует другой механизм, отличающийся от надежной схемы точечных мутаций и филогенетической изменчивости. Это более рискованный, но и «более энергичный» способ генетического регулирования и хромосомных мутаций. Существенная часть этих изменений пришлась на стоматогнатическую систему. Функциональная адаптация жевательного органа человекообразных в коммуникативный орган требовала более высокого уровня соответствующих функций мозга. Эволюция стоматогнатической системы тесно связана с развитием мозга. Видообразование человекообразных не привело к резкому ускорению развития, а напротив сменилось долгим периодом стагнации. Австралопитек африканский был носителем генотипа миллионы лет, дав лишь две

фенотипические ветви. Согласно Dawkins, и с некоторым допущением можно сказать, что человекообразные служили средством генетического выживания. Внезапно, через миллионы лет, *Homo habilis* пересек границу между человекообразными и Человеком. Подобная возможность быстрого видообразования, также получила название «Пунктуализм» (Porrper K., Logenz K., 1985). Мы видим, что в экстремально короткий промежуток времени возникли невиданные ранее морфологические изменения. Возник новый вид.

Гипотезы, рассматриваемые здесь можно сформулировать следующим образом: одно из важнейших условий эволюции человека является возможность речевой коммуникации. Таковым условием явилось характерное видоизменение формы зубной дуги, произошедшее в ходе неупорядоченных эволюционных событий. Уменьшение лицевого отдела черепа произошло за счет сохранения «детской» формы зубной дуги, а также влияние факта прямохождения. Специфические изменения шейного отдела позвоночника позволили изменить положение головы и осанку. Видоизменение дыхательных путей, и соответствующих областей мозга создали основу для появления речи.

Ослабилось доминирующее положение клыков в зубной дуге, исчез промежуток между верхними клыками и резцами («тремы приматов»), характерными для человекообразных. Стали минимальны половые различия формы зубных дуг. Это сделало стоматогнатическую систему более приспособленной к речи. Абстрактное общение сделало возможным обмен опытом. Накопление знаний привело к расширению словарного запаса, совершенствованию произношения, способов накопления, изменения, передачи информации другим поколениям. Эволюция *Homo* в *Homo sapiens* произошла благодаря этой устойчивой тенденции.

В противоположность теории Дарвина, инволюция клыков (положение клыков встроенных в зубной ряд, в отличие от хищников и приматов) явилась не следствием возросших интеллектуальных способностей и появления орудий труда, а скорее следствием эволюции случайно появившегося периферического изолята популяции, в котором особи имели видоизмененный жевательный аппарат, включая меньший размер клыков и ретроградное положение челюстей, а также выпрямленную осанку. Возросшие интеллектуальные способности этих индивидов не только компенсировали меньший размер клыков, но и давали им преимущество. Их отличия послужили причиной изгнания их из группы, в которой они появились. Так возник периферический изолят, который смог выжить. Далее начался процесс видообразования. При этом появившиеся особи со «слабым» фенотипом были вынуждены использовать орудия труда для выживания, что противоречит дарвиновским тезисам, в которых, напротив, появление орудий труда оказало влияние на морфологию.

Всё вышеперечисленное доказывает, что процесс человекообразования протекал очень бурно и может быть описан термином «творение» (creation). Не в смысле, который вкладывают в это слово приверженцы креационизма (теория божественного происхождения жизни), но лишь по признаку быстроты и определённости наступивших изменений.

Результаты эволюции мозга могут быть сформулированы следующим образом:

- развитая речь,
- функциональная асимметрия мозга,
- расширение сознания и появление самосознания.

Зубы играют особую роль в управлении эмоциями. Говоря языком символов «человек показал зубы всему миру». Эмоциональность подобного выражения не означает наличие у человека особого инструмента доминирования. В отличие от животных демонстрация зубных рядов может означать улыбку, смех, выражение дружбы. Но наряду с зубами есть множество других компонентов мимики.

Несмотря на все эволюционные изменения, приведшие к появлению человека, клык, символ оружия приматов (особенно мужского пола), полностью не интегрировался в зубной ряд. Клык считается олицетворением внешней и внутренней агрессии.

Появления речи – высокоспециализированной формы дыхания, и взрывообразное развитие мозга привело к экспоненциальному увеличению коммуникативных возможностей. Развитие речи привело к появлению её более абстрактной формы – письму. Совершенствованию речи имелись морфологические предпосылки, и этот процесс привел к изменению всего лицевого отдела черепа. В свою очередь, резкое увеличение объёма мозга также требовало изменений всей стоматогнатической системы. Поэтому формирование формы зубных дуг современного человека стало одновременно как причиной, так и следствием антропогенеза. Одновременно совершен ещё один филогенетический шаг в сторону прямохождения. Хотя изменения осанки позволили освободить руки для выполнения важных задач, функциональная значимость стоматогнатической системы также расширилась. В ходе эволюции рука видоизменилась, превратившись в уникальный «хватательный» орган, давший возможность человеку пользоваться орудиями труда, а в комбинации с развитым мозгом этот тандем стал важным эволюционным преимуществом. Итак, стоматогнатической системе суждено было сыграть огромную роль в формировании человека таким, каким мы его знаем в силу своего анатомического строения и функций являющимися ключевыми как жизнедеятельности индивида, так и вида в целом. Ясно также и обратное, что стоматогнатическая система, как система выжившего вида, являет собой образец приспособленности к условиям окружающей среды.

С момента появления Homo Sapiens скорость морфологических эволюционных изменений вновь снизилась. Хотя это вписывается в теорию пунктуализма. В силу появления ментальных способностей нового вида появилось явление психосоциальной эволюции, которое продолжается по сей день. Восприятие зубных рядов вписано в систему обмена невербальной информацией (улыбка закрытая или открытая, «мужская» и «женская» форма зубов). Зубные ряды также принимают участие в рчеобразовании, формируя артикуляционные особенности отдельных индивидуумов. Есть обратное влияние, когда, например, особенности воспроизведения гласных влияют на частоту возникновения сужения верхнего зубного ряда в англоязычных странах.

Восприятие внешнего вида зубных рядов незаметно прописано в культурно-исторический контекст человечества и значительно отличается в разные периоды истории. Венера Милосская долгое время считалась идеалом красоты. Красоты идеальной, недостижимой, приблизиться к которой невозможно. Человек при этом должен подспудно ощущать чувство неполноценности, поскольку его собственный облик не может соперничать с идеалом. Профиль лица вида Homo sapiens, ставший идеалом античной красоты, его пропорции, обусловленные, в том числе, и характерным строением стоматогнатической системы, отразили миллионлетнюю мудрость эволюционного процесса, стали воплощением триумфа победившего вида. В тоже время изображения скелета, и зубов как его частей связывались с образом смерти. На полотнах художников средневековья мы видим, что зубной ряд не прописан. Широкая улыбка отсутствует. Губы либо сомкнуты, либо присутствует полуулыбка «беззубым» ртом. Есть мнение, что это связано с широким распространением стоматологической нозологии, и отсутствием стоматологической помощи в средние века. Кроме того, правила поведения в средневековье зачастую отождествляли активную мимику с демонстрацией зубных рядов признаком простолюдина.

В эпоху возрождения отображение улыбки стало более детальным, появились даже сцены первой специализированной стоматологической помощи – удаления зубов.

Психосоциальная эволюция восприятия стоматогнатической системы отражённая в различных произведениях искусства и затем и масс-медиа прошла немалый путь. Если для биологической эволюции основными формирующими факторами являются изменчивость и естественный отбор, то для восприятия образа стоматогнатической системы такими факторами будут социокультурная среда и уровень коммуникации.

На определённом этапе в истории искусства произошла смена представлений о значении зубов и способах изображения полости рта. Поскольку зубы могут укусить, ранее открытый рот ассоциировался с болью, а демонстрация зубов с насилием и смертью. Современное представление о том, что раскрытый в улыбке рот является отражением

эротики и привлекательности, достаточно молодо. Оно преодолевает вековой страх перед зубами. Внешний вид зубов не всегда трактовался однобоко. Человечество изобрело понятие красоты, каноны которой, зачастую, противоречат принципам биологической целесообразности.

Визуальной значение зубов может подчёркиваться (например, придание зубам треугольной формы в некоторых африканских племенах, или приклеивание украшений в наше время). Если зубы героя были красивыми, их могли сравнить, например, с драгоценными камнями. «Красивые, ровные зубы, что крупные перлы у ней», – писал Некрасов в XIX веке в поэме «Мороз, Красный нос». Это очень эмоционально, поэтому неудивительно продолжение: «Но строго румяные губы хранят их красу от людей».

Искусство 20 столетия реабилитирует улыбку и обнажённые зубы, демонстрация которых была запрещена классической концепцией эстетики. В тоже время в искусстве был сформирован определённый стереотип внешнего вида улыбки: максимально широко открытые зубные ряды очень светлого оттенка. Радостная улыбка превратилась в главный символ эстетического совершенства. Этот стереотип широко распространился в культуре благодаря кино и средствам массовой информации. Белый цвет хорошо контрастирует с красным цветом дёсен и губ, темнотой полости рта. И в момент, когда исчезло негласное табу на демонстрацию зубов, первым запросом стало осветление зубов для увеличения заметности зубного ряда. Зубной порошок изобретен ещё в 19 веке. В 30-х годах 20 века голливудский стоматолог д-р Пинкус предложил виниры – тонкие керамические накладки на зубы, которые актёры одевали во время съёмок. Со временем виниры научились приклеивать к зубам достаточно надёжно. Одной из первых икон нового образа стала Мэрилин Монро, чья улыбка, изменённая винирами, стала, по сути, штампом. Появилось понятие «голливудская улыбка» – символ жизненного успеха. Светлый цвет зубов (отсутствие заболеваний твёрдых тканей), ровное положение зубов (отсутствие зубочелюстных деформаций), гармоничный профиль (отсутствие скелетных деформаций) в медицине являются признаками здоровья. Подсознательно человек воспринимает их как признаки молодости и долголетия. Осознавая конечность своего земного существования человек борется со временем.

Сформированный масс-медиа канон красоты вступает в противоречие с реальным, наследованным генетически внешним видом улыбки конкретного индивида. Спрос на новый стандарт красоты сформировал целое направление стоматологии – эстетической стоматологии, балансирующей на грани косметологии и медицины. Наряду с другими направлениями индустрии здоровья и красоты (снижением веса, пластической хирургией) занимается приведением анатомических и физиологических параметров стоматогнатической системы принятым эстетическим и биомедицинским канонам. Объективно, с точки зрения

медицинской науки и деонтологии, требуемое вмешательство оценивается по критериям необходимости (восстановление, сохранение здоровья) и безопасности (принцип «не навреди»). В атмосфере общества потребления существует запрос на изменение своего тела и, зачастую, сознания в соответствии с навязанными массовой информацией стереотипами и ценностями. «Голливудская улыбка» выступает симулякром красоты, очередным знаком успешности, призванным повысить самооценку. «...Люди приходят, чтобы найти здесь и отобрать предметы-ответы на все вопросы, которые они могут поставить себе. Предметы перестают быть товаром; они уже даже не знаки, смысл и сообщения которых можно было бы расшифровать и усвоить, они - тесты, это они спрашивают нас, а мы должны им отвечать, и ответ уже содержится в вопросе» [1]. Если в клинической ситуации пациента в конкретном случае нет однозначных показаний для эстетической коррекции, то возможное изменение внешнего вида зубов носить скорее косметологический, а точнее психотерапевтический характер, причём без гарантии успеха достижения основной цели. А основная цель (цели) зачастую лежат вне области медицины. Но это вовсе не значит, что стремление человека иметь естественный внешний вид после стоматологической реабилитации служит лишь цели реализовать навязанный образ. Никто не отменял объективно существующих принципов гармонии. Умение создавать естественную реставрацию, учитывающую множество индивидуальных особенностей конкретного человека отличает художника от ремесленника, и приходит после многих лет практики и множества попыток копирования природных образцов.

Человечество прошло огромный путь биологической эволюции. Десятки тысяч лет вид *Homo sapiens* развивался согласно биологическим законам эволюции. Человек, обладающий развившимися ментальными способностями, стал реформировать среду вокруг себя, что помогло ему выжить в условиях конкуренции с другими видами. Сегодня эта среда формирует человека, и последствия этих изменений неочевидны.

### *Литература*

1. Бодрийяр Ж. Общество потребления –М.: Республика, 2006.
2. Каррер М. Красивое лицо // Новое в стоматологии. – 2007. - №8. – С. 2-16.
3. Поппер, К. Дарвинизм как метафизическая исследовательская программа // Вопросы философии. – 1995. – № 12. – С. 39-49.
4. Slavicek R. The Masticatory Organ: functions and dysfunctions – Klosterneuburg: Gamma med.-wiss. Fortbildung-AG, 2002

## **Феномен боли, страдания в практике врача-стоматолога**

*Колотова Н.Н., Козьменко А.Н., Костров Я.В.*

Боль – это реакция организма и личности, она характеризуется целостностью, охватывает все уровни психики [1]. Боль – неизменный спутник человека. В естественном стремлении избежать боли люди издавна задумывались о ее причинах. Для мыслителя же она представляет тему, которая подвергает испытанию его представления о разумном и справедливом устройстве мира [2].

Другие авторы считают, что боль элементарна и является одним из основополагающих испытаний человека [3].

Размышлять о феномене боли с философской позиции столь же сложно, прежде всего, потому, что боль двойственна: с одной стороны, она выступает чуждой помехой, которую каждый стремится избежать, с другой стороны, она является проявлением организма, предупреждающим об опасности и мобилизующее его силы. Боль непосредственно связана с каждой индивидуальной жизнью и в то же время универсальна, тотально и властно захватывает наше внимание и вместе с тем может быть локализована [2].

В религиозных и философских системах можно найти различные подходы к боли, в том числе размышления о ней как источнике неизбежных страданий. Анализ представлений о боли в определенном социально-культурном контексте характеризует само общество, задает масштаб его «гуманности», проливает свет на своеобразие культуры, ее тип рациональности, плотность социальных связей. В современном западном обществе переживание боли считается негативным опытом, гуманность выражается в оперативном обезболивании. Путь развития европейской культуры ведет к устранению боли как фактора беспокойства и препятствия нормальному течению жизни. Но отчуждение боли ведет к дисбалансу: человек теряет опору, утрачивает саморегуляцию организма, умение ориентироваться на собственное тело и адаптироваться к внешним и внутренним условиям [2].

Задачей философского подхода является высказаться о сущности феномена боли. Немаловажным является вопрос, как боль, ведущая часто к пограничным состояниям, может быть описана, осмыслена и познана, где она возникает и как организм реагирует на нее, как ее измерить, найти эффективное средство для устранения.

Наибольшее число работ, посвященных исследованиям боли, принадлежит представителям медицины. Оставаясь в рамках естественнонаучной перспективы, специалисты, тем не менее, затрагивают обще гуманитарные проблемы, прежде всего вопросы субъективности восприятия и оценки боли [1,4,5,6].

Боль является часто встречающимся симптомом соматических болезней и важным фактором, влияющим на психику больного. По некоторым данным, около 80% всех случаев обращения к врачам сопровождаются жалобами на боль, которая обычно выполняет адаптивную функцию, сигнализируя о болезни, о разрушении тканей, нередко помогая своевременно поставить диагноз и мотивируя больного бороться за выздоровление. С другой стороны, боль является причиной стрессов, нарушает нормальное функционирование психики, особенно когда она становится хронической и продолжает ощущаться в связи с болезнью или даже после выздоровления [6].

По мнению одних авторов, древние описывали боль как *solutio continuitatis*, связывая ее с нарушением единства, с болезненным разъединением. Обезболивание не было главной задачей древней медицины. Анестезия была связана со смертью, так как могла избавить от боли. Современная медицина напротив, задается проблемой устранения боли, за этой постановкой проблемы можно увидеть желание дистанцироваться от страданий [7].

По мнению других авторов – современный врач не работает с болью, он ищет ее причину [8].

Обезболивание в современной стоматологии представляет собой комплекс психопрофилактических и медикаментозных воздействий, направленных на снижение или полное купирование болевых ощущений при проведении различных манипуляций. На сегодняшний день существует множество анестетиков, имеющих высокую эффективность, низкую токсичность, длительность действия, быстрое начало анестезии. Также совершенствуются методы и инструментарий – иглы более тонкие и короткие, карпульные шприцы, аппликационное обезболивание. Все сводится к уменьшению или сведению до ноля болевых ощущений, тревожности во время приема и неприятных воспоминаний о посещении врача. Однако, несмотря на наличие в арсенале стоматолога большого количества средств и способов местного анестезирования, визит, у многих пациентов, вызывает страх.

*Цель исследования* - изучить наличие и причины страха у пациентов на стоматологическом приеме, проанализировать феномен боли и страдания в стоматологии, взаимоотношение врача и пациента.

В исследовании приняло участие 60 человек, из них 14 мужчин (23,3%), 46 женщин (76,7%), средний возраст которых составил 40,7 лет. Использован метод анкетирования с помощью авторского опросника, который включал 10 вопросов. Респондентам было предложено дать ответы по следующим аспектам: 1) регулярность посещения врача-стоматолога 2) наличие и причины страха перед лечением 3) вопросы обезболивания 4) критерии выбора стоматолога.

В результате полученных данных 23,3% (14 человек) обращаются к стоматологу при наличии боли, 10% (6 человек) посещают стоматолога два раза в год, 36,7% (22 человека) - раз в год, 30% (18 человек) – раз в несколько лет.

Нерегулярное посещение врача-стоматолога в 66,7% (40 человек) респонденты связывают с отсутствием жалоб, в 13,3% (8 человек) – с отсутствием денежных средств, в 10 % (6 человек) – страх перед приемом.

Дискомфорт при посещении стоматологической клиники почти половина опрошенных пациентов (43,3% – 26 человек) связывают с наличием волнения перед предстоящими манипуляциями и возможной боли. Первичный страх у этих пациентов обусловлен чаще всего предстоящим лечением, реже окружающей обстановкой.

Определенную группу составляют респонденты, которых пугает непосредственно начальный этап лечения – постановка анестезии, а именно вид иглы. Вероятно, это связано с негативными воспоминаниями о посещениях стоматолога несколько десятков лет назад. Такие воспоминания являются одними из решающих факторов нерегулярности посещений.

Каждое неприятное событие или переживание, произошедшее в связи с лечением, запоминается и формируется в сложную и устойчивую систему ассоциаций эмоционального отношения к специфической обстановке, предметам, звукам, запахам, ощущениям – ко всему, что сопровождает лечение в стоматологическом кабинете. Многократность повторения этих ситуаций является основой для формирования устойчивых реакций как психического, так и физиологического плана [9].

Проведение амбулаторных стоматологических вмешательств способствуют возникновению выраженного эмоционального напряжения у пациентов (В.Н. Трезубов, 1986, 1989; Н.А. Демина, 1999; О.Н. Московец, Н.А. Демина, 1999). Подавляющее большинство (96%) амбулаторных стоматологических вмешательств проводится при сохраненном сознании пациента (С.А.Рабинович и др., 2001), но способствует обострению восприятия психотравмирующих факторов в процессе лечения. Сохраненное сознание является основой для возникновения установочных негативных реакций на вид и звук бормашины, на специфические лекарственные запахи, стоматологические инструменты, что вызывает различные по выраженности эмоциональные состояния: от легкого испуга до неопишуемого ужаса, от ориентировочной реакции внимания до максимальной собранности и сосредоточенности [9].

В 70% (42 человека) пациенты нуждаются в местном обезболивании при проведении инвазивных манипуляций, 26,7% (8 человек) иногда отказываются от анестезии при терапевтических и ортопедических вмешательствах, и только 3,3% (2 человека) не нуждаются в проведении местного обезбоживания.

Неотъемлемой частью успешного лечения является установления контакта между лечащим врачом и пациентом. Это возможно только при индивидуальном психологическом контакте. Важным является самый первый визит к стоматологу, в ходе которого должен быть собран весь анамнез, составлен комплексный план лечения, проведена подробная беседа с пациентом, мотивация к лечению. Необходимо располагать временем, чтобы задать вопросы и выслушать ответы.

Согласно этическому кодексу специалистов стоматологического профиля (1999 г.) врач должен обсудить с пациентом альтернативные планы обследования и лечения, включая преимущества, степень риска и прогноз в каждом случае, возможные осложнения, рациональность, соответствующую стоимость с тем, чтобы предоставить пациенту право самому сделать обоснованный выбор.

Метод лечения, который предпочитает стоматолог, должен быть понят и принят больным.

«Воспринимая, человек не только видит, но и смотрит, не только слышит, но и слушает; а иногда не только смотрит, но и рассматривает или всматривается, не только слушает, но и прислушивается или вслушивается...» С.Л. Рубинштейн

Так, по полученным анкетным данным, при выборе врача пациенты считают значимыми такие критерии, как коммуникабельность, дружелюбности, профессионализм, стаж работы, ученая степень. Также немаловажным являются рекомендации знакомых и родственников.

Опираясь на проведенное исследование, мы убедились в том, что на сегодняшний день существуют пациенты, испытывающие страх перед стоматологическим вмешательством. Их обращение в клинику, чаще всего, связано с появлением боли (обострение хронических заболеваний). Их нерегулярность посещений приводит к затруднению работы врача-стоматолога из-за наличия комплекса боль+страх. Часть респондентов предпочитают предупредить развитие какого-либо заболевания и проводят профилактические мероприятия, приходя на осмотр раз в 6 месяцев.

Несмотря на то, что современное оснащение стоматологического кабинета, новые технологии лечения и протезирования позволяют проводить прием безболезненно и в максимально комфортных условиях для пациента, страх и состояние стресса продолжают оставаться у части пациентов. Вероятно, этот страх проявляется в менее выраженной силе, чем раньше, но достаточной для того, чтобы испытывать неприятные ощущения. Преодолением этого дискомфорта может стать установление психологического контакта с врачом, доверие, наличие безболезненного посещения стоматолога.

## *Литература*

1. Гарбер Е.И. Психология боли и обезболивания / Е.И. Гарбер // Вопросы практической психологии. Вып. 11. – Саратов, 1998. – С. 87-89.
2. Хайдарова Г. Р. Феномен боли: автореф. дис. ... к-та философ. наук: 09.00.01 / Хайдарова Гульнара Равиловна; Санкт-Петербург, 2003.
3. David, B. Morris. Geschichte des Schmerzes. Insel Verlag. F.a.M. 1994. S. 400.
4. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание / А.М. Вейн, М.Я. Авруцкий.- М.: Медицина.- 1997.- 278 с.
5. Михайлович В.А., Игнатов Ю.Д. Болевой синдром / В.А. Михайлович, Ю.Д.Игнатов. – Ленинград: Медицина, 1990.- 336 с.
6. Урванцев Л.П. Психологические аспекты работы с больными: внутренняя картина болезни // Новости медицины и фармации. Ярославль. 1994. №2.- С. 40-41.
7. Fischer-Homberger E. Die Haut retten // Die Zeitschrift der Kultur. Du. Heft 4, April 1998. S. 76–77.
8. Хайдарова Г.Р. Боль и наслаждение / *Mixtura verborum'* 2007: сила простых вещей : под общ. ред. С. А. Лишаева. – Самара: Самар. гуманит. акад., 2007. – С.122–142.
9. Московец О.Н. Зависимость болевого восприятия от эмоционального состояния у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме: автореф. дис. ... д-ра биол. наук Москва, 2005

# Современный метод диагностики пациентов с поражением вегетативных парасимпатических узлов головы герпесвирусной этиологии

Николаева А.А.

## *Введение*

Проблема диагностики и лечения, лицевых болей на сегодняшний день занимает ведущее значение во всем мире. Это связано с оказанием неадекватной специализированной медицинской помощи. [9,12,13,14,15].

Одно из лидирующих мест, среди лицевых болей принадлежит поражению вегетативных парасимпатических нервных узлов головы. (48,71%).

Болевые синдромы в области зубов и челюстей преимущественно возникают при ганглионите крылонебных и подчелюстных вегетативных парасимпатических узлов. Клинические проявления ганглионитов часто провоцирует неоправданное вмешательство в зубочелюстной системе. Поэтому совершенствование способов диагностики является крайне важным.

Причины развития ганглионитов головы многочисленны. Поскольку одной из основных причин ганглионитов челюстно-лицевой области являются вирусные инфекции, то можно полагать, что оценка нарушений иммунной реактивности слюны пациентов определяет направление поиска новых диагностических технологий.

*Цель исследования* – установить взаимосвязь иммунологических показателей ротовой жидкости с воспалительным процессом в вегетативных парасимпатических узлах головы.

## *Материалы и методы исследования*

Исследованы иммунологические показатели ротовой жидкости у 35 больных (основная группа) с поражением вегетативных парасимпатических узлов вирусной этиологии в возрасте от 24 до 64 лет (средний возраст – 50,33 лет).

Диагноз поражение парасимпатических узлов головы вирусной этиологии был установлен на основании стандартных клинико-лабораторных критериев. Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев. Поло-возрастных различий между группами не отмечено.

Отбор пациентов производился методом случайной выборки при амбулаторном обращении.

У всех пациентов проанализирована имеющаяся медицинская документация, результаты предшествующих инструментальных и лабораторных исследований для исключения сопутствующей соматической патологии.

Степень поражения зубов определялась распространенностью (%) и *интенсивностью кариеса – индексом КПУ* и его компонентами: «К» (кариес), «П» (пломба), «У» (удаленный). Индекс КПУ представляет собой интегрированное значение всех стадий кариеса. Для оценки показателя использовали критерии ВОЗ для возрастной группы 35-44-летних [28]. Использовались следующие оценки уровня интенсивности кариеса:

- очень низкий (0,2-1,5)
- низкий (1,6-6,2)
- средний (6,3-12,7)
- высокий (12,8-16,2)
- очень высокий (16,3 и выше)

Для объективной оценки гигиенического состояния полости рта использован *упрощенный индекс гигиены (УИГ) полости рта Грина – Вермиллиона* (Oral Hygiene Index Simlified, Green-Vermilion, 1964), который состоит из двух компонентов: индекса зубного налета – ИЗН (Debris-index) и индекса зубного камня – ИЗК (Calculus-index).

Для определения индекса зубного налета и индекса зубного камня использовали йодисто-калиевый раствор, которым смазывали вестибулярные поверхности 16, 26, 11, 31 зубов и язычные поверхности 36-го и 46-го зубов.

Использовали следующую систему оценок:

*Зубной налет (DI):*

- 0. отсутствие зубного налета (нет окрашивания);
- 1. зубной налет покрывает не более 1/3 поверхности коронки зуба;
- 2. зубной налет покрывает более 1/3, но не более 2/3 поверхности коронки зуба;
- 3. зубной налет покрывает более 2/3 поверхности коронки зуба.

*Зубной камень (CI):*

- 0. зубной камень не выявлен;
- 1. наддесневой зубной камень покрывает до 1/3 поверхности коронки зуба;

2. наддесневой камень покрывает от 1/3 до 2/3 поверхности коронки зуба и (или) имеется поддесневой зубной камень в виде отдельных конгломератов;
3. наддесневой зубной камень покрывает более 2/3 поверхности коронки зуба и (или) имеется поддесневой зубной камень, который окружает пришеечную часть зуба.
- 4.

Расчет индекса зубного налета (ИЗН), также как и индекс зубного камня (ИЗК) осуществляется по формуле:

$$\text{ИЗН} = \frac{\sum_{\text{ЗН}}}{n} \quad \text{и} \quad \text{ИЗК} = \frac{\sum_{\text{ЗК}}}{n},$$

где:  $\sum_{\text{ЗН}}$  - сумма баллов зубного налета;

$\sum_{\text{ЗК}}$  - сумма баллов зубного камня

$n$  - количество обследованных зубов (6 зубов).

УИГ полости рта получали путем сложения индекса зубного налета и индекса зубного камня:

$$\text{ГИ} = \text{ИЗН} + \text{ИЗК}.$$

Значение УИГ интерпретировалось следующим образом:

- 0 - 0,6 - низкий, гигиена полости рта хорошая
- 0,7 - 1,6 - средний, гигиена полости рта удовлетворительная
- 1,7 - 2,5 - высокий, гигиена полости рта неудовлетворительная
- 2,6 и более – очень высокий, гигиена полости рта плохая.

*Папиллярно–маргинально–альвеолярный индекс гингивита (РМА) по Парма (С.Рарма, 1960)*

РМА предназначен для характеристики воспалительного процесса при гингивите. Позволяет определить распространенность, границы и интенсивность гингивита и используется для оценки эффективности лечения.

Оценивается состояние десны у каждого зуба: воспаление сосочка (Р) – 1 балл, воспаление краевой десны (М) – 2 балла, воспаление альвеолярной десны (А) – 3 балла.

Вычисляли по формуле и выражали в процентах:

$$\text{РМА} = \frac{\sum x \times 100}{3 \times n}$$

где:  $\sum$  - сумма наивысших баллов каждого зуба,

$n$  - количество обследованных зубов.

Оценка результатов проводилась следующим образом:

- до 25% - легкая степень гингивита
- 25-50% - средняя степень гингивита
- более 50% - тяжелая степень гингивита

Сбор смешанной слюны (нестимулированной) в состоянии покоя проводился утром натощак или не ранее чем через три часа после приема пищи. Пациентов в положении сидя просили опустить голову вниз, не глотать слюну и не двигать языком и губами во время всего периода сбора слюны. Слюна аккумулировалась в полости рта в течение двух минут, затем пациентов просили сплюнуть все содержимое в специальную пробирку (SalivaCapsSet, производитель IBLInternationalGMBH) при помощи соломинки из полипропилена.

Образцы ротовой жидкости замораживали до исследования. Перед исследованием образцы размораживались, хорошо перемешивались и центрифугировались.

Иммунологическое исследование РЖ включало определение концентрации лактоферрина (ЛФ), секреторного иммуноглобулина А (SIg А) и интерферона- $\alpha$  (ИФН- $\alpha$ ) методом твердофазного гетерогенного ИФА с использованием тест-систем «Вектор-Бест» и регистрацией результатов на фотометре Multiscan.

Результаты лабораторных данных обработаны стандартными методами вариационной статистики с определением средних величин (М) и их ошибок (m) для каждой группы с оценкой критерия достоверности (t) по Стьюденту. При всех расчетах использовался 95% уровень значимости

### *Результаты исследования и их обсуждение*

Секреторный иммунитет слизистой ротовой полости обеспечивается функцией ряда клеточных систем, образованием отдельных клеточных элементов, синтезом ферментов, медиаторов межклеточного взаимодействия, веществ, обладающих способностью приостанавливать размножение или уничтожать патогены, а так же синтезировать лактоферрин, ИФН и специфические иммуноглобулины. Представления о секреторном иммунитете имеет первостепенное значение для обоснования принципов диагностики и лечения данной категории пациентов (Базарный В.В., Береснева Н.С., Ломова О.Л., Санникова Н.Е., 2011; Вавилова Т.П., 2008; Волкова М.Н., Янченко В.В., 2011; Каминская Л.А., 2010; Колотова Н.Н., Ронь Г.И., 2012; Постнова М.В., Мулик Ю.А., Новочадов В.В., Мулик А.Б., Назаров Н.О., Фролов Д.М., 2011; Почекунин Д.В., 2011).

Уровень оценки секреторного иммунитета наиболее актуален и может быть использован для диагностики заболевания у пациентов с поражением вегетативных парасимпатических узлов герпесвирусной этиологии. Одним из компонентов полноценной защиты ротовой полости является лактоферрин (Базарный В.В., Береснева Н.С., Ломова О.Л., Санникова Н.Е., 2011).

Лактоферрин представляет собой железосодержащий гликопротеин из семейства трансферринов. За последние годы были детально изучены и расшифрованы его структура, механизмы синтеза и биологическое значение, чему посвящено не мало научных обзоров (Базарный В.В., Береснева Н.С., Ломова О.Л., Санникова Н.Е., 2011; Маккеева И.М., Смирнова Т.Н., Черноусов А.Д., Романченко А.И., Гольдман И.А., 2012; Legrand D., Pierce A., Ellass E., Carpentier M., Mariller C., Mazurier J., 2008). Данный белок обладает большим разнообразием функций, важнейшей является участие в формировании секреторного иммунитета слизистых оболочек, оказывает мощное бактерицидное и бактериостатическое воздействие на целый ряд микроорганизмов, выступая как хеллатор металла и связывая железо, необходимое для размножения бактерий. С другой стороны, в физиологических концентрациях, он препятствует образованию биопленки полости рта. Считается, что это происходит вследствие связывания углеводным фрагментом Лф поверхностных структур микроорганизмов, в результате блокируется их взаимодействия с рецепторами клеток. Другой механизм, объясняющий действие Лф – стимуляция специфического бактериального движения, что делает невозможным прикрепление бактерий к поверхности зубов и слизистой оболочки рта с образованием микроколоний. Он активен в отношении грамположительных, грамотрицательных бактерий и грибов (Legrand D., Pierce A., Ellass E., Carpentier M., Mariller C., Mazurier J., 2008). Так же лактоферрин влияет на фагоцитарную активность нейтрофилов и систему комплемента.

Таким образом, Лф человека относится к факторам первой линии иммунной защиты.

Также, одним из важных компонентов слюны является секреторный иммуноглобулин А (sIgA) который будучи агглютинином, состоит из двух мономеров и секреторного компонента (SC). К основным функциям IgA относят предотвращение адгезии микробов к слизистой оболочке и проникновение через нее антигенов, нейтрализация вирусов, токсинов и ферментов. Кроме того, sIgA участвует в регуляции иммунного ответа на чужеродные вещества (Волкова М.Н., Янченко В.В., 2011; Колотова Н.Н., Ронь Г.И., 2012; Постнова М.В., Мулик Ю.А., Новочадов В.В., Мулик А.Б., Назаров Н.О., Фролов Д.М., 2011; Borelli V., Marchioli A., Di Taranto R., et al. 2010; Pollak L., Book M., Smetana Z., Alkin M., Soupayev Z., Mendelson E., 2011).

Секреторный IgA внедряется в зубную бляшку и пелликулу, в результате чего уменьшается фиксация микроорганизмов на поверхности зуба и ускоряется их фагоцитоз нейтрофилами (А.Б., Скиба В.Я., 2008; Сильвермен С., Эверсоу Л. Рой., Трулав Эдмонд Л., 2010).

Альтерация эпителиального покрова слизистой оболочки полости рта, обусловленная непрерывным воздействием бактериальных, вирусных и других антигенов, приводит к снижению выработки sIgA. Происходит нарушение дифференцировки эпителия, нарушается сборка и синтез секреторного компонента IgA (Волкова Ю.В., Шапиро Е.Г., Липовская И.А., 2008, Колотова Н.Н., Ронь Г.И., 2012; Smetana Z., Alkin M., Soupayev Z., Mendelson E., 2011).

Другим важным защитным фактором слюны является ИФН.

Система интерферонов осуществляет не только первую линию защиты организма от инфекций (когда иммунная система еще не успевает отреагировать), но и участвует в дальнейших (уже иммунных) процессах уничтожения чужеродных объектов. Если иммунная система отвечает за неизменность белкового состава организма, то система интерферонов – за поддержание генетического гомеостаза, то есть, за сохранение постоянства состава организма на уровне генома (Мельниченко А.В., 2011; Мулик А.Б., Постнова М.В., Мулик Ю.А., 2009; Николаева А.А., Базарный В.В., Журавлев В.П., 2012; Bystrick M., Russ G., 2005).

Интерфероны – общее название, под которым в настоящее время объединяют ряд белков со сходными свойствами, выделяемых клетками организма в ответ на вторжение вируса. Благодаря интерферонам клетки становятся невосприимчивыми по отношению к вирусу. Интерфероны стимулируют иммунную систему для борьбы с вирусами. Интерфероны повышают синтез молекул главного комплекса гистосовместимости I и II классов и активируют иммунопротеасому (Мезенцева М.В., Наровлянский А.Н., Щербенко В.Э., Полонский В.О., Анохина Е.Ю., Ершов Ф.И., 2002; Мельниченко А.В., 2011; Hooks J.J., Moutsopoulos H.M., Geis S.A., et al., 1979; Sainz V.Jr, Halford W.P., 2002).

Вследствие того, что ротовая жидкость меняется по составу, физико-химическим и биологическим свойствам при воздействии самых разных стимулов, то есть РЖ является индикатором реактивности организма. Следовательно, и количественное содержание интерферонов в ротовой жидкости также отражает состояние иммунитета пациента. Интерфероны человека подразделяют на группы в зависимости от типа клеток, в которых они образуются:  $\alpha$ ,  $\beta$  и  $\gamma$ . Интерфероны альфа действуют как ингибиторы репликации вируса и оказывают преимущественно противовирусный эффект. Кроме того, интерферон альфа включает в себя несколько видов белков (22 подтипа интерферона альфа) с одинаковой молекулярной массой (около 20 кДа), что повышает достоверность их

количественного определения в ротовой жидкости (Вавилова Т.П., 2008; Каминская Л.А., 2010; Постнова М.В., Мулик Ю.А., Новочадов В.В., Мулик А.Б., Назаров Н.О., Фролов Д.М., 2011; Колотова Н.Н., Ронь Г.И., 2012; Постнова М.В., Мулик Ю.А., Новочадов В.В., Мулик А.Б., Назаров Н.О., Фролов Д.М., 2011).

Сравнение показателей секреторного иммунитета у пациентов с поражением вегетативных парасимпатических узлов герпесвирусной этиологии свидетельствует о достоверно значимых отличиях между исследуемой и контрольной группой (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-иммунологическая характеристика пациентов с поражением вегетативных парасимпатических узлов головы герпесвирусной этиологии

Показатели		Исследуемая группа	Контрольная группа	P
Лабораторные показатели РЖ	ЛФ, нг/мл	8812,0±801,3	7324,8±1104,3	0,02
	SIg A, мг/мл	204,9±20,15	95,7±15,1	0,01
	ИФ-а, пг/мл	6,3±2,3	23,8±5,6	0,02

У пациентов с диагнозом поражением вегетативных парасимпатических узлов вирусной этиологии уровень ЛФ в среднем выше на 20%. Из полученных результатов видно, что ЛФ можно рассматривать как маркер остро протекающей инфекции и показатель интенсивности воспалительного процесса вирусной этиологии.

Уровень SIg A в контрольной группе более, чем в 2 раза ниже. Сравнение данного показателя свидетельствует об интенсивной выработке SIg A при протекания герпетической инфекции.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о снижении уровня ИФ-а в ротовой жидкости пациентов с пораженными вегетативными парасимпатическими узлами в 4 раза по сравнению с контрольной группой. Из полученных результатов видно, что данный вид протекания герпесвирусной инфекции сопряжен со снижением защитных сил организма и нарушением реактивности, что оказывает негативное влияние на стоматологический и соматический статус пациентов. Таким образом, ИФ можно рассматривать, как маркер у пациентов с поражением вегетативных парасимпатических узлов герпесвирусной этиологии и показатель интенсивности воспалительного процесса вирусной этиологии.

## Выводы

1. У пациентов с диагнозом поражение вегетативных парасимпатических узлов головы вирусной этиологии выявлены выраженные нарушения секреторного иммунитета (снижение уровня ИФ-а  $6,3 \pm 2,3$  пг/мл; увеличение SIg A  $204,9 \pm 20,15$  мг/мл, уровня ЛФ  $8812,0 \pm 801,3$  нг/мл).

2. На основании клинико-лабораторного обследования пациентов с ПВПУГВЭ выявлены выраженные нарушения секреторного иммунитета. Этим определяется не только более глубокое понимание патогенеза изучаемой патологии, но и поиск путей разработки методов ее коррекции.

## Литература

1. *Алимбарова Л.М., Гараев М.М.* Лабораторные методы диагностики герпесвирусных инфекций: Сборник «Актуальные проблемы герпесвирусных инфекций», М.; 2004.
2. *Архипова Е.И., Исаков В.А.* Социальная значимость распространения герпеса и ВИЧ-инфекции. Современные подходы к профилактике и лечению: Материалы научной сессии ННЦ СЗО РАМН (сборник научных трудов). В. Новгород. Медицина, 2003; Т. 2.
3. *Величкина Н.Ю., Малышева О.А., Козлов В.А.* Факторы резистентности клеток иммунной системы к инфекции вируса простого герпеса. Цитокины и воспаление. 2002; 2; т. 1: с. 109.
4. *Герасимова М.М.* Герпетическая ганглионейропатия с вовлечением в процесс ЦНС, вызванная вирусом HERPES ZOSTER. Невролог. 2004.
5. *Герасимова М.М.* Герпетическая нейроинфекция. Невролог. 2004; 1, том 9.
6. *Каражас Н.В., Малышев Н.А., Рыбалкина Т.Н., Калугина М.Ю., Бошьян Р.Е., Кистенева Л.Б., Чешик С.Г.* Герпетические инфекции. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Методические рекомендации. М.; 2007.
7. *Грачев Ю.В., Климов В.А., Молодецких В.А. и др.* Лицевые боли как проявление психических расстройств. Неврология и психиатрия. 2002; 4.
8. *Данилов А.Б.* Нейропатическая боль. М.: Нейромедиа; 2003.

9. Журавлев В.П. Этиология, клиника и диагностика истинной невралгии тройничного нерва: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21, 14.00.13 Журавлев В.П.. Екатеринбург: УГМА; 2001.
10. Исаков В.А., Сельков С.А., Мошетьева Л.К., Чернакова Г.М. Современная терапия герпесвирусных инфекций. Руководство для врачей. СПб.; М.: ООО «Тактик-Студио»; 2004.
11. Каримова И.М. Герпесвирусная инфекция. Диагностика, клиника, лечение. М.: Медицинское информационное агентство; 2004.
12. Карлов В.А. Лицевая боль. Болезни нервной системы. В кн.: Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р., ред. Руководство для врачей. М.: Медицина; 2001; т. 2.
13. Aurelian L; Ono F; Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-associated erythema multiforme (НАЕМ): a viral disease with an autoimmune component. *Dermatol Online J.* 2003; 9 (1):1
14. Barcy S., Corey L. Herpes simplex inhibits the capacity of lymphoblastoid B cell lines to stimulate CD4+ T cells. *J Immunol.* 2001; 166 (10).
15. Barcy S., Huang M.L., Corey L., Koelle D.M. Longitudinal analysis of herpes simplex virus-specific CD4+ cell clonotypes in infected tissues and blood. *J Infect Dis.* 2005; 191 (12).
16. Basker R.M., Main DMG. The cause and management of burning mouth condition. *Spec Care Dentist* 1991; 11.
17. Bellner L., Thorn F., Nygren E., Liljeqvist JA., Karlsson A., Eriksson K. A proinflammatory peptide from herpes simplex virus type 2 glycoprotein G affects neutrophil, monocyte, and NK cell functions. *J. Immunol.* 2005; 174 (4).

## Современные этические и социальные проблемы функциональной диагностики

*Кожина О. В.*

*Основные термины и понятия:* функциональная диагностика, пренатальная диагностика, генетическое тестирование, хромосомный пол, генофонд, генетическая информация, евгеника.

Медицина всегда сталкивалась с рядом сложных этических проблем, которые перерастали в социальные и философские. Такова особенность медицины как науки и практической деятельности. Медицина постоянно имеет дело со здоровьем, жизнью и смертью человека, то есть самыми принципиальными мировоззренческими вопросами философии. Сегодня, функциональная диагностика – одна из наиболее стремительно развивающихся областей современной медицины. Активный процесс внедрения в медицину новейших разработок и компьютерных технологий в полной мере способствует бурному развитию функциональной диагностики. Современная функциональная диагностика использует столь разнообразные методы и позволяет получать такие результаты, которые порождают к жизни дополнительные проблемы. Разумеется, в большей степени это связано с пренатальной диагностикой, но и другие виды диагностических исследований также порождают ряд проблем.

«Плюсы» использования функциональной диагностики очевидны. Ранняя диагностика позволяет не только повысить шанс полного или практически полного излечения, но и сохранить «качество» жизни». Функциональная диагностика позволяет выявить болезнь на раннем этапе её развития, определить её специфику, тяжесть поражения, предотвратить операционное вмешательство. Но наряду с этим использование функциональной диагностики порождает и ряд проблем.

Наиболее серьезные и специфические из них связаны с пренатальной диагностикой. Пренатальная диагностика включает, во-первых, пренатальное генетическое тестирование, которое производится в определенный период развития человеческого зародыша для того, чтобы выявить отклонения в развитии и дефекты. Во-вторых, пренатальная диагностика включает и другие методики, когда речь идёт о предположительной патологии зародыша, вызванной не генетическими, но соматическими причинами [1, с. 39].

Пренатальная диагностика вошла в практику в 1968 г. Импульс к совершенствованию диагностических процедур пренатальной диагностики исходил из мотивации выявления эмбрионов, пораженных генетическими болезнями, анализом хромосомного пола и выбором пола будущего ребёнка.

На основании выявленных патологий плода или предположений о наличии таких патологий врачи предоставляют будущей матери или семейной паре информацию об опасности, проблемах, границах требуемых анализов и дают соответствующие рекомендации.

Очевидно, что это порождает целый комплекс этических и социальных проблем. С одной стороны, выявление путем пренатальной диагностики генетических заболеваний препятствует рождению неизлечимо больных детей. За последние десять лет в Европе удалось предотвратить рождение более 100 детей с болезнью Дауна [2, с. 90]. Но многие женщины даже при наличии таких аргументов готовы родить и больного ребенка. Таким образом, возникает этическая проблема – может ли общество принудить женщину к аборту в случае высокого риска или даже стопроцентной вероятности рождения больного ребенка. Должно ли в этом случае общество нести значительные затраты на поддержание здоровья такого ребенка?

Очевидно, что помимо этической, возникает и социальная проблема. Имеет ли право общество диктовать будущим родителям свой выбор, и соответственно, могут ли родители навязывать обществу рождение безнадежно больного ребенка, который, возможно, передаст свои гены следующим поколениям? Здесь возникают уже сугубо евгенические проблемы. Функциональная диагностика ещё до рождения ребенка позволяет осуществить отбор полноценных здоровых человеческих особей и закрепить именно за ними право на дальнейшее существование, то есть идет «улучшение» генофонда человечества, но не исключено, что при этом идет и его определенное изменение, то есть человечество меняется как вид.

К тому же далеко не во всех странах такие исследования являются обязательными и бесплатными. Таким образом, обеспеченная и высоко-статусная часть населения сможет улучшать здоровье своего потомства, а бедные люди будут обречены на рождение больных детей, что также породит сегрегацию общества не только по социальному, но и по биологическому признаку. Иногда речь идет даже не о богатстве и о социальном статусе, а об интеллектуальных преимуществах. Те, кто более образован и информирован, может обратиться к данным этих исследований и, следовательно, избежать рождения больного ребенка. Таким образом, 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 [3, с. 67].

В России эта проблема имеет свою специфику. Изучение этических установок российских медиков выявило их склонность к негативным советам и директивности [4, с. 78]. Российские генетики аргументируют свою позицию недостатками медицинской помощи больным наследственной патологией и проблемами социальной реабилитации инвалидов

в нашей стране. Но при этом показательно, что по многим важным аспектам медико-генетического консультирования значительное число российских специалистов предлагают решения, отличные от принципов ВОЗ, связанных с недирективностью консультирования, с сохранением конфиденциальности и правом пациентов распоряжаться генетической информацией. Российские специалисты часто не соблюдают конфиденциальность. Не все российские медики знакомы с международными документами в этой области [4, с. 79].

Здесь возникает ещё одна проблема. При проведении такого рода исследований и рекомендация аборта учитывается мнение родителей, но не мнение будущего ребенка. В связи с этим возникает дискуссия, можно ли считать эмбриона личностью. Ответа на это вопрос общество пока не имеет.

В силу недостаточной изученности всех аспектов (медицинских, биологических, социальных, правовых, морально-этических, философских) проблемы пренатальной диагностики оказывается невозможным прогнозирование отдаленных последствий для здоровья отдельного индивидуума, потомства, популяции, социума и т.д. любых методов функциональной диагностики эмбрионов и последствий применения этих методов. Большая часть участвующих в обсуждении этой проблемы специалистов – медиков, биологов, философов, социологов, юристов – учитывая невозможность в настоящее время решить вопрос о статусе эмбриона человека и невозможность остановить использование методов функциональной диагностики, и некоторых аспектов биотехнологии (придерживаются умеренной позиции в данном вопросе. Фактически эта умеренная позиция означает отсутствие четкой позиции у научного сообщества.

### *Литература*

1. Сабурова В.И. Этические проблемы пренатальной диагностики [Текст] / В.И. Сабурова // Проблемы репродукции. - 2008. - №3. - С.36 - 45.
2. Курило Л.Ф. Развитие эмбриона человека и некоторые морально-этические проблемы методов вспомогательной репродукции [Текст] / Л.Ф. Курило // Вестник новых медицинских технологий. – 2011.- № 3. - С. 88 -97.
3. Батенева Т.А. Этические проблемы пренатальной диагностики [Текст] / Т.А.Батенева// Медицинский журнал.- 2012. - № 5. – С. 65-71.
4. Ижевская В.Л. Динамика этических установок российских медицинских генетиков [Текст]/ В.Л.Ижевская // Человек. – 2006. - №4. - С.78-83.

## **Биоэтика постгеномной медицины – реалии нового времени**

*Папулова М.А.*

На рубеже 80-90-х годов XX века произошел коренной перелом в развитии медицины, благодаря быстрому внедрению в практику достижений геномики, протеомики, метаболомики и биоинформатики. Этот процесс привел к формированию принципиально нового концепта развития здравоохранения – медицины «4П», главным идеологом которого выступил Лерой Худ.

4П-медицина основывается на четырех базовых принципах:

- предиктивности (предсказательности), позволяющей прогнозировать заболевания на основе индивидуальных особенностей генома (создание вероятностного прогноза здоровья на основании генетических исследований);
- превентивности (профилактики), работающей на опережение и позволяющей предотвращать появление заболеваний с помощью их профилактики персонализации, основанной на индивидуальном подходе к каждому больному (создание уникального генетического паспорта для лечения и контроля над здоровьем пациента);
- партисипированности (участия, партнерства), основанной на широком сотрудничестве различных врачей специалистов и пациентов, а также на превращении пациента из субъекта лечения в объект лечебного процесса;
- персонализации, основанной на индивидуальном подходе к каждому больному (создание уникального генетического паспорта для лечения и контроля за здоровьем пациента) [1].

В медицине на протяжении ее исторического развития основное внимание уделяли уже заболевшему человеку (нозологии), делая акцент на учении о болезни, поэтому здоровым людям и донозологическим формам болезней уделялось чрезвычайно малое внимание.

С изменением стратегии развития медицины изменился и философский подход понимания медицины в структуре охраны здоровья людей. Этот процесс перехода медицины реактивной к медицине предикативной, также интересен с позиции биоэтики.

Медицина будущего обеспечит более точную диагностику, а значит и лечение, основанное на анализе генетической информации конкретного человека. Персонализированная медицина также предусматривает повышение ответственности пациента, его активное участие в комплексе мер по сохранению здоровья, при точно рассчитанном риске возникновения конкретного заболевания. Соблюдение индивидуальных рекомендаций, данных лечащим врачом, играет ключевую роль, при условии более точной диагностики и эффективной терапии.

## *Нужна ли медицине «4П» новая парадигма биоэтики?*

Вернемся на полвека назад, в 50-60-е годы XX века. Именно тогда, в зарубежных странах, а затем и в РФ произошло изменение основного морального принципа взаимодействия «врач-больной». Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступил место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии человека оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента предстало недопустимым. Например, с тех пор неизлечимо больной онкологическим заболеванием человек более не охранялся от информации о своем здоровье, хотя это могло вызвать у него дополнительный стресс, он воспринимался как партнер, как лицо имеющее свою точку зрения на проблему. Эта модель позже стала восприниматься как эталон взаимодействия врача и пациента во всех странах, уважающих права человека.

Это изменение было продиктовано с одной стороны увеличением самосознания и образовательного уровня людей, а с другой – увеличивающейся ролью хронической неинфекционной патологии в структуре летальности развитых стран.

Патерналистская модель рассматривала врача, как медицинского эксперта, чьим рекомендациям следовало беспрекословно следовать. Данная модель трудно совместима с сегодняшними реалиями, когда инфекционная и острая патология, в основном, заменилась на хроническую неинфекционную, требующую долгого лечения и активного участия пациента.

Еще одной чертой традиционной медицинской этики, берущей свое начало из клятвы Гиппократова, является преобладание интересов одного человека, над интересами всего общества, так называемый «индивидуализм». Учитывая факт стоимости современной медицины для общества, жесткое нормирование финансовых ресурсов происходит исходя из оценки эффективности различных вмешательств для пользы общественного здравоохранения.

Можно предположить, что со временем, взаимодействия врача и пациента будут более тесными. Рассмотрим такой пример: врач диагностирует определенное генетическое заболевание и знает, какой именно (основываясь на генотипе, т.е. зная наверняка) терапевтический подход следует применить к этой болезни, чтобы остановить ее развитие. Необходимо ли врачу использовать более доказательные убеждения следовать его советам? Возможно, стоит подумать об ответственности самого пациента за свое здоровье, если он будет иметь исчерпывающую информацию с просчитанными рисками развития заболевания.

## *Этические проблемы генетического тестирования*

Для полного освещения вопроса мы должны уделить внимания обсуждению нескольких задач: клинической значимости генетического тестирования, права быть информированным (или не знать), возможность передачи информации родственникам.

Клиническая значимость генетического тестирования определяется его предсказательной ценностью и существованием терапевтических стратегий для курации выявленных отклонений. Однако, даже при высокой предсказательной ценности и возможности терапии выявленного генетического заболевания, например при моногенных заболеваниях, то есть заболеваниях, обусловленных мутацией лишь одного изолированного гена, перед врачом стоит глубокая биоэтическая проблема. Говорить ли семье обследуемого о потенциальном носительстве родственников опасной генетической мутации, и если вероятность передачи мутации потомству велика, нужно ли ограничивать репродуктивный потенциал пациента и его семьи? Не ограничим ли мы право пациента на нежелание знать свою генетическую информацию? Ответствен ли пациент за здоровье своих родственников и передачу своей генетической информации потомкам, при условии полного знания и понимания своего диагноза?

Принадлежит ли информация о генах человека только ему или она может быть передана без его согласия его семье?

Ситуация сложнее тогда, когда терапевтическая ценность тестирования еще меньше. Например, мы выявили предикторы формирования сердечно-сосудистого заболевания в ближайшие 10 лет у здорового мужчины трудоспособного возраста. При этом риск развития осложнений составляет 25% при условии, что он продолжит курение, и 10%, если он откажется от вредной привычки. Есть ли достоверная разница в исходах у пациента при условии проведения генетического тестирования и изменении образа жизни [2]?

Таким образом, возможно, врачи будущего обретут большее влияние на пациента с помощью повышения предсказательной силы генетики. Если основываясь на генетических профилях, человеку будет предложено не просто лечение, которое предлагается большинству людей, не имеющих противопоказаний, а индивидуальное и единственно верное, не будет ли это повторением своеобразной патерналистской модели традиционной медицины?

## *Персональная ответственность за здоровье*

Тема ответственности человека за развитие собственных болезней не нова, и она актуальна не только для биоэтики медицины будущего. Ответственны ли люди страдающие ожирением, алкоголизмом, с малой физической активностью и сахарным диабетом 2 типа за свое здоровье? Должны ли предприниматься какие-то меры к этим людям или это их собственная ответственность? На эти вопросы общего мнения не существует. Принимая во внимание экономическую составляющую сегодняшней медицины, не будет ли справедливо «штрафовать» пациента, если человек с точно просчитанным риском развития заболевания не изменит свой образ жизни, не будет регулярно посещать врача, не бросит курить и т.п.? В странах Запада, это довольно регулярные явления. В Великобритании стоимость операции по замене тазобедренного сустава значительно больше для людей страдающих ожирением и курящих, в Германии имеются уменьшающие коэффициенты при оплате услуг системы здравоохранения за регулярные посещения врача [3].

### *Заключение*

Медицина «4П» предлагает врачебному сообществу широкий спектр новых возможностей, начиная с усиления предсказательной силы медицины и новых инструментов воздействия на болезнь, и заканчивая более качественной и длинной жизнью. Новые реалии требуют новой парадигмы биоэтики. Центральным биоэтическим вопросом медицины будущего является возрастающая персональная ответственность за развитие собственных заболеваний, и это вполне объяснимо изменением реактивного подхода к лечению заболеваний к превентивному, к активному вовлечению пациента в процесс лечения. Меняются и взаимоотношения врач-пациент. Вполне возможно, что врачи будущего обретут большее влияние на пациента с помощью повышения предсказательной силы генетики. Достижения медицины 21 века в пору становления медицины «4П» могут иметь и негативные влияния, такие как психологический дискомфорт пациента, неправильная интерпретация генетических данных и составления генетических профилей, сложности прямого взаимодействия на пациента, необходимость изменения его образа жизни. Врачи всех специальностей должны задумываться о пользе и клинической значимости генетического тестирования еще на этапах планирования его проведения. Новое время ставит новые вопросы, на которые в ближайшем будущем нам придется найти ответы.

## *Литература*

1. Герасименко Н.Ф. Медицина 4П – новое направление развития здравоохранения // Инновационное развитие здравоохранения [Электронный ресурс] URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2013/II/Gerasimenko.pdf> (дата обращения 10.11.2013)
2. Gefenas E. et. Al Does the «new philosophy» in predictive, preventive and personalised medicine require new ethics? // EPMA Journal. – 2011. – 2: 141. – С.141-147
3. Council of Europe. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research// European Treaty Series – No. 186 [Электронный ресурс] URL: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm> (дата обращения 10.11.2013)

## **Философские, медицинские и юридические аспекты исследований на генетическую предрасположенность человека к заболеваниям.**

*Кудрявцева Е.В.*

Стратегическую основу нового, быстро развивающегося направления в медицине, получившего название предиктивная медицина, составляет исследование межгенных и ген-средовых взаимодействий. Все чаще в настоящее время назначается исследование на «гены предрасположенности». Можно определить наследственную предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, невынашиванию и осложнениям беременности, онкологической патологии, к алкогольной и наркотической зависимостям и т.д. [1].

В настоящее время считается, что большинство заболеваний являются мультифакториальными, то есть вклад в их развитие вносит группа генов-кандидатов, а также определенные факторы окружающей среды [2].

Присутствие неблагоприятного полиморфного аллеля (варианта гена) является вероятностным показателем, значение которого не следует переоценивать. Практически у всех из нас есть те или иные «вариантные» аллели. Это лишь особенность генотипа, предрасположенность к заболеванию, а не диагноз. Знания о генотипе пациента являются компонентом комплексного исследования. Во-первых, нужно учитывать количество неблагоприятных аллелей, во-вторых, образ жизни пациента, в-третьих, сведения о заболеваниях в семье. Полиморфные аллели в большинстве своем не детерминируют фатальной предрасположенности к патологии, но обладают способностью потенцировать действие других вредных влияний. Например, у курильщика, являющегося носителем гена GSTM1 (глутатион-S-трансферазы) риск рака легких в 10 раз больше, чем у курильщика, не являющегося носителем этого гена. Но с другой стороны из двух носителей этого гена риск будет больше во много раз у того, который курит.

Этические проблемы обусловлены тем, что генетическое тестирование облегчает доступность интимных биологических особенностей человека. Существует определенный риск дискриминации, риск для частной жизни самого обследуемого и его родственников [3].

Кроме того в настоящее время существует еще одна проблема – возможности диагностики превышают возможности действий (лечить или принимать профилактические меры). «Печальный аспект жизни сегодня в том, что наука накапливает знания быстрее, чем общество приобретает мудрость». А. Азимов. Оценка повторного риска остается эмпирической и групповой, а не индивидуальной. Недостаточно изучены межгенные и ген-средовые взаимодействия. Поэтому консультирование в большинстве случаев остается недостаточно эффективным, значения риска остаются неопределенными [3].

Однако, несмотря на все вышеперечисленное, и отказываться полностью от проведения данных исследований не стоит, так как чем больше будет накоплено результатов исследований, тем больше будет сведений о роли генов предрасположенности и тем скорее будут выработаны реальнее, полезные рекомендации позволяющие улучшить состояние здоровья индивидуума. На смену малоэффективного, дорогого и часто бесполезного лечения уже сформировавшегося хронического заболевания должна прийти персонифицированная, упреждающая медицина здорового человека.

Генетическая информация имеет следующие особенности, по сравнению с другими медицинскими анализами:

- Она позволяет с различной степенью вероятности предсказать будущее состояние здоровья человека, здорового на момент обследования, и может быть использована для ущемления его прав и в качестве оснований для дискриминации при использовании третьими сторонами (при вступлении в брак, при приеме на работу, при выплате страховки);

- Она может оказывать значительное воздействие на семью на протяжении нескольких поколений, включая потомков обследуемого;

- Она может выявить информацию, о значении которой может быть неизвестно во время сбора биологических образцов [3].

При получении и использовании генетической информации возникает опасность нарушить ряд прав пациента – в первую очередь знать или не знать информацию о себе – на самостоятельное решение относительно своего здоровья и репродукции, на конфиденциальность, а также право родственников пациента на генетическую информацию для принятия собственного решения о необходимости тестирования. С одной стороны данные о генотипе пациента являются его личными данными. С другой стороны, эти данные могут косвенно давать какие-то сведения о его родственниках, особенно первой степени родства.

Главные положения биоэтики сформулированы в документах ВОЗ еще в 1999-2001 годах. Они включают в себя основные положения, которыми следует руководствоваться при проведении генетического тестирования:

1. Распределение общественных ресурсов в пользу наиболее нуждающихся (принцип справедливости).
2. Свобода выбора в отношении решения собственных генетических проблем (принцип автономии личности).
3. Добровольность при проведении всех процедур, включая тестирование и лечение, отсутствие принуждения со стороны правительства, общества, работников здравоохранения.
4. Уважение человеческих различий и тех, чье мнение в меньшинстве.
5. Уважение интеллекта человека, независимо от уровня его знаний.

6. Просвещение по вопросам генетики общества, медиков, преподавателей, религиозных деятелей.
7. Тесное взаимодействие с пациентами и организация пациентов.
8. Предупреждение дискриминации или предпочтений, основанных на генетической информации, при трудоустройстве, страховании, обучении (принцип «не навреди»).
9. Взаимодействие с другими профессионалами.
10. Использование при общении с пациентами и их родственниками понятного языка, уважительного для пациента как личности.
11. Регулярное общение с пациентом при использовании поддерживающего лечения.
12. Осуществление постоянного контроля за качеством службы и качеством генетических тестов [2].

При медико-генетическом консультировании важно учитывать психологические особенности человека, то, какое воздействие может оказать на него полученная информация.

Отношение к результату анализа на генетическую предрасположенность можно сравнить с отношением к судьбе. Джеймс Дьюи Уотсон, расшифровавший структуру ДНК, заявил: «Раньше считали, что судьба человека записана на звездах. Теперь мы знаем, что она записана в его генах».

С одной стороны люди, имеющие сведения о своих генетических особенностях могут противостоять в некотором плане даже такому страшному заболеванию как рак. С другой стороны, человек может посчитать генетическую предрасположенность «фатальной», и вместо профилактики заболевания будет настроен на развитие заболевания. Упаднические настроения в духе «все равно я умру, и мне ничего не поможет, все бесполезно», способствуют снижению качества жизни, снижению сопротивляемости организма заболеванию (мысли материальны), депрессиям.

Человеческая мудрость указывает на два отношения к судьбе, которые можно определить как резигнацию, покорность судьбе, и противостояние, противоборство с судьбой. С одной стороны, многие высказывания подчеркивают постоянство, неизменность судьбы, невозможность переделать ее. «Нельзя ничего изменить в своей судьбе» (Эзоп). «Продолжительность жизни, дела, богатство, знания, смерть, – все предопределено уже в утробе матери» (древнеиндийская мудрость). «Человек несет свою судьбу, привязанной к шее» (Коран). Однако с другой стороны существуют высказывания, касающиеся активного изменения своей судьбы: «Гораздо важнее не судьба человека, а то, как он сам ее воспринимает» (Гумбольдт), «Не судьба нам помогает, а мы сами помогаем ей» (Хосров); «Не только судьба поворачивается к нам спиной, но и мы к ней» (Пети-Сенн) [4].

Решая, как относиться к принятию собственной судьбы стоит помнить, что судьба человека регулируется

- проведением;
- природой (роком);
- его волей.

Провидение действует на человека и земной мир не непосредственно, а пользуясь с одной стороны волей человека, а с другой стороны законами природы не нарушая их. Проведение может лишь предначертать лишь сущность, а не подробности событий. Проведение есть обращение внимания со стороны Бога, исполнителем его воли являются ангелы (жизни, смерти, то есть вибрации).

Рок (природа) – физические законы. Нам часто кажется, что это слепой случай. На самом деле почти каждый случай имеет свою причину. Рок – это победа инстинкта над разумом, то есть в какой-то мере над знаниями.

Воля человека свободна и может противостоять даже провидению или даже задерживать провидение. Так как оно направляет события по существу в целом, а пути исполнения предназначений выбирает сам человек. Воля может подчиниться провидению, руководствуясь побуждениями духовного порядка, или противиться ему (идти неправильным путем – путем материализации духовности – это вещицизм, порок и т.д.). Человек становится рабом страстей, всегда попадает под закон материи.

Чем больше воля человека зависит от страстей и инстинктов, тем больше он подчинен року.

Можно использовать уже приведенный выше пример с генами предрасположенности в раку легких. Можно сказать, что наличие неблагоприятного варианта гена – это рок. Направление на анализ – провидение. Если у человека сильная воля, он откажется от курения. Если же его пагубная привычка окажется сильнее его воли, то придется подчиниться року.

Реализация генетического тестирования в контексте охраны здоровья человека требует соответствующих процедур для получения информированного согласия, равноправного доступа к тестированию и соответствующим консультациям, а также конфиденциальности и защиты частной информации. Соблюдение этих требований гарантирует, что генетическое тестирование даст новые возможности для индивидуального выбора [2,5].

Проблемы защиты прав человека при использовании современных генетических технологий широко обсуждались различными международными организациями (ООН, ЮНЕСКО, Совет Европы и его комиссии, ВОЗ, ВМА, HUGO, Европейское общество генетики человека, Форум комитетов по этике государств-участников СНГ и др.). Результатом этих обсуждений стал целый ряд документов, положения которых использованы в законодательствах многих стран.

Формирование законодательной базы в области медицинской генетики в России, адекватной современному уровню развития этой отрасли знания, в настоящий момент только начинается. Юридическое регулирование осуществляется общим и специальным законодательством и подзаконными актами. В частности, многие вопросы, касающиеся соблюдения прав пациентов, регламентируются положениями Конституции РФ, соответствующими статьями конституций и уставов субъектов РФ, Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, положениями Уголовного, Гражданского, Семейного и некоторых других кодексов РФ, Федеральным законом РФ «Об информации, информатизации и защите информации» и др. [6].

Исследование на генетическое тестирование в настоящее время считается одним из наиболее перспективным, так как дает возможность предотвращать развитие заболевания задолго до того, как оно коснулось индивидуума. Однако на сегодняшний день ситуация с этими исследованиями такова, что вопросов больше, чем ответов, а отношение к ним врачей и пациентов очень неоднозначно.

### *Литература*

1. Вахарловский В.Г., Романенко О.П., Горбунова В.Н. Генетика в практике врача-педиатра. СПб.: «Феникс», 2009.
2. Баранов В.С. (ред). Генетический паспорт – основа индивидуальной и предиктивной медицины. ООО «Издательство Н-Л», 2009.
3. Ижевская В.Л., Иванов В.И. Медицинская генетика и геномика: этические проблемы и подходы к их решению. Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике. Вып. 3. – Новосибирск, 2003. – с. 27-48.
4. Гак В.Г. Судьба и мудрость. Понятие судьбы в контексте разных культур. Сборник. — М., 1994.
5. Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации / Под общ. ред. Ю.Б.Белоусова. Изд. 2-е. М., 2006. С. 92–115.
6. Никитина А.Е. Этические аспекты правового регулирования генетических технологий в Российской Федерации // Материалы Междунар. конф. Форума Комитетов по этике государств – участников СНГ (Ереван, Республика Армения, 5–7 окт. 2005 г.). Ереван, 2005. С. 28–35.

## Этика добровольного донорства<sup>1</sup>

*Т. Гутман, У. Шрот (Германия)*

Медицина проникает во все новые области осуществимого, и как институт она имеет определяющее значение для жизни многочисленных пациентов, как никогда ранее. Одновременно с ее значимостью возрастает запрос на определение ее законных оснований, которые предъявляются, прежде всего, пациентами, но также общественностью и политикой здравоохранения.

### *2. Этические основания донорства органов.*

#### *2.1. Гиппократ и принцип уважения автономии пациента*

В международной медицинско-этической дискуссии в предшествующие три десятилетия на прочных основаниях в качестве ведущей идеи развивался принцип уважения автономии пациента.

Что это означает, с особой ясностью видно на примере добровольного донорства (живые доноры).

Так называемая клятва Гиппократа, которая утверждает, что врач должен применять свое искусство, знание и умение во благо (для спасения) больного, и никогда ему во вред (930), датируется последними годами 4 века до рождества Христова. На основании этого текста и других текстов «Гиппократовского корпуса» можно утверждать, что гиппократовская традиция – т.е. традиционная нормативная этика – ставит в центр моральных требований к деятельности врача основополагающее положение «*primum non nocere*» (прежде всего не навредить). Если этот запрет воспринимать дословно, добровольное донорство органов, которое предполагает медицинское вмешательство у здорового пациента, было бы невозможно с моральной точки зрения. Похожие ограничения – с позиции уже не врача, а донора – можно найти в ранней трактовке запрета на нанесение увечий самому себе в естественном праве Томаса Аквинского и у позднего Канта.

Становится ли это понятным с моральной точки зрения выводом, предстает более чем сомнительным на фоне современной философской дискуссии.

---

<sup>1</sup> T.Gutmann, U.Schroth. Organlebenspende in Europa. –Springer-Verlag, 2002. Kapitel - V.

Здесь – при условии отказа от дальнейших метаэтических объяснений – нужно указать на прагматический подход, который установился в «мейнстриме» медицинской этики и который пытается приблизиться к решению конкретных вопросов в плоскости принципов средней достигаемости, позволяющих прийти к консенсусу. При этом для каждого отдельного вопроса определяется, какой вес придается регулярно конкурирующим и происходящим из разных этических теорий принципу уважения автономии пациента, принципу избегания вреда, принципу максимизации индивидуальной пользы и принципу справедливости, и какое содержание данные принципы при этом должны получить.

Гиппократическая позиция, которая следует абсолютизированному принципу избегания вреда (избегания нанесения вреда) и, следовательно, обязанная считать лишение органа здорового донора непозволительным, противоречит двум этим ведущим принципам современной медицинской этики:

(1) С одной стороны, она сталкивается с принципом максимизации индивидуальной пользы для пострадавшего (который находит обоснование в консеквенциальных, и в особенности в утилитаристских теориях этики), поскольку в случае донорства почки между близкими людьми не поднимается вопрос о том, будет ли акт донорства в перспективе полезен обеим сторонам. Это тем более имеет значение, когда учитывается «психологическая» польза для донора, которая может состоять в самом акте помощи, в развитии и укреплении личности посредством донорства, в проявлении своего отношения к получателю органа, в приобретении преимуществ в организации жизни, и в сумме в общем улучшении качества жизни. Это относится, несмотря на повышенный риск для донора, и к регулярно спасающему жизнь донорству части печени, которое приносит большую пользу реципиенту, при рассмотрении с позиции утилитаризма аргументы в пользу такого медицинского вмешательства перевешивают.

(2) С другой стороны – и это представляется более значительным из-за проблематичной природы утилитаристских аргументов в области добро-вольного донорства – гиппократическая позиция не удовлетворяет принципу уважения права пациента на самоопределение. Гиппократическая традиция – и это не должно удивлять в случае этики эзотерического происхождения, предшествующей современной – является «патерналистской», другими словами, она не понимает превосходящее значение, которое придается праву пациента на самоопределение при принятии решения по поводу своего тела, а также по поводу рисков, альтернатив лечения или даже отказа от лечения. В гиппократическом подходе – если его трактовать не вопреки его интенции, так сказать, от противного – вопрос, что составляет «пользу» или «благо» для пациента, полностью находится во власти врача (врач определяет, что есть «польза»).

Мы сегодня все же принимаем как один из наших важнейших нормативных принципов то, что люди имеют широкие границы полномочий, когда определяют правовую ценность собственной телесной целостности. Личности имеют, в терминологии американского философа права Рональда Дворкина, не только интересы «дожития» («относительно дожития»), к которым относятся здоровье, свобода испытывать боль и телесная целостность, но и «критические интересы», интересы «ценностные», убеждения, которые определяют, каким человек хочет быть, что придает жизни смысл и позволяет считать ее удачной, и которые не могут быть восприняты другим человеком, в том числе, врачом. Принцип уважения к личности базируется на обоюдном признании личностей как субъектов таких ценностных интересов. Уважение к личности как личности требует поэтому, прежде всего, предоставить ей право самой определять свою жизнь. Принцип уважения автономии способных принимать решения взрослых людей относится, прежде всего, к этим «ценностным» интересам. Это включает в себя то, что автономные (независимые) личности обладают фундаментальным моральным правом (гарантированным Конституцией, прежде всего, как личное неимущественное право, ст.2 абз.1, а также ст.1 абз.1 Конституции), вести свою жизнь в соответствии с собственными представлениями о благе, если они не наносят вреда другим. Это право тем более сильно, чем более личностно решение, чем более оно затрагивает основы существования. Признавать личности личностями, что означает уважать их человеческое достоинство, по существу означает то же, что уважать данное право. Максиме «прежде всего не навредить» с позиции этики должно быть противопоставлено личное неимущественное право (941) дееспособных и просвещенных доноров самим определять, на какие риски в каких целях они хотят пойти.

Последовавшее за надлежащим объяснением, добровольное и взвешенное решение потенциального донора отдать орган оправдывает – в случае летальных или изменяющих идентичность операций – вмешательство врача, который, пока он действует в рамках этого разрешения, помогает донору воспользоваться своим правом на самоопределение. Поэтому не сама по себе практика добровольного донорства, а ее критика в духе гиппократической этики представляет собой проблему.

С точки зрения теории морали, критики добровольного донорства, которые противопоставляют определяемое этикой Гиппократата «самопонимание (самосознание) действующего врача» медицинско-этическому дискурсу с его акцентом на уважение права пациента на самоопределение, оказываются перед вопросом, есть ли вообще «особая врачебная мораль» вне дискуссии о теории и принципах практической этики. Ответ на этот вопрос – нет. То, что в применении к специфическим проблемам

врачебной деятельности, разрешено общепринятыми этическими принципами, сформулированными при помощи средств теории морали, не может быть запрещено с указанием на эзотерические принципы некой якобы существующей «особой врачебной морали». Врачебная деятельность в современных сложных обществах не может больше быть легитимирована указанием на традиционные ролевые модели. Добродетельным, с этической точки зрения, образцовым врачом может быть только тот, который в рамках собственной моральной личности соответствует сложным моральным запросам пациентов, которые ни в коем случае не определяются этикой добродетели, однако, моральные и тем более правовые правила и запреты наоборот не могут быть выведены из понятия врачебных функций и добродетелей. Пока специфический нормативный моральный облик врача будет строиться в первую очередь на гиппократическом наследии, которому противопоставляется автономия пациента, его этическое содержание будет сомнительным.

Моральная и правовая легитимация добровольно донорства проявляется тем самым в первую очередь в уважении, которое заслуживают решения донора и реципиента, которые в итоге всегда должны самостоятельно решать, на какие риски они готовы пойти, чтобы следовать своему жизненному плану, в который входят их отношения к другому человеку и их заинтересованность в благополучии другого человека. С этой точки зрения по этическим соображениям не может быть отказано во вмешательстве с повышенным риском, как например, добровольное донорство части печени или легкого. Выдвижение в качестве возражения принцип «в первую очередь не навредить» людям, которые хотят стать донором, есть не что иное как институционализованная опека. При этом все же нужно сделать уступку принципу «*neminem laedere*» (никому не навредить): поскольку существует разница с моральной точки зрения, идет ли кто-либо на осознанный риск самостоятельно или от него требуется пойти на риск, центры трансплантации должны поэтому оставить любые попытки активно вербовать доноров, в особенности в случае рискованных вмешательств, таких как трансплантация печени.

Комитет по этике службы обеспечения донорскими органами сформулировал положение о том, что в отношении добровольного донорства потенциальный донор имеет моральное право пойти на известный риск, чтобы помочь реципиенту, независимо от того, является он его родственником или нет. Это положение верно, но вместе с тем не совсем удачно сформулировано, поскольку с этим «правом» потенциального донора не связана обязанность ответственного врача, проводить каждое вмешательство, которого желает донор. Донор не может требовать от врача проведения вмешательства (взятия органа) при любых обстоятельствах. Моральное и юридическое право (а в определенных

случаях и долг) врача либо центра трансплантологии отклонить донора – например, по причине слишком большого риска – не вызывает сомнений, поскольку в процессе принятия решения о том, нужно ли взять орган у живущего человека, врач и донор противопоставлены как два моральных агента, которые могут настаивать каждый на своих правах самоопределения и ответственности за свои действия. В ситуации, в которой потенциальный донор хочет от врача проведения вмешательства, в сомнительном случае должна возобладать автономия врача, который должен решить, за какие действия он готов и хочет отвечать.

Положение Комитета по этике службы обеспечения донорскими органами верно без ограничений, когда потенциальный донор имеет моральное право, как автономная личность со своим желанием стать донором, на то, чтобы быть серьезно воспринятым врачом, если это желание выражено сознательно, после надлежащих медицинских объяснений; если его желание отклоняется, он имеет право получить достаточное обоснование. «Строгий» медицинский патернализм, который преследует «благо» способного принимать решения пациента в обход его права на самоопределение, нельзя оправдать с этической точки зрения. Кроме того, нельзя не отметить, что как раз деонтологически аргументирующие этики, как Роберт М. Витч, представляют позицию, в соответствии с которой уважение автономии потенциального донора и реципиента регулярно превращается в обязательный на первый взгляд моральный долг врача-трансплантолога провести желательную (с позиции пострадавшего), с медицинской точки зрения небезнадежную добровольную пересадку органа.

## *2.2 «Этические» требования*

Из сказанного выше в то же время следует, что представление о том, что этическое оправдание (обоснование) добровольного донорства держится на «чисто альтруистической» мотивации особого предпочтения донора (мужского или женского пола), изменяется.

Альтруистская – или точнее говоря, мотивированная в первую очередь заинтересованностью в благополучии другого человека – природа донорства как по принципам светской, так и теологической по своему происхождению этики представляет собой самостоятельный фактор в моральной оценке; свое моральное оправдание добровольное донорство органов находит как раз в самом принципе уважения автономии донора и реципиента. Как фактор повышения нормативных полномочий на решения в сфере собственных жизненных интересов автономия требует внимания, независимо от того, насколько ее обладатели осуществляют идеальные представления автономной или «верной обычаям» жизни, и осуществляют ли вообще.

Как раз в случае донорства среди супругов партнер-донор преследует, как правило, также хорошо понятные мотивы собственной выгоды – например, создание возможностей развития собственной жизни, желание снова иметь «нормальный» брак, иметь сильного партнера, возможность снова поехать с ним в отпуск или также возможность укрепить самооценку. Разумеется, все эти мотивы донорства являются полностью легитимными как с правовой, так и с моральной точки зрения. К подобной «по сути альтруистической, хотя и в тоже время ориентированной на себя мотивации» нельзя предъявить претензий, и определенный баланс мотивов (ориентированных как на себя, так и на другого) может как раз быть признаком личной автономии. Действие из чистой самоотверженной любви или «долга» с позиции светской этики не являются самоцелью, а с позиции права этот аспект вовсе не имеет значения. Этическое и юридическое оправдание (объяснение) добровольного донорства не зависит от особенного морального совершенства участников и еще менее от того, что в этом акте «находят выражение» определенные метафизические ценности личности в теологической «традиции троицы». В этой связи не последней задачей этической дискуссии является освобождение пациентов от этических вызовов, претензии на значимость которых невозможно устранить обычным способом.

В особенности основание моральных и тем более правовых норм в области добровольного донорства не может держаться на предпосылках теологической природы. Обсуждение таких норм в современных обществах – которые характеризуются этическим плюрализмом, различными жизненными мирами, формами, проектами, существующими рядом друг с другом и друг в друге, а также различными ценностными шкалами, системами норм и этических теорий – может получиться только в том случае, если попытаться рационально объяснить другому собственные предпосылки и выводы. Поэтому медицинская этика должна ограничиться аргументами, которые в принципе могут быть объяснимы каждому. Традиционный потенциал обоснований, который в итоге ссылается на силу авторитета и основанное на вере или догме выстраивание концепта добра, не может справиться с этой задачей. Для обоснования норм, которые должны быть значимы для «всего общества (если допустить это социологическое упрощение) – включая всех потенциальных доноров и реципиентов органов, нельзя делать отсылку к специфическим теологическим способам обоснования морали, поскольку ими нельзя обосновать нормы, имеющие силу для людей, которые не разделяют эти религиозные допущения. Теологическая медицинская этика как теология поэтому может в лучшем случае нормировать внутреннюю мораль – например, правила поведения католических врачей в католической больнице, которая принимает только верующих пациентов-католиков. Это означает, что

теологическая этика как она есть, то есть пока она пользуется аргументативной сверхстоимостью, которая не может как рациональный аргумент быть сформулирована без опоры на правду веры, не может на основе структуры своей аргументации распространить побудительную (обязательную) силу вне ограниченного круга адресатов своей общины. Кроме того, биоэтические вопросы всегда закреплены или должны быть закреплены также в нормах права. Правовой порядок плюралистического общества должен обладать обоснованным авторитетом для атеистов, агностиков и приверженцев нехристианских религий. Поэтому его нормативные основы должны освободиться от предпосылок, которые строятся непосредственно на религиозной или метафизической традиции. Медицинская этика, которая хочет быть совместимой с правовым регулированием медицинских вопросов, должна формулироваться с помощью соответствующего светского вокабуляра, который, претендуя на универсальность, лежит в основе правовых порядков западных либеральных обществ.

Это означает, что попытка, побороть или ограничить этические оправдания добровольного донорства органов в либеральном правовом государстве, то есть при условии значимости для всех (каждого из граждан), при помощи аргумента, что тело потенциального донора только «взято во временное пользование у творца», и распоряжаться этим телом нельзя в пользу чужого человека и на основе универсальных моральных мотивов, а можно только в рамках отношений, которые проникнуты «любовью к ближнему» в специфическом «библейско-христианском смысле», такая попытка неадекватна и заранее обречена на провал.

### *2.3. Добровольность*

Постоянное встречное возражение звучит так: «Может ли вообще быть автономное или добровольное деяние в случае добровольного донорства органов?» Этот вопрос основан на недопонимании (неправильном понимании). Он путает добровольное решение с «легким» решением. Отец, стоящий перед выбором, позволить умереть ребенку, которому угрожает острая смертельная опасность или отдать ему часть своей печени, должен сделать трудный выбор, от которого зависит его существование. То же самое можно сказать о менее драматическом в большинстве случаях донорстве почки. Но ни тот факт, что донор должен выбирать «меньшее из двух зол» (с одной стороны вмешательство в свою телесную целостность, с другой стороны страдания и возможная смерть потенциального реципиента), ни то обстоятельство, что он находится в жизненной ситуации необычно сильного вызова, не мешает в своей основе (само по себе) свободному выбору. Решение донора добровольно и в том случае, когда моральные нормы поведения, которые он усвоил

в своей роли родителя, родственника или партнера – которым он автономно (по собственной воле) следует – субъективно не оставляют ему альтернативы, подвергнуться или нет вмешательству. Добровольность означает ни свободу от сильных мотиваторов поведения, от личных привязанностей или перенятых или принятых моральных обязательств, ни свободу от «внутреннего давления», которое происходит из этих мотивов, привязанностей и обязательств.

Также «слишком сильная степень симпатии» донора к реципиенту не является сама по себе фактором уменьшения добровольности, пока донор сохраняет свою способность принимать решения.

Существенное количество доноров принимает так называемое «snap decision», то есть спонтанное и одновременно интуитивное решение. Из сказанного можно сделать вывод, что нет повода сомневаться в автономной и добровольной природе и этих решений. Как раз такие спонтанные решения могут быть признаком того, насколько акт донорства в конкретной ситуации соответствует системе ценностей и приоритетов донора. Это заключение указывает все же на то, как важен процесс консультирования, достаточно интенсивный, чтобы дать донору и реципиенту возможность, еще раз обдумать спонтанные решения в свете всей имеющейся (относящейся к делу) информации.

Уже само по себе существование операции по пересадке органов генерирует «принуждение» к выбору, хотим мы принимать эту составляющую или нет. Если донорство вообще предлагается, родственники и близкие люди должны решить, хотят они помочь ближнему с помощью донорства или нет. В этой связи ответ на вопрос, является ли для этих людей «более широкий выбор возможностей, чем более узкий» предпочтительным, будет однозначно положительным. Какой может быть альтернатива операции по трансплантации органа? Нужно ли отказываться предлагать пересадку органа по причине воображаемого душевного покоя потенциальных доноров, как казалось одной из оппозиционных партий в Парламенте Германии в 1990 году? Тогда отец или мать ребенка с больной печенью не должны думать о своем страхе перед «критическим жизненным событием» донорства, и донору почки тоже не придется отдавать орган. Но ребенок с больной печенью в большой доле вероятности погибнет, пациент с больной почкой останется на гемодиализе и будет все также вынужден ждать возможности получить орган умершего человека, а потенциальный донор будет лишен возможности помочь. Вот какой может быть альтернатива предлагать операцию по пересадке органов. Запрет добровольного донорства по этой причине не может быть оправдан даже с позиции патернализма, потому что в объективные интересы человека не может входить потеря возможности помочь близкому человеку или даже спасти его. В то же время неправильным было бы смещать фокус на реципиента и помешать его

решению, принять спасительное донорство органа от живого донора, в область морально порицаемых действий. Не существует общего способа выхода из этической дилеммы возможности помощи и груза принятия решения. Но имеются способы (процедуры), которые облегчают эту ситуацию для оказавшихся в ней, и могут защитить людей, которые возможно попадают при этом под давление.

Добровольность донора в итоге может быть установлена с достаточной точностью только в каждом конкретном случае соответствующим (ситуации) способом. Поэтому центры трансплантологии должны взять на себя задачу в каждом случае исследовать мотивацию и степень свободы решения донора наиболее тщательным образом. Нельзя считать достаточной минимальную предпосылку, что в центрах трансплантации с потенциальным донором проводятся доверительный врачебный разговор (984), а также что в трудных случаях при наличии языковых проблем привлекается профессиональный переводчик, который не знаком близко ни с донором, ни с реципиентом.

Достаточная защита от того, что потенциальные доноры окажутся в операционной без достаточной информации или вследствие внешнего давления, может быть достигнута при помощи различных процедурных мероприятий. Потенциальный донор должен быть просвещен и оценен (также по меньшей мере) врачом, который сам не принимает участие в пересадке и не зависит от трансплантационного центра. При этом в процессе консультаций и просветительской работы на первый план должны выйти риски, которым он себя подвергнет, а не польза для реципиента, причем также могут обсуждаться и сомнения в определении степени риска, если донора информируют именно о них. Кроме того, особенно интересны концепты, выходящие за рамки этих методов, как например «адвокат донора», привлечение врача – это может быть психолог или получивший психологическую подготовку медицинский этик, который имеет целью в процессе подготовки возможного донорства представлять только интересы донора. Этот «адвокат донора» – присутствия которого с недавнего времени требует комитет совета Европы в случаях донорства печени – должен иметь даже право налагать вето по предложению американского Соглашения живущих доноров органов (*consensus statement on the live organ donor*). В крайнем случае, для проверки добровольности принятого решения могут быть применены внутренние методы клиник, которые предусмотрены немецким законом о трансплантации и законами о трансплантации некоторых других стран, если они применяются с надлежащей ответственностью. Связанный с этими методами долг потенциального донора открыть свои мотивы может считаться примером «пассивного» или «слабого патернализма», который оправдывает себя с этической точки зрения, когда (1) создает повод для врача решить в конкретном случае, возможно ли вообще вмешательство

и/или (2) идет на пользу собственно решению и автономии потенциального донора, укрепляя решение и делая его прозрачным.

При рассмотрении добровольного донорства органов в этической перспективе речь может идти не только о том, чтобы удостовериться в наличии минимальных предпосылок добровольности решения донора в правовом смысле. Практическая задача, которая стоит перед трансплантологией, заключается в том, чтобы включить в работу всех медицинских центров методы консультирования, которые могут активно поддерживать и подстраховывать независимый процесс принятия решения о донорстве, которые могут помогать принять действительно взвешенное решение «за» или «против» вмешательства. Эти методы должны обеспечить принимающим решение периоды «моратория», дать время на обдумывание, особенно потенциальным донору, чтобы он в любое время мог «с достоинством» выйти из процесса донорства, как этого недавно требовали «Стандарты трансплантации органов и тканей» Британского Трансплантологического Общества, а также «Британские руководящие принципы для добровольного донорства почки».

В этой связи интерес представляет то, что несмотря на признанный врачебный долг «правдивости» новые нормативно-этические документы, в особенности американское Соглашение живущих доноров органов, высказывается в пользу того, что ответственный врач предоставляет «медицинское оправдание» потенциальному донору, который имеет оговорки или сообщает, что находится под давлением от ожиданий семьи. В качестве выхода, защиты донора от неадекватного давления или даже принуждения, такая возможность может быть рассмотрена, хотя она и создает напряжение в концепции консультирования, которая призвана обеспечить общее решение донора и реципиента «за» или «против» вмешательства.

Имеющийся опыт консультирования добровольных доноров в рамках проспективного мюнхенского исследования многообещающ, и затронутые вопросы «автономии пациентов на примере добровольного донорства почки» продолжают исследоваться представителями права, философии права, этики, психологии, медицины, а также теории морали в ходе междисциплинарного проекта в рамках исследовательской инициативы биоэтики Германского Исследовательского общества. В качестве предварительного результата этой работы может быть зафиксировано, что доноры и реципиенты в большинстве случаев в состоянии принять автономное, ответственное решение, если в процессе консультирования им предлагается рациональный контекст для принятия решения. В случаях срочного донорства печени (36 часов до трансплантации) вопрос о том, может ли донор в условиях такой срочности дать автономное, добровольное согласие на взятие органа, становится проблематичным.

## *2.9. Добровольное донорство между незнакомыми людьми*

В июле 1996 года доктор профессор Йохан Хойер, руководитель секции трансплантации органов и торакальной хирургии Клиники хирургии Медицинского университета Любека, в Мюнхене пожертвовал почку пациенту, состоявшему в мюнхенском списке ожидания, который был подобран по группе крови и HLA-совместимости (совместимость человеческих лейкоцитарных антигенов). В 1999 году после вступления в силу закона о трансплантации потерпела неудачу объемно обоснованная жалоба в конституционный суд, которая заключалась в том, что потенциальный альтруистически настроенный донор почки хотел осуществить похожий акт донорства в пользу тяжелобольного реципиента, определенного по тем же критериям и состоявшего в списке ожидания любекского центра на распределение органов от умершего донора. В том же году в США медсестра и координатор трансплантологии отдала почку ребенку, состоявшему в списке ожидания университета Джона Хопкинса в Балтиморе, в это же время в Университете Миннесоты в Миннеаполисе была создана программа альтруистического донорства для незнакомых людей, в рамках которой до середины 2000 года было зафиксировано четыре случая донорства.

Милосердные акты «солидарности незнакомых людей» имеют необычную природу. Они не могут стать общим правилом, хотя количество людей, готовых к такому донорству нельзя недооценивать. В рамках обширной программы добровольного донорства в Сеуле (Южная Корея) до 2000 года сообщается о более чем десяти альтруистических донорах почки, нередко религиозно мотивированных, которые отдали орган незнакомым людям.

С помощью уже приведенных аргументов, которые говорят в пользу добровольного донорства, можно также обосновать альтруистическое донорство среди незнакомых людей. Американский меморандум живых доноров справедливо исходит из того, что «критерии этической допустимости ненаправленного (то есть, предназначенного не для определенного донором, а для незнакомого ему реципиента) донорства те же, что и при направленном донорстве (между близкими людьми), причем нужно уделить особое внимание психологической оценке (донора)». Такая оценка, которая производится в отдельном конкретном случае, должны быть проведена с особой тщательностью, причем исходить нужно из того, что (1) нет эмпирических доказательств тезиса о том, что готовность к донорству для незнакомого человека является показателем психического нарушения и что опасность для донора попасть под давление или влияние реципиента или его окружения в случае донорства для незнакомого

человека мала, как ни при каком другом виде донорства. И все же имеет смысл, уделить особое внимание стабильности решения отдать орган, и с этой целью выделить более длительный период времени до осуществления вмешательства.

В таких случаях нужно различать, идет ли речь об анонимном донорстве или нет. Политика, которая предписывает добровольно жертвовать органы только людям «эмоционально родственным», основана на предположении, что доступное всем расширение круга доноров неконтролируемым образом повысит опасность торговли органами. Как показывают редкие случаи неанонимного альтруистического донорства – вспомним упомянутое донорство доктора профессора Йохема Хойера или случай намеренного донорства, который лег в основу конституционной жалобы против положения 2, абз.2, §8 Закона о трансплантации, – это опасение по крайней мере в контексте действительности ФРГ убедительно не обосновано, и может быть в конкретном случае устранено с достаточной точностью.

Кроме того, опасность коммерциализации устраняется тогда, когда не может состояться коммуникация между донором и реципиентом (по крайней мере, перед трансплантацией). Это может происходить в том случае, когда донорство осуществляется «для всех заинтересованных» банков<sup>9</sup>щ органов посреднической организации, и орган с сохранением строгой анонимности распределяется определенному компьютером пациенту по критериям донорских органов, взятых от умерших доноров. В этом случае употребляемое в английском языке понятие «доброе самаритянина» (о доноре) неверно, поскольку в известной ситуации самаритян имеется интеракция среди присутствующих (в конкретной ситуации людей), в то время как в случае альтруистического донорства для незнакомых идет речь об акте в пользу человека, который остается не только неизвестен донору, но и отдален от него. Во всяком случае, если анонимность донорства после вмешательства не гарантирована, реципиенты могут оказаться в опасности того, что после трансплантации они столкнутся с пожеланиями своего донора получить финансовую или другую помощь. В рамках этики, которая придает особое значение праву на самоопределение пациента, находит основания политика, которая оставляет реципиенту право решать, хочет ли он остаться неизвестным донору, после пересадки его органа; тогда нужно также допускать, что реципиент после соответствующего разъяснения имеет право пойти на риск того, что донор может позже попытаться пойти контакт с просьбами или пожеланиями.

Перевод с немецкого Феоктистова Э.Л., Юшковой О.А.

## Этические дилеммы добровольного донорства

*Киселев В.А., Феоктистов Э.Л., Юшкова О.А.*

Трансплантация является одной из современных медицинских технологий, призванной сохранить жизнь человеку в тех случаях, когда никакие иные медицинские методы неспособны решить эту гуманистическую задачу. Вот эта «сверхзадача» и определяет остроту этических, правовых, религиозных проблем, возникающих в ситуациях дарения органа (донор) и принятия органа (реципиент). Практика пересадок органов (или части органа) в мире имеет опыт уже около полувека. Ныне трансплантация в развитых странах обрела привычный рутинный характер, освоены и широко применяются мультиорганные пересадки, совершенствуется техника пересадок, используются эффективные препараты, снижающие риски отторжения трансплантата. В лабораторных экспериментах имеется некоторый опыт подсадки и пересадки головного мозга (опыты В.П. Демихова, Р.Уайта). Правда, эти опыты, не породили широких дискуссий, но вызывают серьезные религиозные и этические возражения. В тоже время, несмотря на очевидные успехи трансплантации, до сих пор остается нерешенной до конца главная проблема – дефицит донорских органов. «Листок ожидания» в мире, к сожалению, растет за год в среднем на 15%, из одного миллиона землян 10 человек нуждается в пересадке печени, 350 – в «искусственной почке». Таким образом, дефицит донорских органов, как проблема, выражает базовое противоречие трансплантологии. Это противоречие, выражаясь экономическим языком, есть противоречие между спросом (со стороны реципиентов) и предложением (со стороны доноров). В биоэтической литературе эта проблема исследуется сквозь принципы справедливости, уважения моральной автономии, информированного согласия, конфиденциальности, не вреди, делай добро.

Россия, к сожалению, находится на одном из последних мест по темпу развития и охватывает лишь незначительную часть жителей страны, нуждающихся в пересадке органов. Факторами, сдерживающими развитие трансплантации в нашей стране, по мнению некоторых авторов, является негативное отношение, наличие предрассудков, предвзятое поведение относительно дарения, забора и пересадки органов [1]. От себя добавим, к таким факторам нужно отнести и неразработанное отечественное законодательство по трансплантологии, недостаточное финансирование этой области клинической медицины. «Догоняющий» уровень развития трансплантологии в стране обуславливает и недостаточно востребованное комплексное (этическое, правовое, психологическое, экономическое) исследование возникающих проблем.

В этом плане полезно познакомиться с зарубежным опытом осмысления проблем в современной трансплантации. Мы ставим задачу познакомить читателя и предложить свою точку зрения по некоторым этическим положениям, изложенными немецкими авторами в интересной монографии о добровольном донорстве в Европе [2]. Т. Гутманн и У. Шрот в пятой главе монографии исследуют этические коллизии, возникающие при осуществлении живого донорства, противоречие между гиппократовским принципом «не вреди» и моральной автономией донора, этические основания донорства органов, защиту донора от рисков, перекрестное донорство, донорство между незнакомыми людьми.

Авторы справедливо обращают внимание на то, что «если этот запрет (принцип «не вреди» В.К.) воспринимать дословно, добровольное донорство органов, которое предполагает медицинское вмешательство у здорового пациента, было бы невозможно». [3]. В самом деле, в строгом буквальном смысле гиппократовское «не вреди!» обезоруживает врача перед пациентом. Любое медицинское вмешательство, от простого и до тем более, сложного, как например, забор органа или химиотерапия онкологического больного, причиняет страдание, дискомфорт, болезненные ощущения, вред. Сакральный принцип «не вреди!» нарушается. В этом нельзя не согласиться с Т. Гутманном и У. Шротом. Кстати, этот аргумент широко используют сторонники эвтаназии. Они считают, что если принцип «не вреди!» не абсолютен, то аргумент противников эвтаназии в том, что проведение эвтаназии противоречит принципу «не вреди!», неубедителен.

Авторы монографии считают, что «гиппократовская позиция не удовлетворяет принципу уважения права пациента на самоопределение».

Действительно, в Клятве Гиппократа ничего не говорится о праве пациента на самоопределение. Более того, в ней врач клянется «направить режим больных им на пользу, сообразно моим силам и разумению». Да, правы авторы в том, что это принцип патернализма. Но, пациент, как раньше, так и сейчас, не безмолвное существо, не машина, не робот. Читая между строк Клятвы, можно предположить согласие по умолчанию, предполагаемое согласие. Хотя, мы уверены, что оно нередко было и тогда высказанным. В сложных случаях врачи в далекие времена, вероятно, были осторожными, дабы не уронить свой авторитет, репутацию. Ведь известно, что в Древней Греции врачи не брались лечить безнадежных пациентов [4]. Важно подчеркнуть, одной из причин появления первоначально в истории медицины именно патерналистской модели выступает неравенство сторон отношения «врач-пациент». Врач – профессионал, конечно в контексте того времени, пациент – профан, то есть несведущий в вопросах симптоматики, диагноза, средств и методов лечения. Что же касается нынешнего времени, то пациенты «вооружены»

представлениями, знаниями в области медицины, что нередко просто мешает врачу в работе. И, главное, принцип уважения прав пациента, его права на самоопределение, не просто провозглашается в середине XX века, но закрепляется и этически и юридически. В этом плане гиппократовский патернализм противоречит праву пациента на самоопределение и здесь правы Т. Гутманн и У. Шрот, и мы разделяем такую позицию.

Авторы этического исследования добровольного донорства справедливо обращают внимание на сложную диалектику прав донора, с одной стороны, и обязанностей, долга врача с другой. Они предупреждают о том, что нельзя из права донора на дарение своего органа прямо выводить обязанность врача этот орган изымать. Ведь врач обязан следовать принципу «не вреди». И даже, если вред неизбежен при медицинском вмешательстве, то он должен быть минимальным и побочным эффектом для донора. В случае если возникает существенная угроза здоровью или жизни донора, в дело вступает патернализм врача. И подобный патернализм врача, когда он решает вопрос соотношения риска для донора и пользы для реципиента оправдан юридически. «Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора допустимо только в том случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред» отечественном федеральном специальном «Законе о трансплантации органов и (или) тканей человека» (Ст.1) и федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 47, п.1).

Важное место в добровольном донорстве играет характер мотивации донора. Этическая оценка и оправдание предполагают бескорыстность, сострадание, альтруистичность. Т. Гутманн и У. Шрот справедливо обращают внимание на тот факт, что даже альтруистически мотивированное донорство содержит в себе «баланс мотивов, ориентированных как на себя, так и на другого». И такой баланс является легитимным как с моральной, так и с правовой позиции. Тонкая грань между субъективными экзистенциальными ценностями, интересами донора и жизненно важными ценностями для реципиента, но объективными для донора, существует. Как отмечает американский клиницист Ф. Мур, брат, неудачник в жизни, дарит свою почку старшему брату, успешному в жизни, не только из желания продлить его жизнь, но и из расчета повысить свой статус в семье [5].

В многоконфессиональной стране неизбежны различные точки зрения на мотивацию добровольного донорства. В этом отношении мы разделяем позицию Т. Гутманна и У. Шрота в том, что «медицинская этика должна ограничиться аргументами, которые в принципе могут быть объяснимы

каждому». Поэтому, по мнению авторов, аргументация теологической этики не может быть весьма убедительной для атеистов, скептиков или представителей других конфессий. Т. Гутманн и У. Шрот считают, что аргументация в специфическом «библейско-христианском смысле» обречена на провал. В либеральном правовом государстве, продолжают авторы, не может иметь всеобщей значимости рассуждение, «что тело потенциального донора только взято во временное пользование у творца, и распоряжаться этим телом нельзя в пользу чужого человека» [6].

К вышесказанному мы только добавим, что аргументы должны быть не только объяснимы, но и разделяемы всеми социальными группами и вероучениями. Ведь и в России проживают люди не только верующие (православные, католики, протестанты, мусульмане, представители религиозных сект), но, также и атеисты, скептики. Налицо разнообразие представлений об органном донорстве.

В частности, Русская Православная церковь выразила свое официальное отношение к трансплантации в Основах социальной концепции РПЦ. Она видит положительную сторону трансплантации в том, что она «позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были бы обречены на неизбежную смерть или тяжелую инвалидность». Пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека» [7]. Посмертное донорство органов и тканей является проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Дарение – это право человека, а не его обязанность. Вместе с тем, русское православие считает недопустимым недобросовестную пропаганду донорства, коммерциализацию трансплантационной деятельности, а также недопустимость трансплантации, способной повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и представителя рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения. РПЦ однозначно осуждает фетальную терапию, так как в основе последней лежат действия по изъятию тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях эмбрионального развития.

Решение донора, хотя и добровольное, очевидно не является легким и безоблачным. Оно принимается в составе «густой сети» переживаний, опасений, ценностей, интересов, связанных с его будущим здоровьем и социальным благополучием. Поэтому, и мы согласны с авторами в том, что здесь большая роль должна быть отведена консультантам, психологам, медицинским этикам в беседах с донором. Вся эта работа должна обеспечить осознанный добровольный выбор самим человеком. Во главу угла консультационной и просветительской работе должна выйти информация о рисках для донора, а не польза для реципиента.

Современная трансплантология, решая проблему дефицита донорских органов, осваивает и развивает следующие направления: мультиорганное донорство, совершенствование способов консервации органов, либерализация критерия «смерть мозга», создание международных корпораций по заготовке и обмену органами, ксенотрансплантация, терапевтическое клонирование и применение стволовых клеток, более широкое использование доноров неродственников. В монографии Т. Гутманна и У. Шрота уделено внимание этическому анализу добровольному донорству между незнакомыми людьми. Они приводят ряд фактов из разных стран, когда люди жертвовали свой орган (почку) незнакомым реципиентам, то есть не родственникам. Милосердные акты «солидарности незнакомых людей», по их мнению, имеют необычайную природу. С одной стороны, «ненаправленное дарение органа» (то есть, для незнакомого реципиента) имеет ту же мотивацию как и направленное дарение (для реципиента - родственника), а именно – альтруизм. Однако, в таких случаях важно различать, идет ли речь об анонимном донорстве или нет. Если в первом случае исключена возможность давления или влияния реципиента, то, во втором – таковое не исключено. Отсутствие коммуникации между донором и реципиентом исключает опасность коммерциализации донорства, что очень важно и с этической и с правовой точки зрения.

По нашему мнению, донорство между незнакомыми людьми остро ставит вопрос о принципе конфиденциальности, то есть, о врачебной тайне. Нарушение тайны, когда донору становится известен реципиент, и наоборот, может повлечь за собой давление или шантаж с той или иной стороны. Живое донорство между незнакомыми людьми считаем возможным решением проблемы дефицита донорских органов. Но, оно никогда не будет массовым, никогда не станет общим правилом. И, самое важное, по нашему мнению, в России, где неразвита служба органного донорства, донорство между незнакомыми людьми практически невозможно. Во всяком случае, о таких фактах мы не слышали.

Вышеперечисленные проблемы добровольного органного донорства отнюдь не являются единственными. Но и они свидетельствуют о том, набирающая темпы развития отечественная трансплантология еще востребует комплексный биоэтический анализ этой сложной медицинской технологии спасения жизни людей. И этики, правоведы, психологи, теологи, организаторы здравоохранения должны быть готовы к этому востребованию.

## *Литература*

1. Климущина Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Медико-социальные и психологические проблемы органного донорства: комплексный подход // Уральский медицинский журнал. № 07 (112) oktober 2013. С. 22.
2. T.Gutmann, U.Schroth. Organlebenspende in Europa. –Springer-Verlag, 2002. Kapitel - V.
3. Там же. С. ...
4. Гиппократ. Этика и общая медицина / Пер. с древнегреч. В.И. Руднева; Под ред. С.Ю. Трохачева.- СПб.,2001. С. 24.
5. Мур Фр. История пересадок органов. - М.,1973. С. 145.
6. Гутманн Т., Шрот У. Этика добровольного донорства.
7. Основы социальной концепции Русской Православной церкви.- 2000. X11 (7).

## Донорство органов – проблемы и перспективы развития

*Косарева О.В.*

Вторая половина XX столетия ознаменовалась становлением новой комплексной медико-биологической научной медицины – трансплантологии, объединяющей такие крупные разделы науки, как иммуногенетика, трансплантационная иммунология, консервация донорских органов, экспериментальная и клиническая хирургия, биомеханика и другие. Однако на сегодняшний день количество операций по трансплантации органов в России крайне мало, что связано с тем, что органное донорство затрагивает интересы умерших и живых, требует решения ряда сложных проблем морально-этического и юридического характера. Решение нравственных проблем, касающихся прав донора и реципиента, является одной из наиболее сложных задач, стоящих перед сегодняшним обществом.

*Ключевые слова:* трансплантология

В настоящее время трансплантология заняла достойное место в современной медицине и позволяет эффективно лечить чрезвычайно тяжелую категорию больных, которые ранее считались бесперспективными [1]. Основной проблемой трансплантологии в России является крайне низкий уровень органного донорства. В России, где ежегодно число больных, нуждающихся в пересадке органов, насчитывает приблизительно 5000 человек трансплантация органов и тканей человека – острый социально-значимый вопрос [2].

Впервые в СССР пересадка почки была выполнена 15 апреля 1965 года академиком Б.В. Петровским. За 40 с лишним лет работы накоплен большой опыт трансплантаций почки. Обобщенные статистические данные по выживаемости пациентов и другим важнейшим показателям некоторых клиник, доказывают, что ее качество не ниже того, которое характерно для клиник Европы и США. Но в целом по стране состояние трансплантологии не внушает оптимизма. По количеству трансплантаций, как почек, так и других органов на 1 млн. населения мы отстаем от развитых стран на порядок из-за катастрофического кризиса в системе заготовки трупных донорских органов [3]. В 2010 году в России операции по трансплантации органов проведено 1380. Очень мало. Скажем, в 2011 году 200 раз пересадили печень, а в США проведено почти 5 тысяч таких операций. В России сделали 100 трансплантаций сердца. В США – 2,5 тысячи. Если мы сделали 100 операций, то значит, 900 человек трансплантации сердца не получили, и этих людей мы потеряли [4].

Недостатку донорских органов есть несколько объяснений. Первое – людям вообще неприятно думать о смерти, мысли эти человек старается от себя гнать. Вторая причина – недоверие к врачам. Не секрет, что мы часто не доверяем работникам полиции, сферы образования, чиновникам. Часто можно слышать сомнения в том, все ли необходимое делают врачи для спасения человека с тяжелой, скажем, травмой головного мозга, несовместимой с жизнью. Третья причина заключается в том, что благополучный, здоровый человек часто не в силах понять страждущего [5]. Кроме того, дефицит донорских органов обусловлен непониманием и незнанием проблем трансплантации и органного донорства медиками и руководителями медицинских учреждений, законодателями, а зачастую и простым нежеланием их решать [6].

Отношение православной религии, ислама в отношении трансплантации органов не однозначно.

С точки зрения шариата имеет значение, кто является донором органа – живой человек или мертвый. Так как человек сам владеет своими органами, и имеет право ими распоряжаться, значит, может пожертвовать свои органы для кого-либо, кто в этом нуждается. Но есть неукоснительное условие – трансплантируемый орган не должен иметь жизненно важного значения для самого донора, иначе пожертвование приведет к смерти донора, что будет равносильно убийству и самоубийству. Жизненно важными органами являются, например: сердце, печень, легкие. Пересадка органов после смерти донора не разрешена, даже в случае согласия со стороны родственников или самого донора [1].

Русская православная поощряет добровольное желание человека пожертвовать частью своего тела для спасения жизни ближнего, но высказывает мнение о необходимости введения «презумпции несогласия на посмертное изъятие органов», поскольку «такой подход в наибольшей степени защищает интересы и здоровье потенциальных доноров органов, а также способствует развитию сознательности и солидарности гражданского общества» [7].

С 2015 года в стране должен заработать новый закон «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке)» [8]. По словам специалистов, если он вступит в силу в этом виде, то врачи будут вынуждены, прежде всего, соблюдать права умерших и их родственников. Страдать будут те, кто нуждается в трансплантации [9].

В проекте нового закона подробно и строго прописано посмертное «детское» донорство. В соответствии с ним на изъятие органов умершего ребенка требуется так называемое испрошенное согласие одного из его родителей, медицинский работник больницы в течение одного часа после подписания протокола установления смерти, сообщает об этом одному из родителей и одновременно спрашивает у него согласие на изъятие органов

для трансплантации. Родитель имеет право в течение двух часов после сообщения выразить согласие или несогласие на изъятие органов в устной форме, в том числе по телефону при условии автоматической записи телефонного разговора, либо в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации, либо нотариально. Если в течение этих двух часов ни один из родителей не выразит согласие или несогласие, или согласится изъять органы, врачи могут изъять их для трансплантации. Стоит заметить, что нет никаких рекомендаций, в случае если один из родителей согласен, а другой нет. Если же связаться с родителями невозможно, изъятие органов для трансплантации не допускается. Запрещено также посмертное использование органов детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей.

Презумпция согласия во «взрослом» донорстве отменяется. По проекту, взрослый человек при жизни имеет возможность выразить свое согласие/несогласие на изъятие органов после смерти в регистре. Если он заявил о своем несогласии или согласии – вопросов нет. А если не заявил, то согласно статье 19 – оговаривается учет мнения супруга или близких родственников. То есть, фактически речь идет об испрошенном согласии. При этом, в отличие от «детского» донорства, ничего не сказано о том, что делать врачам, если они в течение часа после констатации смерти не нашли родственников и не знают, как относиться к посмертному донорству умерший. При декларированной в законе презумпции согласия можно изъять органы для пересадки нуждающимся в них больным. А учитывая статью об испрошенном согласии, родственники могут затеять по этому поводу судебный процесс. Захотят ли заниматься забором органов медики под дамокловым мечом и даже ради спасения чьей-то жизни рисковать спокойствием? Получается, что как и прежде, врачам и больницам, в реанимационных отделениях которых гибнут люди, надежнее отдать тело умершего для захоронения без юридических хлопот, при этом другого умирающего, которого могли бы спасти, оставить без шансов на сохранение жизни.

В проекте нового закона заявлено о создании федерального регистра прижизненных волеизъявлений граждан о согласии или несогласии на изъятие их органов после смерти. Такие регистры существуют во всех странах Европы и Америки. По проекту закона, согласие или отказ для занесения в регистр должны быть заверены либо в медицинской организации, либо нотариально. Как себе это представляли разработчики закона на практике, неясно. Здоровый человек, который вряд ли думает о преждевременной кончине в результате несчастного случая или от инсульта, должен отправиться к нотариусу – потратить время и деньги, чтобы выразить свое отношение к трансплантации и донорству?

В проекте закона, в странном пункте 13, 4-й статьи закона говорится: «Изъятие органов не должно стать причиной смерти донора» [8]. Но если речь идет о посмертном донорстве, значит, речь идет о человеке, который уже умер, еще мертвее сделать его невозможно. А если о «живом», то в дополнение к этому требованию в пункте 4, статьи 35, 3-й главы проекта сказано: «Родственная трансплантация осуществляется только при наличии в протоколе решения врачебной комиссии заключения о том, что здоровью живого донора в результате изъятия его органов для трансплантации не будет причинен значительный вред, влекущий необратимое расстройство здоровья, стойкую утрату трудоспособности, инвалидность, и об отсутствии медицинских противопоказаний к родственной трансплантации» [8, 9]. Чтобы расстаться с органом или его частью, живому донору предстоит операция. Даже первокурснику медицинского института известно, что любая хирургия – риск. Ни один профессионал не даст 100-процентную гарантию, что операция не закончится летальным исходом. Значит, с юридической точки зрения этот пункт «живое» донорство с оговорками разрешает, а на практике – какой врач захочет «подставляться» под статью? Ему легче не заниматься «живым» донорством вообще [9].

В попытке «соблюсти лицо» законодатели демонстрируют, с одной стороны, свое согласие с тем, что трансплантация как бы нужна, с другой, будто бы оправдываются за эту необходимость. Так, статья 5, пункт 3 гласит: «Каждый имеет право на личную неприкосновенность», пункт 4: «Интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки» [8]. Интересы, какого человека «должны превалировать над интересами общества» – умершего или того, которому требуется пересадка? Если родственники не согласны с изъятием органов у умершего родственника или человек при жизни отказался дать разрешение на посмертное изъятие органов, то, как быть в ситуации, когда им самим понадобится пересадка органов? Поступать по принципу «как аукнется, так и откликнется» [9]?

Врачи – люди законопослушные, какой закон примет Государственная дума, по такому и будем работать с 1 января 2015 года. Но необходимо информировать законодателей о мере их ответственности перед пациентами, ожидающими пересадку [9].

Часто, рассуждая о трансплантации, люди используют подмену понятий: «ожидание чьей-то смерти», «жизнь за счет других» и прочее. Те, кто так рассуждают, выступают против трансплантации, просто никогда не заглядывали в глаза больному ребенку, их родственников, к счастью, не коснулась такая беда. Знаете, людям свойствен ложный героизм: «Случись со мной такое, я бы...» Поверьте, это не так. Когда с человеком случается беда, он хочет жить и ищет любые средства спасения. Любые. Однако

выход есть: наша прижизненная позиция, по здравому размышлению, должна быть довольно естественна – мы все смертны. Мы можем дать продолжение еще одной или даже нескольким жизням, закончив свой земной путь [5].

### *Примечание*

Таким образом, дальнейшее развитие трансплантологии зависит не только от степени развития медицинской науки и совершенства практических навыков врачей, а также от решения вопросов законодательного характера и уровня «трансплантационной активности населения». Процесс донорства можно представить в виде пирамиды, в основании – общее здоровье населения, следующая ступень пирамиды – отношение общества к посмертному донорству, еще выше – отношение врачей, далее – специалистов-реаниматологов и т.д. Конечный итог – количество выполненных пересадок органов, которые отражают не столько активности трансплантологов, сколько условий, в которых они работают.

От нашей позиции по отношению к посмертному донорству сегодня зависит, насколько доступна будет лично нам трансплантационная помощь завтра.

### *Литература*

1. Отношение ислама к некоторым вопросам современной медицины // Газета Возрождение – 2011. – 18 дек. URL: <http://vozrojdenie.info/fiqh/1136-islam-i-nekotorie-voprosi-medicini-2.html>.
2. Трансплантация органов в России. История проблемы// РИА Новости – 2007. – 20 июль URL:<http://ria.ru/spravka/20070212/60595412.html#ixzz2iM80u7Qy>.
3. Препараты для иммуносупрессивной терапии в трансплантологии – оптимальное соотношение цены и качества / А. Рылов // Медицинский вестник – 2012.–24 дек. URL: [http://www.medvestnik.ru/articles/preparaty\\_dlya\\_immunosupressivnoy\\_terapii\\_v\\_transplantologii\\_\\_optimalnoe\\_sootnoshenie\\_ceny\\_i\\_kachestva/](http://www.medvestnik.ru/articles/preparaty_dlya_immunosupressivnoy_terapii_v_transplantologii__optimalnoe_sootnoshenie_ceny_i_kachestva/).
4. Краснопольская, И. Сердце в законе 2. Почему в России до сих пор не решена проблема пересадки органов / И. Краснопольская // Российская газета – 2011. – 17 авг. URL:<http://www.rg.ru/2011/08/17/transplantacia.html>.

5. Трансплантация донорских органов: мифы и реальность // Федеральный медицинский портал URL:<http://www.medsovet.info/articles/2379>.
6. Захаров А.С.: Донорство органов – ключевая проблема трансплантологии / Материалы международной заочной научно-практической конференции «Современная юриспруденция: тенденции развития» г. Новосибирск, 2011 - 3 окт. URL: <http://sibac.info/konferentsii-uchenykh-2/yurisprudentsiya/217-217>.
7. РПЦ просит верующих завещать свои органы для пересадки // Религия и общество – 2013. – 11 июнь URL: <http://www.newsru.com/religy/11jun2013/organspenden.html>.
8. Проект ФЗ РФ «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке) [Закон вступает в силу с 1 января 2015 года]. – URL: [https://www.rosminzdrav.ru/.../Proekt\\_zakona\\_o\\_transplantacii\\_red.doc](https://www.rosminzdrav.ru/.../Proekt_zakona_o_transplantacii_red.doc)
9. Багликова, И. Новый закон о трансплантации: закон для мертвых или для живых/ И. Багликова// Доктор Питер – 2013. – 16 май/ URL:<http://doctorpiter.ru/articles/6462/>.

## **Биоэтика трансплантологии: моральные и этические аспекты**

*Глазырина Ю.А.*

Особенную актуальность биоэтические проблемы трансплантологии имеют для медицинских работников, которым необходимо сформулировать свою позицию, чтобы в случае необходимости принятия решения суметь взять на себя ответственность за спасение человеческой жизни.

### *Биоэтика, трансплантация*

Биоэтика – это сложный культурный феномен, возникший в ответ на угрозы моральному и физическому благополучию человека, порождаемые прогрессом биомедицинской науки. Современная медицина тесно связана с другими науками, и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма. Поэтому так остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) и это возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом. Биоэтика представляет собой важную область философского знания. Формирование биоэтики обусловлено грандиозными изменениями в технологическом оснащении современной медицины, огромными сдвигами в медико-клинической практике, которые стали возможными благодаря успехам «высоких» технологий, трансплантологии, появления оборудования для поддержания жизни пациента и накопления соответствующих практических и теоретических знаний. Все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед пациентом, перед их родственниками.

Трансплантация органов и тканей (лат. *transplantare* пересаживать) — замещение отсутствующих или необратимо поврежденных патологическим процессом тканей или органов собственными тканями, либо органами (тканями), взятыми от другого организма. В настоящее время проблема трансплантологии активно обсуждается не только специалистами-практиками (медицинским сообществом), и теоретиками (философии и юстиции), но и представителями Церкви, гражданского общества, простыми обывателями. Проблема биоэтики в трансплантологии является не узкоспециальным, частным медицинским вопросом, а важной философской проблемой. Применение различных технологий трансплантации органов и тканей имеет определенные ограничения, как медицинского, так и этико-правового характера: проблемы, связанные

с ключевыми этапами технологии трансплантации – констатацией смерти человека, изъятием (забором) органов и/или тканей, распределением органов и/или тканей между реципиентами. Проблема забора органов и/или тканей у донора рассматривается в зависимости от того, является ли донор живым или мертвым человеком.

Пересадка органа от живого донора сопряжена с причинением вреда его здоровью. В трансплантологии соблюдение этического принципа «не навреди» в случаях, когда донором является живой человек. Врач оказывается перед противоречием между моральными принципами «не навреди» и «твори благо». С одной стороны, пересадка органа (например, почки) – это спасение жизни человеку (реципиенту), то есть является благом для него. С другой стороны, здоровью живого донора данного органа причиняется значительный вред, то есть нарушается принцип «не навреди», причиняется зло. Поэтому, в случаях живого донорства речь всегда идет о степени получаемой пользы и степени причиняемого вреда, и всегда действует правило: получаемая польза должна превышать причиняемый вред.

По российскому законодательству в качестве живого донора может выступать только родственник реципиента и обязательным условием, для донора и реципиента является добровольное информированное согласие на проведение трансплантации.

Самый распространенный в настоящее время вид донорства – это изъятие органов и/или тканей у мертвого человека. Этот вид донорства связан с рядом этико-правовых и религиозных проблем, такие как: проблема констатации смерти человека, проблема добровольного волеизъявления о пожертвовании собственных органов после смерти для трансплантации, допустимость использования тела человека в качестве донора органов и тканей для трансплантации с позиций религии. В настоящее время в мире в области донорства органов и тканей человека действуют три основных вида забора органов у трупа: рутинное изъятие, изъятие в соответствии с принципом презумпции согласия и изъятие в соответствии с принципом презумпции несогласия человека на изъятие органов из его тела после его смерти.

Рутинный забор органов основан на признании тела после смерти человека собственностью государства и поэтому оно может использоваться в научно-исследовательских целях, для забора органов и тканей и других целях в соответствии с потребностями государства. Такой тип отношения к телу человека и вид забора органов и тканей для последующей трансплантации имел место в нашей стране до 1992 года. В настоящее время в мире изъятие органов у трупа осуществляется в соответствии с принципами презумпции согласия или презумпции несогласия.

Принцип презумпции согласия – это признание изначального согласия человека на какие-либо действия. Если человек не согласен на совершение предполагаемых действий, то он должен в установленной форме выразить свое несогласие. Изъятие органов и/или тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо, либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и/или тканей после смерти для трансплантации реципиенту. Таким образом, данный принцип допускает взятие тканей и органов у трупа, если умерший человек, или его родственники, не выразили на это своего несогласия.

Всемирная медицинская ассоциация в 1987 г. приняла Декларацию о трансплантации человеческих органов. В ней определены условия констатации смерти человека в соответствии с современными критериями и обозначены этические принципы, которыми руководствуются при трансплантации органов и тканей человека. Главным принципом является забота врача о состоянии здоровья пациента в любой ситуации. Обязательным условием проведения трансплантации является получение добровольного информированного согласия донора и реципиента, а в случаях, когда это невозможно, то членов их семей или законных представителей. В Декларации особо отмечено, что купля-продажа человеческих органов строго осуждается.

В Российской Федерации действует закон «О трансплантации органов и/или тканей человека». В этом законе указано, что трансплантация органов и/или тканей человека признается средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан, которое должно использоваться в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом и действующим законодательством. В статье 1 сказано: «Трансплантация органов и/или тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья. Изъятие органов и/или тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью, по заключению консилиума врачей-специалистов, не будет причинен значительный вред» [1, с. 32] В основу закона РФ «О трансплантации органов и /или тканей человека» положен принцип презумпции согласия.

В нашей стране факт смерти человека устанавливается по ряду признаков в соответствии с Приказом МЗ РФ №73 от 4.03.2003 и инструкцией МЗ РФ по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга. В приказе сказано: «Смерть мозга проявляется развитием необратимых изменений в головном мозге, а в других органах и тканях частично или полностью, биологическая смерть выражается посмертными

изменениями во всех органах и системах, которые носят постоянный, необратимый, трупный характер». Диагноз «смерть мозга» устанавливается на основе целого комплекса признаков (клинических тестов), указанных в этой инструкции.

Русская Православная Церковь в «Основах социальной концепции» отметила, что «современная трансплантология позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были обречены на неизбежную смерть или тяжелую инвалидность. Вместе с тем, развитие данной области медицины, увеличивая потребность в необходимых органах, порождает определенные нравственные проблемы и может представлять опасность для общества. Церковь считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи. Пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закрепленную в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека» [3]

Проблема очевидна: борьба за жизнь умирающего и необходимость скорейшего получения органов и тканей для пересадки реципиенту, нет единого мнения в решении этой проблемы. Биоэтика всесторонне поддерживает трансплантацию, как перспективное направление в медицине. Ее представители акцентируют внимание на гуманистических ценностях, исключая экономические выгоды.

Общество в целом не подготовлено к восприятию идей трансплантации и донорства. Это обусловлено влиянием средств массовой информации на сознание обывателя сенсационными, чаще всего непроверенными и непрофессионально освещенными фактами негативного характера. Многие пациенты, которые состоят в листе ожидания, не дожидаются своего «часа», чаще люди не готовы «отдать» органы после смерти, в отличие от зарубежных сообществ. Трансплантация таким пациентам необходима, т.к. лечение, назначенное им, только поддерживает их на какое-то время, и напротив, те пациенты, которым посчастливилось дождаться пересадки, являются полноценными членами нашего общества, главной её составляющей – семьи. Эта проблема насущна и необходимы разъяснительные мероприятия, помощь различных сфер нашего общества.

Проблема констатации смерти человека в конце 20 века перешла из разряда чисто медицинских проблем в категорию биоэтических, в связи с развитием реанимационных, трансплантологических и других технологий медицины. В зависимости от того, какое состояние человеческого организма признается моментом его смерти как человека, появляется возможность для прекращения поддерживающей терапии, проведения мероприятий по изъятию органов и тканей для их дальнейшей трансплантации и т.д.

Оптимальным способом решения биоэтических проблем трансплантации является терапевтическое клонирование органов и тканей – это возможность создания донорских органов на основе использования генетических технологий. Исследования стволовых клеток человека открыли перед медициной перспективы получения донорских органов и тканей при помощи культивирования соматических стволовых клеток. В настоящее время активно проводятся эксперименты по получению в искусственных условиях хрящевой, мышечной и других тканей. Путь очень привлекательный с этической точки зрения и не требует вторжения в какой-либо организм (живой или мертвый) с целью забора органов. На сегодняшнее время это пока только эксперименты и научные исследования, которые приносят, некоторые обнадеживающие результаты, но ещё далеки от внедрения в практику здравоохранения.

### *Литература*

1. Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (от 22 декабря 1992 г №4180-1 с дополнениями от 24 мая 2000 года). / Цит. по Шамов И.А. Биомедицинская этика. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006, с. 207.
2. Новая философская энциклопедия: в 4 т. / Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. совета В.С. Степин. 2-е изд., испр. и допол. – М.: Мысль, 2010.
3. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви» [Официальный сайт Московского патриархата]. [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/141422> (дата обращения: 25.01.13).
4. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – Отв. ред. Юдин Б.Г. М., «Эдиториал УРСС», 1998

## Биоэтические проблемы лабораторных исследований

*Исмаилов А.Ш.*

Одним из центральных вопросов биоэтики является вопрос о допустимости, обоснованности и условиях биомедицинских исследований на человеке. Очевидным является тот факт, что медицина как наука и практическая деятельность, направленная на поддержание и восстановление здоровья человека, не могла бы существовать без научных, лабораторных и других специальных исследований, а также без эксперимента на человеке. Рано или поздно новый лекарственный препарат или новый метод лечения, апробированные в различных опытах, включая опыты на животных, должен пройти стадию биомедицинских исследований на человеке. Однако такие исследования и эксперименты должны осуществляться при соблюдении определенных условий, о которых будет сказано ниже.

Изучение этико-правовых, включая уголовно-правовые, проблем биомедицинских исследований на человеке в настоящее время приобретает особую актуальность в связи с тем, что в последние годы эксперименты на человеке приобрели огромный размах, нередко затрагивают права и интересы десятков, а то и сотен людей, подчас связаны с вмешательством в глубинные процессы, происходящие в человеческом организме. Достаточно сказать об исследованиях в области трансплантологии, генетики, психотерапии и др.

В медицине существует четыре вида эксперимента:

- 1) *in vitro* – в пробирке, самый ранний этап опытной проверки;
- 2) *in vivo* – на живых организмах, от бактерий и простейших до обезьян;
- 3) на здоровых людях с двумя целями:
  - a) с целью познания физиологических возможностей человеческого организма в различных, в том числе экстремальных, условиях (спортивные нагрузки, подводные исследования, альпинизм, спелеология, опыты в барокамерах, на центрифуге, функциональные исследования в космосе и др.),
  - b) с целью проверки новых лечебных средств и методов как на контрольной для больных группе (так называемые неклинические исследования);
- 4) клинические эксперименты.

Подобные эксперименты невозможно заменить исследованиями на тканях *in vitro* или на лабораторных животных (включая приматов), ведь организм животного отличается от человеческого по анатомическим, физиологическим, и фармакокинетическим характеристикам, а также по

реакции органов и систем на лекарство. Так, например, известно, что талидомид безвреден для грызунов, но оказывает тератогенное влияние на человека; морфин успокаивает человека и возбуждает кошек; инсулин высокотоксичен для морских свинок и хомяков, но абсолютно незаменим в лечении людей, страдающих сахарным диабетом. Кроме того, некоторые заболевания свойственны только человеку, и их невозможно моделировать у лабораторного животного. И даже в исследованиях на здоровых добровольцах трудно достоверно воспроизвести те эффекты, которые будет вызывать лекарственный препарат у больных.

Когда же впервые был осуществлен медицинский эксперимент на человеке? А.П. Зильбер справедливо отмечает, что «клинические эксперименты различной степени сложности проводились с тех пор, как существует медицина, начинавшаяся с магических обрядов. И колдуны, и жрецы, врачевавшие в храмах, и древние врачи со специальным медицинским образованием отмечали в своем сознании эффекты, полученные от случайных лечебных средств, и закрепляли их дополнительной проверкой». Автор полагает, что переходной формой к клиническому эксперименту является терапия *exjuvantibus* (от лат. *juvare* – помогать, способствовать, облегчать), когда врач, не знающий надежного средства лечения конкретного больного, пробует разные и рекомендует тот метод, который помогает.

Один из первых «протоколированных» экспериментов провел в 1796 г. Э. Дженнер – основоположник вакцинации. Он привил своему сыну-первенцу и другим соседским детям безопасную для человека «свиную» и «коровью» оспу и доказал, что такая вакцинация предупреждает заболевание смертельной черной оспой. Э. Дженнер проводил эксперименты и на себе, и на других взрослых, и даже на английской королеве. Метод, спасший впоследствии миллионы жизней, вошел в повседневную медицинскую практику.

С 1805 г. японский хирург С. Ханаока стал применять при хирургических операциях изобретенный им наркоз тсусенсаном – смесью шести различных растительных алкалоидов. Этот вид общей анестезии более полувека применялся во всей Японии, на 40 лет опередив ингаляционный наркоз. Внедрению тсусенсанового наркоза в хирургическую практику предшествовали многочисленные протоколированные эксперименты на животных, в ходе которых впервые в истории медицины была документально показана зависимость доза-эффект, изобретен эффективный антидот тсусенсана, опередивший почти на два века идею активного прерывания анестезии, изучающуюся сегодня. Первые клинические эксперименты С. Ханаока провел на собственной жене, прежде чем метод вошел в широкую практику.

Таким образом, до XX в. в мире научные исследования и эксперименты на человеке осуществлялись в соответствии со сложившимися в разные эпохи социальными, культурными и другими традициями того или иного государства, а также этическими правилами и представлениями врачей-исследователей о пользе экспериментов для науки и отдельного больного. Такие отношения надлежащим образом ни одним из государств урегулированы не были. Этика эксперимента, его обоснованность, защита испытуемых всецело зависели от совести врача.

К началу XX в. приходит осознание того, что без экспериментов на человеке медицина развиваться не может. В работах по этике того периода говорится об условиях, при которых эксперименты на человеке возможны. Так, А. Моль в своей работе «Врачебная этика» (1903 г.) писал о том, что рано или поздно клинические нововведения надо апробировать на первых больных и при этом необходимо заручиться согласием больного на медицинские опыты. При этом автор полагал, что поскольку дача согласия предполагает определенный уровень интеллектуального развития, то предпочтительнее проводить опыты на людях интеллигентных, а еще лучше – на медиках. Действительно, нередко медицинские эксперименты исследователи проводили на самих себе либо своих близких.

Круг этико-правовых проблем, связанных с биомедицинскими исследованиями на человеке, в ходе общественного развития менялся. К настоящему времени вопрос о допустимости экспериментирования на человеке решен в целом положительно. Однако этот вопрос сменился другим: все ли граждане могут подвергаться опытам? Возможно ли привлечение в качестве объектов исследований, так называемых уязвимых лиц: детей, пожилых людей, беременных женщин, военнослужащих, осужденных к лишению свободы, душевнобольных и др.

В XX в. были отмечены грубейшие нарушения этических норм со стороны врачей и биологов при проведении исследований на человеке. В особенности это относится к периоду Второй мировой войны. Именно тогда нацистские врачи осуществляли бесчеловечные опыты над узниками концлагерей, в том числе детьми, стариками, беременными женщинами. Варварские эксперименты нацистских преступников шокировали весь мир, узнавший об этих экспериментах в ходе Нюрнбергского процесса. Позднее выяснилось, что подобные опыты проводили и японские врачи.

Так, с 1937 по 1945 г. в Пингфане (Манчжурия) работала засекреченная группа японских военных врачей под руководством профессионального хирурга Сиро Исии. На пленных китайцах, корейцах, русских, американцах и др. они проводили эксперименты по отморожениям, газовой гангрене, замещению крови, лучевой болезни, бактериальному оружию и т.д.

В течение 40 лет (с 1932 по 1972 г.) в штате Алабама (США) проводилось наблюдение «естественного течения» сифилиса на чернокожем населении, в то время как медицине были известны средства борьбы с этой болезнью. Естественное течение сифилиса у 412 чернокожих американцев сравнивалось с состоянием 204 здоровых людей. Исследование было начато тогда, когда против сифилиса применялись только ртутные препараты, а потом и в годы открытия пенициллина и других антибиотиков. Лишь в 1997 г. Президент США Б. Клинтон принес пострадавшим от этого эксперимента американцам официальные извинения за государственную поддержку данных исследований.

Однако в США проводились и другие жестокие эксперименты, не согласующиеся с этическими нормами медицинской профессии. Так, в 1950-х гг. в трех тюрьмах штата Иллинойс 800 заключенных было заражено малярией. В 1960-х гг. врачи нью-йоркского онкологического центра Слоун-Кеттерингского института привили к печени своих пациентов из дома престарелых живые раковые клетки, чтобы проверить сопротивляемость пациентов этой болезни. Известен также случай введения умственно отсталым детям из интерната г. Уиллоуброка в штате Нью-Йорк штамма вируса гепатита в целях исследования последствий такого заболевания.

Не менее известным и одновременно скандальным случаем было применение в 1969-1971 гг. в Германии и ряде других европейских стран беременными женщинами снотворного препарата талидомида. Препарат рекламировался как безвредный для беременных женщин и их эмбрионов (плодов). Однако применение этого препарата указанными женщинами привело к рождению только в Германии более 10 тыс. детей с редуцированными (отсутствующими или неполными) конечностями, половина из которых погибли.

Все эти случаи, в особенности произошедшие в ходе и после Второй мировой войны, поставили мировое сообщество перед необходимостью разработки как на международном уровне, так и на уровне отдельных государств эффективных правовых мер защиты от недобросовестных врачей-экспериментаторов.

Принципы проведения медицинских исследований и экспериментов на человеке впервые получили свое четкое оформление в 1947 г. в Нюрнбергском кодексе. Положения этого документа легли в основу многих последующих международно-правовых соглашений и деклараций, а также внутринациональных нормативно-правовых актов отдельных государств. Составители Нюрнбергского кодекса сформулировали в качестве обязательного условия проведения эксперимента на человеке получение его добровольного согласия. Как отмечается в документе, это означает, что испытуемый должен иметь законное право давать такое согласие; иметь

возможность осуществлять свободный выбор, не испытывая на себе насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; должен обладать знаниями, достаточными для понимания сути эксперимента, и принять осознанное решение. До принятия решения о своем участии в эксперименте, испытуемый должен быть информирован о характере, продолжительности и цели данного эксперимента; о методах и способах его проведения; обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья, могущих возникнуть в результате участия в эксперименте.

Составители Нюрнбергского кодекса выработали ряд условий проведения экспериментов на людях, которые в дальнейшем служили этическим ориентиром для законодателей многих государств: добровольное информированное согласие испытуемого, общественно-полезная цель эксперимента, недостижимость указанной цели другими средствами (без эксперимента на человеке), обоснованность эксперимента с научной и технической точек зрения, его проведение квалифицированным субъектом, максимальная минимизация возможных осложнений для испытуемого лица, сопоставимость цели и риска, возможность прекращения эксперимента на любой стадии по инициативе испытуемого или исследователя.

На основе этого документа были выработаны международно-правовые соглашения и декларации, а также другие акты международного права в рассматриваемой области.

Основные этические и правовые принципы, регламентирующие порядок проведения клинических исследований, были сформулированы в Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации врачей, принятой 18-й Генеральной ассамблеей Всемирной ассоциации врачей в июне 1964 г. (Внесены поправки: 29-й сессией Генеральной ассамблеи ВМА в Токио в октябре 1973 г.; 35-й сессией Генеральной ассамблеи ВМА в Венеции, Италия, в октябре 1983 г.; 41-й сессией Генеральной ассамблеи ВМА в Гонконге в сентябре 1989 г.; 48-й сессией Генеральной ассамблеи ВМА в Сомерсете - Уэст, ЮАР, в октябре 1996 г. и 52-й сессией Генеральной ассамблеи ВМА в Эдинбурге, Шотландия, в октябре 2000 г.)

В ней записано, что биомедицинские исследования с участием людей должны соответствовать общепринятым научным принципам и основываться на адекватно проведенных лабораторных исследованиях и экспериментах на животных, а также на достаточном знании научной литературы. Они должны проводиться квалифицированным персоналом под наблюдением опытного врача. Во всех случаях ответственность за пациента несет врач, но не сам пациент, несмотря на данное им информированное согласие.

Изложенные в Хельсинкской декларации принципы являются лишь рекомендательными положениями, однако ее значение для современного права трудно переоценить. Любая страна, компания-производитель, ученый-медик должны проводить исследования в соответствии с этими правилами, если они хотят, чтобы их результаты были приняты международным сообществом. Именно Хельсинкская декларация Всемирной ассоциации врачей легла в основу всех последующих законодательных актов, определяющих права человека и этические обязательства, которые принимают на себя врачи при проведении клинических исследований.

Записанные в Конвенции положения защищают достоинство и индивидуальную целостность человека и гарантируют каждому без исключения соблюдение неприкосновенности личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений биологии и медицины, в том числе в области трансплантологии, генетики, психиатрии и др.

Другим важнейшим документом в рассматриваемой области является Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины (Конвенция о правах человека и биомедицине) 1996 г. По своей юридической силе Конвенция превосходит Хельсинкскую декларацию, поскольку содержит не рекомендательные, а общеобязательные нормы, действие которых распространяется на государства, ее подписавшие и ратифицировавшие. По состоянию на 25 января 2005 г. Конвенцию подписали 31 из 46 входящих в Совет Европы государств, а 19 государств из числа подписавших уже ратифицировали ее. Из числа ведущих европейских стран Конвенцию не подписали Великобритания, Германия и Россия. С точки зрения Великобритании, некоторые нормы Конвенции, касающиеся, в частности, исследований на эмбрионах человека, слишком «жестки». С точки зрения Германии, нормы Конвенции о защите испытуемых, которые не в состоянии дать компетентное согласие, чересчур «мягкие» и не позволяют надлежащим образом защитить права и достоинство человека. Что касается позиции Российской Федерации, причины неподписания ею Конвенции официально изложены не были. Отдельные положения Конвенции, как и Хельсинкской декларации, частично уже отражены в законодательстве нашего государства.

Эксперименты на человеке носят вынужденный характер. В связи с этим в Конвенции подчеркивается, что к подобным экспериментам можно прибегнуть лишь тогда, когда отсутствуют альтернативные методы исследования человека, которые были бы сопоставимы по своей эффективности. Риск, которому может быть подвергнут человек, не должен быть чрезмерным по сравнению с потенциальными выгодами от исследований. Кроме того, проект исследований должен быть утвержден компетентной инстанцией после проведения независимого изучения его с точки зрения

научной целесообразности, в том числе оценки важности цели исследований, и многостороннего рассмотрения его приемлемости с этической точки зрения. Лицо, ставшее объектом исследования, должно быть осведомлено о своих правах и гарантиях, предусмотренных законом для его защиты. При этом необходимое согласие испытуемого должно быть дано непосредственно, конкретно и в письменной форме. Такое согласие испытуемый может беспрепятственно отозвать в любой момент.

В некоторых случаях предполагаемые результаты исследований могут не принести непосредственной пользы здоровью соответствующего лица, поэтому в порядке исключения такие исследования могут быть разрешены также при соблюдении некоторых дополнительных условий: цель подобного исследования должна состоять в содействии путем существенного расширения научных знаний о состоянии человека, его болезни и расстройстве, получению, в конечном счете, результатов, способных принести пользу соответствующему лицу, или другим лицам той же возрастной категории, или страдающим той же болезнью или расстройством, или же с таким же состоянием здоровья. Такие исследования должны быть связаны с минимальным риском и минимальным стеснением для этого лица. Итак, Конвенция выделяет группу так называемых уязвимых лиц, для которых предусмотрен расширенный перечень гарантий от различных злоупотреблений их уязвимым состоянием. Кроме того, дополнительные условия установлены для тех экспериментов, которые не сулят для здоровья испытуемого непосредственной пользы.

Конвенция впервые включила положения, направленные на защиту эмбриона человека. Так, в общих чертах в ней определены условия проведения исследований на эмбрионах человека, полученных *in vitro* (в пробирке). Согласно Конвенции, если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах *in vitro*, он должен обеспечить надлежащую защиту эмбриона. Создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается.

Таким образом, Конвенция о правах человека и биомедицине явилась первым международно-правовым актом обязывающего характера для государств – членом Совета Европы по вопросам биомедицинских исследований на человеке. Впоследствии были приняты Дополнительные протоколы к Конвенции, имеющие такую же юридическую силу, что и последняя, в 1998 г. о запрете клонирования человека, в 2002 г. – о трансплантации органов и тканей человека, в 2005 г. – о биомедицинских исследованиях. В перечисленных Дополнительных протоколах положения Конвенции о правах человека и биомедицине 1996 г. развиваются и детализируются.

Помимо перечисленных документов, следует назвать еще один, также содержащий положения о порядке и условиях проведения биомедицинских исследований на человеке. Это Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека 1997 г. – документ рекомендательного характера, о чем говорит его название. Декларация о геноме представляет большой интерес, поскольку затрагивает те вопросы, которые еще 15-20 лет назад даже не обсуждались научной медицинской и юридической общественностью: сохранение генетической уникальности и целостности, как отдельного человека, так и этнических групп людей, манипуляции с человеческими генами, клонирование человека в терапевтических целях и целях воспроизводства, расшифровка генома человека, составление «генетического паспорта» и т.д. Достижения генетиков вызвали, однако, неоднозначное к себе отношение, как и многие другие события в научном мире последних десятилетий. В обществе растет чувство обеспокоенности тем, не будут ли новые знания использованы во вред человечеству. Так, стали возможными дискриминация по генетическим признакам, вмешательство в геном конкретного человека в нетерапевтических целях, создание генетического оружия. В специальной литературе приводятся данные о том, что оружие, созданное на основе генной инженерии в его различных модификациях (генетическое и этническое) разрабатывалось еще с 1960-х гг. в СССР и США. Помимо смертельно опасных генетически измененных вирусов создается биологическое оружие, способное быть этнически нацеленным и поражать даже определенные группы населения, например, в зависимости от пола, возраста, цвета кожи, разреза глаз и т.д.

Итак, как было показано выше, на международном уровне действует целый ряд документов различной юридической силы, в которых рассмотрены и регламентированы наиболее важные вопросы проведения биомедицинских исследований и экспериментов на человеке.

К сожалению, нужно отметить, что в России значимость прав человека в сфере биомедицины осознается недостаточно, и в национальном законодательстве до сих пор не нашли отражения многие нормы, содержащиеся в международных соглашениях. Отсутствие в России документа, всесторонне регламентирующего клинические испытания медицинских продуктов и при этом совместимого с аналогичными документами, принятыми в промышленно развитых странах, с одной стороны, препятствует участию российских научных и медицинских учреждений в подобных исследованиях, а с другой стороны, создает почву для возможных злоупотреблений в этой сфере.

Сегодня этика биомедицинских экспериментов – отнюдь не одни лишь благие пожелания. Существуют выработанные и проверенные практикой методические и этико-правовые нормы проведения таких экспериментов, а также структуры и механизмы, позволяющие достаточно

жестко контролировать соблюдение этих норм. Но современная медицина становится все более изощренной и могущественной, непрерывно расширяя возможности эффективного воздействия на самые глубинные структуры человеческого организма на процессы репродукции человека, на его психику, генетику, даже на процессы умирания. Нередко говорят, и не без оснований, о том, что многие медицинские воздействия, которым подвергается сегодня человек, оказываются чрезвычайно агрессивными, следовательно, человек нуждается в новых правовых механизмах защиты.

Без проведения клинических испытаний невозможен прогресс в разработке новых лекарств. Но ничто: ни интересы ученого, ни интересы фармацевтической компании, ни интересы клинической фармакологии в целом – не должно быть выше прав и интересов человека, который является, говоря юридическим языком, субъектом исследования.

### *Литература*

1. ФЗ от 22.06.1998 г. №86-ФЗ «О лекарственных средствах» // Собрание законодательства РФ, 1998. № 26.
2. Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации / Под общей ред. Ю.Б. Белоусова. – М., 2005.
3. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. – Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского университета, 1998. С. 219.
4. Кубарь О.И. Этические и правовые проблемы исследований на человеке: из истории России XX века // Человек, 2001. № 3. С. 11
5. Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ, 1992. № 33. Ст. 1913 (с изменениями на 22.08.2004 г.).

## Клонирование: «за» и «против»

*Аристов А.Ю.*

Поднимая вопрос о клонировании человека, можно утверждать, что мнения разделились. Нельзя с уверенностью сказать, к чему приведут эти эксперименты, чего в них больше – пользы или вреда.

### *Либеральная позиция*

Этой позиции придерживаются многие исследователи и ученые, занимающиеся генетическими опытами.

Э. Кимбрелл в своей книге «Мастерская человеческого тела» также выступает как сторонник либеральной позиции: «Многие эксперты считают, что нынешнее негативное отношение к использованию зародышей для медицинских целей может вскоре измениться».

В последние годы либеральная идеология становится все более популярной, что является главной причиной изменения отношения к использованию зародышей в медицине. Многие критики считают это недостаточной причиной, забывая, что ту или иную технологию нельзя рассматривать в отрыве от социального контекста, ведь она появляется в определенной «интеллектуальной среде» и в дальнейшем сама же ее и формирует.

Сторонники либеральной идеологии, оценивая клонирование с точки зрения ценности прав индивида и «прав» научно-технического прогресса, подчеркивают важность последнего....

Питер Стивенсон, советник организации «Сострадание к фермерскому миру», заявил, что «клонирование – это невероятно сложная инвазивная хирургическая процедура, которая разрушает здоровье животных. Наши опасения возрастают вдвое, потому что пока нет никаких гарантий, что наносимый нами вред не будет закреплен генетически, и что мы сможем избежать этических проблем, связанных с применением этой технологии Франкенштейна».

По мнению Эзры Сулеймана, профессора и главы Комитета по европейским исследованиям в Принстонском университете (США), государство относится к научным генетическим исследованиям следующим образом: «...государство должно оставаться сторонним наблюдателем там, где дело касается научных исследований; не должно диктовать, как именно следует распространять результаты научных изысканий. Ученые, являясь владельцами плодов своей деятельности, сами знают, какие результаты следует делать достоянием широкой общественности;

государство не должно вмешиваться в определение направлений научных поисков или осуществлять контроль за применением научных открытий; вмешиваясь в дела науки, государство способно превратить ее из объективного поиска знаний в инструмент государственной идеологии».

Многие оценивают эту позицию как крайнюю. На самом же деле, если государство возьмет под контроль безопасность биогенетических исследований, подобная ситуация не возникнет.

Как пример крайней позиции можно привести высказывания С.Е. Моткова (научная статья в журнале «Советская евгеника»), который считает, что рост генетического груза вызывают постепенное загрязнение окружающей среды и резкое ослабление естественного отбора, которое вызвано улучшениями в сфере медицинского обслуживания и повышением уровня жизни населения. Это, в свою очередь, может привести к росту биологической деградации населения.

С.Е. Мотков за основу своей теории взял предположение профессора Н.П. Дубинина, который считает, что проблема генетического груза станет такой же актуальной и важной, как проблема охраны окружающей среды. По его мнению, моральная деградация (расслабление воли, развитие порочных склонностей (алкоголизм, наркомания, суицид и преступность)) вызывает биологическую деградацию....

В 1997 г. в США издается книга Майкла Смита «Клоны», в которой рассказывается о клонировании людей в подземных тоннелях вокруг Лос-Анджелеса.

С.Е. Мотков выход из кризисной ситуации, которая может возникнуть в стране, видит в прочном закреплении идеи искусственного отбора в государственной идеологии и политике. По его мнению, клонирование вполне в состоянии решить эту проблему, а государство должно как можно быстрее начать «евгенический эксперимент» сначала в экспериментальной группе, затем в небольшом населенном пункте, «постепенно расширяя территорию, охватываемую евгеническими мероприятиями».

В результате С.Е. Мотков призывал к созданию искусственной популяции. Еще один сторонник либеральной позиции, профессор А.П. Акифьев, не вполне разделяет взгляды С.Е. Моткова, призывая учитывать также и «двойственную биосоциальную природу человека». По его мнению, «...все, что мы сейчас наблюдаем: падение дисциплины и нравственности, лень, крайне низкие производительность труда и качество продукции, стремление все сделать нечестным путем и ощущение радости и гордости за совершенный обман или мелкую кражу, невероятное по масштабам пьянство, жестокость (пример тому дедовщина в армии), бесчисленные, порой крайне циничные нарушения врачами их морального кодекса – клятвы Гиппократова, катастрофический (некоторые считают даже обвальным) рост преступности и так далее – все это в совокупности,

с моей точки зрения, свидетельствует не только о пороках системы, но и отражает признаки генетической деградации нации, явилось следствием господства тоталитаризма».

А.П. Акифьев считает, что человечество на данном этапе своего развития не может сейчас отказаться от евгенических замыслов, предложенных С.Е. Мотковым, «...сегодня в качестве важнейшей цели евгеники следует считать создание генофонда, наиболее благоприятного для здоровья, благосостояния и процветания человечества на основе методов, достойных человека».

Впоследствии один из сторонников либерального подхода к клонированию человека, Н. К. Кольцов, также предпринял попытки выйти в своих трудах на биогенетический путь «благосостояния и процветания человечества». Ученый в 30-е гг. XX в. основал «Русское евгеническое общество».

Впоследствии он отказался от евгенических взглядов, заявив о том, что даже повышение умственных способностей населения все равно не в полной мере может защитить общество от появления «криминальных талантов». По его мнению, расовые критерии также не уменьшают количества генетических дефектов.

В более поздних своих работах он даже ставил вопрос «...а вправе ли человек проводить селекцию себе подобных?»

### *Консервативная позиция*

Н. Бердяев утверждал, что появление селекционных и евгенических проектов неизбежно вследствие современного атеистического мировоззрения человечества. Подобное мировоззрение он называл «религией человекобожия».

Противники клонирования утверждают, что получение человеческих органов таким путем (выращивание с помощью клонирования из человеческих эмбрионов) является самым настоящим убийством. В свою очередь сторонники подобных экспериментов заявляют, что ничего аморального человечество делать не будет, так как, например, в Великобритании в тех случаях, когда плод неполноценен, нет ограничений в сроках для прерывания беременности. А это, по их мнению, то же самое.

Тема «человекобожие – Богочеловечество» постоянно возникала в религиозных трудах русских философов. Процесс деления природного человека и духовного постоянно возникал в рамках философии «человекобожия» в XVIII в. (просветительский материализм, философия О. Конта, Л. Фейербаха, Ницше, марксистско-ленинский социализм).

Основным принципом консервативного подхода к клонированию является то, что высшим идеальным измерением является исключительно сам человек и все «человеческое»: «...дал свободу творческого развития

природному человеку, удалившись от внутреннего смысла жизни, оторвавшись от божественного центра жизни, от глубочайших основ самой природы человека», с точки зрения приверженцев этого подхода подлинным идеалом, существенно отличающимся от людей, является Христос: «Христос был вековечный от века идеал, к которому стремится и по закону природы должен стремиться человек».

Клонирование выступает как один из способов нравственного совершенствования человечества. Другими словами, это попытка человека выбрать для себя критерии «лучшего» и начать самосовершенствоваться.

В результате возникает постоянный спрос на юридическую и этическую регламентацию генных технологий. Ответ на это дается в Декларации о проекте «Геном человека»: «Определенная озабоченность возникает из-за опасения, что исследователь, занятый работой по проекту, может взять на себя роль своеобразного «бога» или попытается вмешаться в действие законов природы.

Только освободившись от предвзятости по отношению к проекту «Геном человека», мы сможем правильно оценить этические проблемы, связанные с его реализацией, как это имеет место в случаях с оценкой новых методов диагностики и лечения.

Та же Декларация содержит пункт «Угроза использования генетической информации в немедицинских целях и угроза евгеники». Об этом сказано следующее: «Концепция евгеники основывается на предположении о том, что гены имеют решающее значение в процессе формирования человека, а потому их распределение в популяции имеет решающее значение для изменения репродуктивного поведения. Согласно этой концепции, соображения общественного блага оправдывают ограничение свободы индивида. Обладание информацией ставит проблему и ее использования. До сих пор существуют опасения по поводу существования одобренных правительствами программ улучшения расы и использования медицинских технологий в немедицинских целях»....

По данным некоторых исследований, около 15% населения Земли нуждается в медико-генетической помощи. В странах с высоким уровнем жизни генетическое обследование является частью современного здравоохранения. В России большая часть населения не может воспользоваться медико-генетической помощью в силу организационных и материальных причин.

По мнению сторонников этого подхода, цель медицины должна заключаться, прежде всего, в том, чтобы избавить человечество от страданий. Генетика как наука и опыты по клонированию помогают изучить и вовремя диагностировать большинство генетических заболеваний. Стенли Харакас предлагает примирить церковь, категорически выступающую против клонирования, и сторонников подобных опытов

посредством того, что, благодаря заблаговременному генетическому анализу (еще до бракосочетания), можно выявить возможные наследственные заболевания. Это поддерживает запрет церковных правил на кровнородственные браки и будет тщательнее соблюдаться с помощью генетического отбора.

Противники этого подхода подчеркивают, что главная задача генетических исследований – забота о конкретных людях и конкретных семьях. Недопустимо править генетику человечества посредством вмешательства в эмбриональный материал.

Для решения этических вопросов требуется четкая юридическая регламентация, касающаяся будущих клонов.

### *В поддержку клонирования*

В поддержку клонирования выступают те, кто рассматривает его как путь к спасению миллионов людей, страдающих неизлечимыми заболеваниями.

По мнению ученых, человеческие эмбрионы, созданные с помощью клонирования, могут стать своеобразным резервуаром стволовых клеток. Эти клетки ценны тем, что генетически не запрограммированы только на воспроизведение себе подобных. Таким образом, по мере деления из стволовых клеток может получиться сразу нескольких типов различных клеток.

Уже несколько лет врачи используют стволовые клетки для восстановления любых поврежденных специализированных тканей организма (например, в результате болезни или несчастного случая).

Врачи с помощью стволовых клеток, полученных в результате клонирования, могут излечить, например, сахарный диабет первого типа, который развивается вследствие гибели специализированных бета-клеток поджелудочной железы. Данные клетки осуществляют синтез инсулина. Уже начались генетические исследования, направленные на пересадку в поджелудочную железу стволовых клеток, которые будут превращаться в полноценные бета-клетки.

Французские кардиологи, используя во время операции клонированные стволовые клетки, значительно продлили жизнь, казалось бы, безнадежного 72-летнего пациента, перенесшего обширный инфаркт миокарда.

Также с помощью пересадки стволовых клеток врачи надеются устранить травматические разрывы спинного мозга и залечить некротические участки сердечной мышцы, образовавшиеся после инфаркта.

Генетические опыты по пересадке стволовых клеток уже проводились на животных. Ученым удалось добиться положительных результатов более чем в 95 % экспериментов. Успешные опыты в данной сфере были также проведены врачами из США, Австралии, Бразилии, ФРГ и т. д. Японским ученым удалось разработать методику выращивания из человеческих стволовых клеток фрагментов роговицы глаза. Израильские врачи провели несколько успешных операций по пересадке стволовых клеток в поврежденные кровеносные сосуды.

В 1998 г. ученым впервые удалось выделить и искусственно размножить эмбриональные стволовые клетки человека. С тех пор работа многих лабораторий во всем мире направлена на создание целых колоний стволовых клеток. Большинство создают с помощью искусственного оплодотворения, в результате которого развиваются человеческие эмбрионы. Большое количество таких эмбрионов поступает из клиник по лечению бесплодия.

При трансплантации донорских органов существуют некоторые трудности. Например, некоторые органы могут быть отторгнуты иммунной системой человека. Долгое время врачи перед операцией подобного рода проводили специальную подготовку пациента, направленную на подавление его иммунитета. При использовании клонированных стволовых клеток такая проблема просто не возникнет. Организм должен полностью принять родные клетки, поэтому риск отторжения полностью отсутствует.

Как уже было сказано, организм полностью примет только родные стволовые клетки. При трансплантации чужих клонированных стволовых клеток (даже эмбриональных) риск отторжения возрастает.

Принимая во внимание все вышесказанное, можно сделать вывод, что терапевтическое клонирование – это создание эмбрионов по генетической «мерке» потенциального пациента.

Первый эксперимент по клонированию человеческих эмбрионов до стадии бластоцист попытались провести ученые биотехнологической компании Advanced Cell Technology. Им удалось ввести ядра в энуклеированные яйцеклетки и заставить их делиться. Однако эксперимент закончился не очень удачно, ученые не смогли вырастить клетки до стадии бластоцит.

Одна из пока нерешенных проблем клонирования – гибель не только клонированного эмбриона, но и самки, его вынашивавшей. В этих случаях беременность протекала всегда очень тяжело, с различными осложнениями.

Ученые Национального университета в Сеуле продолжили эксперименты с учетом наработок своих американских коллег. Их опыт оказался более успешным. Человеческий эмбрион достиг возраста 7 дней, то есть получилась полноценная бластоциста.

Ученые не стали останавливаться на достигнутом и провели еще целую серию генетических опытов. Результатом самого успешного из них оказалось получение 19 бластоцист из 66 клонированных яйцеклеток, то есть 29% удачных исходов.

Южнокорейским ученым удалось получить только одну колонию размножающихся стволовых клеток. Остальные несколько десятков опытов оказались неудачными – многие клонированные эмбрионы имели различные генетические дефекты.

Сторонники клонирования не скрывают, что, прежде чем будет достигнут 100%-ый успех, ученым придется преодолеть множество препятствий. Неизвестно, сколько десятков или сотен лет пройдет, прежде чем с уверенностью можно будет сказать, что клонирование не несет в себе никакой опасности.

### *Противники клонирования*

Несмотря на то, что пока еще официально не подтверждено существование клонированного человека, у этого явления нашлось множество противников. По мнению исследователей, до рождения первого клона еще очень далеко. Пока медицина не настолько развита, чтобы осуществить нечто подобное.

Тем не менее, в большинстве стран общественность настроена категорически против клонирования человека. Недавно Генеральная Ассамблея ООН одобрила декларацию, призывающую не допустить любые формы клонирования человека, «как несовместимые с человеческим достоинством и защитой человеческой жизни».

За утверждение этой декларации проголосовали 84 человека, 34 высказались против, а 37 воздержались. Радикально против продолжения генных разработок в области клонирования настроены США, страны Африки, Востока и Латинской Америки. Многие страны (Великобритания, Бельгия, Нидерланды, Китай, Южная Корея) решительно выступили против запрета на подобные исследования, но вместе с тем согласились слегка ограничить область подобных опытов. Например, некоторые из них поддерживают запрет на клонирование взрослого человека, но настаивают на экспериментах с клонированными эмбрионами. По их мнению, эти исследования способны революционизировать медицину, и поэтому полностью оправданы в этическом плане.

Сформировались две четкие позиции по отношению к проблеме клонирования человека:

- допустимо полное клонирование человека, вплоть до его рождения с целью наблюдений за его жизнью и развитием (репродуктивное клонирование);
- допустимо клонирование эмбрионов с целью последующей трансплантации органов (терапевтическое клонирование).

ООН выступает за запрет как клонирования человека с целью получения новой жизни, так и за запрет клонирования для медицинских целей.

По мнению специалистов Массачусетского университета в США, «...в будущем жизнь человека можно будет продлить до 200 лет». По их мнению, разработки в области клонирования вполне могут этому способствовать. Во всем мире в качестве этической нормы признана необходимость установления самых жестких запретов на репродуктивное клонирование человека. Многие люди считают клонирование не просто морально неприемлемым поступком, но даже преступлением. Несмотря на решительный настрой противников клонирования, подобные исследования вряд ли будут запрещены во всех странах мира. Наверняка останутся страны, для которых запрет клонирования будет не только ненужным, но и бессмысленным в силу, например, экономического состояния государства, другими словами, если у страны нет средств, чтобы проводить подобные эксперименты, то и запрещать их нет смысла.

Если продолжать проводить подобные опыты, генетические разработки в области клонирования вскоре могут предоставить колоссальные возможности агрессивным государствам, а также террористическим и преступным сообществам. Технологию клонирования не удастся сохранить в тайне, рано или поздно она станет доступна повсеместно....

Грегори Сток о клонировании: «Заявления, что, запрещая такие исследования, мы защищаем мораль и нравственность и спасаем мир от грядущих проблем, не выдерживают критики. Хранители нравственности своими действиями лишают надежды и обрекают на смерть миллионы людей, которые живут сегодня». По мнению ученого, меры против генетических исследований основаны на необоснованных страхах и предрассудках.

Френсис Фукуяма также рассуждает о том, что в будущем мир может подвергнуться бесконечной тирании. По его мнению, многие авторитарные государства часто рушатся именно после смерти диктатора. Естественно, многие лидеры захотят клонировать себя, чтобы попытаться увековечить личную власть.

Философ считает, что сейчас в мире много воинствующих государств, лидеры которых мечтают поработить другие страны. Незатихающие террористические атаки приводят в ужас население всей планеты. Страшно подумать, что может случиться, если посредством клонирования такие государства смогут создавать целые армии клонов, обладающих пониженным интеллектом, и затевать новые войны. Подобная ситуация может стать началом конца для всего живого на Земле.

Самый ярый противник клонирования среди стран, США, подключили к борьбе против генетических исследований подобного рода социологические службы по всей стране. Были проведены массовые опросы среди населения. Например, опрос газеты «Los Angeles Times» показал, что против клонирования выступает 84% опрошенных. Опрос службы Gallup показал, что 86 % считают, что клонирование должно быть признано незаконным в США. Опрос Pew Research Center for the People & the Press показал, что населения США считают попытки клонирования аморальными.

### *Клонирование человека: этические проблемы*

Принципиальная возможность клонирования человека вызвала бурное обсуждение во всем мире. С одной стороны появились горячие поклонники клонирования (вплоть до создания религиозных сект), видящие в нем возможность улучшения человеческой природы, достижения бессмертия или, по крайней мере, радикальный метод борьбы с болезнями. С другой стороны, еще более многочисленны голоса решительных противников всяких попыток клонирования человека. Традиционно консервативную позицию, занимают, в частности, представители ведущих религий.

Во многом, споры вокруг проблемы связаны с распространенной в обществе генетической безграмотностью. Опросы, проведенные в США, показали, что значительное число американцев боится создания «армий клонов», «выведения супер расы». Есть люди, которые искренне считают, что с помощью клонирования можно в буквальном смысле возродить умерших людей и т.д. Но даже если оставить в стороне явные заблуждения, а также апелляции к религиозным чувствам, которые разделяют далеко не все, все равно остаются реальные этические проблемы.

Репродуктивное клонирование вызывает следующие возражения:

- крайне низкая результативность клонирования, высокая летальность среди клонов делают попытки клонирования человека этически неприемлемыми вплоть до усовершенствования методики до приемлемого уровня безопасности для клона.

- неизвестно, как будет влиять на развитие человека и структуру общества новый тип семейных отношений, который может сложиться в связи с распространением клонирования.
- предполагают, что клоны будут испытывать проблемы со становлением личностного самосознания, с интеграцией в человеческое общество.
- клонирование ограничивает генетическое разнообразие человека.

Терапевтическое клонирование вызывает вопросы в связи с технологией его проведения. В настоящее время реально осуществима только технология клонирования, предполагающая выращивание клона до определенного предела *in vivo*. Естественно, к человеку это не применимо – женщина не может рассматриваться как инкубатор терапевтического материала. Эта проблема решается разработкой оборудования для выращивания зародыша *in vitro*. Однако, остается проблема «убийства» зародыша. С каких пор зародыш становится человеком? Существует мнение, что новый человек возникает в момент зачатия (в случае клона – в момент пересадки ядра). В этом случае использование зародыша для выращивания трансплантатов недопустимо. На это возражают, что до определенного периода зародыш представляет лишь скопище клеток, но никак не человеческую личность. Для преодоления этой проблемы ученые пытаются начать работу с зародышем как можно раньше.

Констатируем, что отношение общества к репродуктивному клонированию в целом отрицательное. Во всех странах, где уже разработано законодательство по клонированию, репродуктивное клонирование запрещено. Однако остается немало государств, не регулирующих вопросы клонирования, чем и пользуются научные авантюристы, пытающиеся (или делающие вид, что пытаются) клонировать человека.

К терапевтическому клонированию отношение более мягкое, что, видимо, вызвано его большей ценностью. Если трудно представить практическое применение репродуктивного клонирования (разве, что случаи бесплодия с невозможностью искусственного оплодотворения), то значение терапевтического клонирования несомненно. Так, в Великобритании терапевтическое клонирование официально разрешено. При этом жестко ограничивается возраст эмбриона, с которым можно вести работу (в Британии – не более 10 недель).

Прогноз от нобелевского лауреата по медицине за 2012 г. Джона Гердона «за работы в области биологии развития и получения индуцированных стволовых клеток».

«Если техника клонирования будет осуществляться с исключительной точностью, – уверяет Джон Гердон, – то клонирование человеческого существа станет приемлемым с этической точки зрения во всем мире. – Достаточно будет иметь материнскую яйцеклетку и некоторое количество клеток эпителия умершего ребенка, чтобы создать клон.

Нобелевский лауреат отмечает, что через 50 лет речь может идти о реальном сценарии.

Вообще, клонирование человека – это самый спорный вопрос из всех обсуждаемых генетиками сегодня с этической точки зрения. Овечка Долли надежды не оправдала: она умерла больной. Но технология производства клонов тихо и незаметно развивается. По прогнозам футурологов, вполне возможно, что вскоре появятся и первые человеческие клоны, и первые клонированные органы, которые, однако, пока будут доступны только избранным.

Остальные же будут довольствоваться не менее изысканным «блюдом» от генетики: моделированием эмбрионов. Родители смогут сами выбирать внешность, характер и способности своего будущего ребенка, правда, наличия гениальности ученые не обещают.

Сегодня это считается одним из самых перспективных и самых пугающих направлений генетики: многие ли родители согласятся на «конструирование» своего чада? Ведь генетически спроектированных детишек трудно будет назвать своими кровными наследниками: ребенок наследует от отца с матерью почти 90% генов, а дети будущего станут скорее детьми генетики, чем своих родителей.

### *Заключение*

Итак, клонирование – это хорошо или плохо? Невозможно прийти к одному выводу. У каждого человека свое мнение на этот счет.

Ученым необходимо, чтобы наука развивалась дальше. Они будут ставить свои опыты, даже несмотря на запреты.

Медики выступают за терапевтическое клонирование – ведь это поможет оказать реальную помощь человеку и спасти ему жизнь.

Представители почти всех конфессий против клонирования вообще, т.к. они утверждают, что человек не может творить подобно Богу.

Общественное мнение направлено в основном тоже против бездумного клонирования всего и вся.

Политики многих стран издали моратории и законопроекты, запрещающие деятельность по клонированию, по крайней мере, в отношении человека.

Хотя и очень медленно, запрет клонирования человека получает всё большее распространение в различных странах мира и на международном уровне. Сегодня этой проблемой обеспокоены почему-то только развитые страны, хотя проблема клонирования – проблема не только развитого мира.

Большинство ученых сходятся на том, что попытки создать клон человека опасны и сомнительны с моральной точки зрения.

Я считаю, что наука, конечно, должна развиваться, но биоэтические принципы должны быть обязательно соблюдены. Все достижения науки должны быть использованы во благо человека.

## **Стандартизация и проблема индивидуальности в современной медицине**

*Яковлева П.Н.*

Одной из черт современной, в том числе, российской медицины является тенденция к стандартизации. Это одно из активно развиваемых руководителями отрасли направлений. В общепринятом смысле стандарт:

1. образец, которому должно соответствовать, удовлетворять что-нибудь по своим признакам, свойствам, качествам, а также документ, содержащий в себе соответствующие сведения (офиц.).
2. ед. нечто шаблонное, трафаретное, не заключающее в себе ничего оригинального, творческого [5].

Более узкий подход определяет это понятие так: Медицинским стандартом называется система знаний, умений, навыков и условий, определяющих возможность выполнения определенного вида медицинской деятельности.

Медицинские стандарты подразделяются:

1. в зависимости от административно-территориального деления:
  - государственные (для РФ в целом);
  - территориальные (для краев, областей и городов Москвы и Санкт-Петербурга);
  - международные (ВОЗ)
2. по профессиональному принципу:
  - диагностические;
  - лечебно-технологические;
  - стандарты качества лечения;
  - медико-экономические;
  - медико-технологические;
  - научно-медицинские стандарты;
  - профессиональные стандарты [6].

Можно также разделить их на требования к образованию медицинских работников, оснащению учреждений, оборудованию, безопасности и т.д., а также сложное понятие стандарта качества, которые включают в себя все выше перечисленное. Последние годы ведется разработка порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при конкретных заболеваниях и состояниях [4].

Не вдаваясь в экономические и юридические формальности, и не претендуя на всесторонний охват проблемы, попытаемся взглянуть на эту ситуацию с морально-этической точки зрения обычного практикующего врача на примере автора статьи.

Безусловно, первично обозначенной целью введения различных стандартов является повышение качества предоставляемой медицинской помощи. В послании к Федеральному собранию РФ 26.05.2004 г. президент РФ В.В. Путин указал, что разработка стандартов медицинской помощи является одним из важнейших направлений развития здравоохранения – «...гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. ...стандарты должны действовать в каждом населенном пункте Российской Федерации...» [2]. Как известно, субъекты Российской Федерации сильно различаются по уровню жизни и затратам на здравоохранение. Соответственно, любой обратившийся за медицинской помощью, может рассчитывать на ее оказание на уровне, утвержденным государством для всех его граждан. Введение унификации призвано защитить пациентов не только от некачественного оказания медицинской помощи в силу различных социально-экономических факторов, недостаточной грамотности и квалификации персонала, но и, не исключая, от вреда в силу недостатков личных, моральных качеств, деонтологических нарушений и др. (как например, пренебрежительность, невнимание, субъективизм в отношении пациента вследствие особенностей его характера, поведения, религиозной, национальной принадлежности и т.п.). Стандарты публикуются, они общедоступны; пациент, его родственники могут ознакомиться с ними и сравнить с оказываемой им услугой.

Первое возражение, которое возникает, – противоречие данного подхода унификации классическому постулату о том, что лечить надо «больного, а не болезнь». В утверждаемых же стандартах предлагается «модель пациента». Здесь хочется упомянуть также, что стандартизация как деятельность по установлению правил и характеристик в целях их добровольного многократного использования, направленная на достижение упорядоченности в сфере производства и обращения продукции и повышение конкурентоспособности продукции, работ и услуг ведется и на основании Федерального закона от 27.12.02 №184-ФЗ «О техническом регулировании» [1] А ведь речь идет о сфере взаимодействия «человек-человек». Мне, оказавшись пациентом, не хотелось бы быть подвергнутой процедурам и вмешательствам согласно «техническому регламенту», думаю, как и любому другому человеку.

Но и с позиции врача я не могу изменить свой подход к пациенту на подобный механистический, трафаретный, усредненный. Где же найти место для учета сопутствующей патологии, психологического состояния, культурно-образовательного уровня, религиозных убеждений и множества других факторов – биологических, социальных, личностных? Индивидуальный подход к пациенту, проповедуемый во все времена в медицине перестает быть нормой? Такой подход сложно поддается контролю со стороны, он, в большей степени, предполагает высокий уровень знаний и квалификации, а также этики врача. Тогда как предписанный заранее стандарт уменьшает персональную ответственность, позволяя не раздумывать и уменьшая необходимость самостоятельного принятия решений. Но показателем качества можно считать комфорт пациента в процессе диагностики и лечения (физический, психологический и т.д.) и по конечному результату, т.е., состоянию здоровья. (В связи с этим вспоминается известный исторический факт, что китайские придворные врачи получали жалованье только, когда император был здоров, и выплаты прекращались в случае его болезни до выздоровления; может, здесь поискать пути к улучшению состояния медицины и здоровья России?).

В дальнейшем развитии идеи стандартного подхода, доведении ее до степени антиутопии, можно представить себе деятельность врача как выдачу предуготовленных листков с рекомендациями, основанной лишь на указанном коде заболевания (в настоящее время используется код МКБ, который включает всего 5 знаков, в которых зашифрована минимально достаточная информация о заболевании или состоянии пациента), да и не нужен здесь врач-человек, этот процесс может быть и роботизирован. Или каждый человек, пройдя набор тестов, получив сосчитанный компьютером код, может самостоятельно использовать подобные рекомендации.

Конечно, это пессимизм и преувеличение. Общество и государство нуждается в механизмах контроля, особенно такой важнейшей сферы как охрана жизни и здоровья человека. Необходимо стремление к повышению качества, уровня помощи, требований к медицинским работникам и системе в целом. Естественным образом контроль и регулирование связаны с ограничениями. Но медицина не может быть идеально вписана в законы экономики или математики. Она по природе своей гуманитарная наука, посвященная человеку, и применение технологизированного подхода противоречит этой природе. Устраняется фактор личности, как со стороны врача, так и пациента, медицина рискует быть «обезличенной».

В Российской Федерации провозглашено, что «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью» [3], и именно понятие «человек» вынесено на первое место, что требует в борьбе за права человека, не умалить ценность самого человека и человечности.

## *Литература*

1. Воробьев П.А. Национальные стандарты в здравоохранении: перспективы разработки и внедрения / П.А. Воробьев, В.И. Кисина // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. - №1. – С.8-10.
2. Грачёва А.С. Стандартизация медицинской помощи как часть системы управления качеством в здравоохранении / А. С. Грачёва // Вестник Росздравнадзора. – 2010. - №5. – С.16-21.
3. Конституция Российской Федерации: принята всенар. голосованием 12 дек. 1993г.– М.: Юрид. лит., 2000.– 61с.
4. Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.: приказ Минздравсоцразвития России от 11 августа 2008г №410н // Российская газета. - 2008. – 10 октября. - №213
5. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – М.: Русский язык, 1990. – 921с.
6. О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации (вместе с временным положением «О медицинских стандартах (нормативах) в системе медицинского страхования»): приказ МЗ РСФСР от 16 октября 1992 №277 . – Электрон. дан. - режим доступа : [http://www.rspor.ru/mods/norm\\_doc/mz277\\_92.pdf](http://www.rspor.ru/mods/norm_doc/mz277_92.pdf)

## **Нозокомиальные инфекции: определение, эпидемиология, актуальность и пути решения**

*Гайфутдинов Е.А.*

Все живые существа, составляющие биосферу Земли, неизбежно обречены на контакты и взаимодействие между собой.

Одним из вариантов такого взаимодействия являются инфекционные заболевания у людей, возникающие из-за контакта микроорганизмов и человека. Наиболее актуальной для мирового здравоохранения разновидностью такого взаимодействия является появление инфекции во время нахождения человека в стационаре.

*Определение:* нозокомиальные (внутрибольничные) инфекции (НИ) — это инфекции, возникающие у госпитализированных пациентов после 48 часов лечения в стационаре, признаков которых не было на момент поступления и при этом пациенты не находились в инкубационном периоде инфекции.

Таким образом, получается, что человек, госпитализирующийся по той или иной причине в стационар, не застрахован от того, что при нахождении на стационарном лечении он не заболеет нозокомиальной инфекцией. Не редки случаи, когда пациент с тяжелой внебольничной пневмонией госпитализируется в палату интенсивной терапии и, учитывая явления дыхательной недостаточности, ему проводится протезирование дыхательной функции с помощью аппарата искусственной вентиляции легких. И через какое-то время у пациента появляется вентилятор-ассоциированная пневмония. Другим примером может служить возникновение катетер-ассоциированной инфекцией кровотока у пациента находящегося на гемодиализе, ввиду инфицирования девайса с помощью которого проводится тот самый жизнеспасаящий метод замещения почечной дисфункции.

Проблема внутрибольничных инфекций отнесена ВОЗ к одной из наиболее актуальных и приоритетных, требующих для решения как медицинских, так и социально-экономических мер, поскольку присоединение нозокомиальных инфекций к основному заболеванию нередко сводит на нет результаты лечения, увеличивает длительность пребывания больного в стационаре, повышает расходы на лечение и летальность, способствует повышению резистентности микроорганизмов к химиопрепаратам и антибиотикам, приводит к стрессу пациента и его семью. Риск развития НИ зависит от факторов, связанных с инфекционным агентом (вирулентности, способности сохраняться во внешней среде, резистентности к дезинфектантам и лекарственным средствам) пациентам (пожилой возраст, низкий вес при рождении у ребенка, сопутствующие заболевания, иммуносупрессия, пониженное питание), окружения (пребывание в палате интенсивной терапии, продолжительности госпитализации, инвазивных вмешательств), предшествующая антибиотикотерапия.

НИ возникли на заре появления первых лечебных учреждений, становились все более сложные и важные проблемы медицины. Инфекционные заболевания, связанные с различными вмешательствами и манипуляциями, возникли тогда, когда появились люди, занимающиеся лечением, а инфекционные заболевания в больницах – с тех пор, как стали формироваться принципы госпитального лечения и лечебные учреждения. Сейчас можно только предполагать, какой урон наносили в госпитальных условиях ятрогенные (возникшие в результате врачебных вмешательств) инфекции, главным образом гнойно-септической природы и обычные инфекционные заболевания в древности, в средние века, в добактериологическую эру.

О наличии этих инфекций в мире известно давно, еще отечественный хирург Пирогов Н.И. следующее сказал о них: «Если я оглянусь на кладбище, где схоронены зараженные в госпиталях, то не знаю, чему больше удивляться: стоицизму ли хирургов или доверию, которым продолжают пользоваться госпитали у правительства и общества. Можно ли ожидать истинного прогресса, пока врачи и правительства не выступят на новый путь и не примутся общими силами уничтожать источники госпитальных миазм».

Несомненно, к сегодняшнему дню достигнут значительный прогресс. Прежде всего выявлена бактериальная природа «госпитальных миазм» и сложились представления о патогенезе инфекционных болезней. В их формировании можно выделить несколько ключевых моментов. В XVI веке Джироламо Фракасторо, сформулировал гипотезу о «контагиуме» и «контагиозных» болезнях как процессе взаимодействия невидимых частиц и организма хозяина. В XVII веке Антон ванн Левенгук описал мельчайшие живые существа, видимые только в микроскоп, но не связывал их с развитием болезней. Особенно плодотворным оказался XIX век, когда Пастер заложил основы научной микробиологии, а практические врачи Земмельвейс и Листер показали, что развитие большинства госпитальных хирургических инфекций может быть успешно предотвращено в результате применения антисептических веществ.

Но большая актуальность этих инфекций значительно возросла во второй половине 20 века, что по времени совпало с появлением антибиотиков, с развитием анестезиологии и реаниматологии, со значительным расширением возможностей хирургического лечения и внедрением новых инвазивных методов диагностики и лечения. Социальным аспектом внутрибольничных инфекций является рост летальности и дополнительные экономические потери, связанные с ними. Мировым медицинским сообществом направлены значительные усилия на разработку мер по ограничению распространения, совершенствованию диагностики и лечения этих инфекций. Одной из важнейших особенностей нозокомиальных

инфекций являются возбудители, отличающиеся своей устойчивостью к антибактериальным препаратам, которые традиционно применяются для лечения аналогичных инфекций, вызванных внебольничной флорой. К настоящему времени выделяется более 30 нозологических форм нозокомиальных инфекций, однако наибольшую угрозу для жизни представляют нозокомиальная пневмония (НП), особенно связанная с применением искусственной вентиляции легких и ангиогенных (тяжелый сепсис, септический шок) инфекций.

В минувшем столетии в связи с бурным научно-техническим прогрессом и созданием крупных больничных комплексов с колоссальной концентрацией на ограниченной площади лиц со сниженным иммунным статусом появились благоприятные условия для перекрестных заражений и формирования госпитальных штаммов возбудителей. Появлению возбудителей с множественной лекарственной устойчивостью способствовало и широкое, подчас бесконтрольное применение антибиотиков и химиопрепаратов. Нозокомиальные инфекции в последние десятилетия стали проблемой не отдельных клиник, регионов или стран. Данные инфекции стали проблемой развивающихся и развитых стран, это проблема мирового масштаба.

Получается, что эти невидимые глазом существа (микроорганизмы) привлекают огромное внимание человечества, они стали не просто общегосударственной проблемой одного государства, а проблемой всего мирового сообщества. Ради них, а точнее для изучения их и методов противостояния с ними создаются ассоциации, школы, научно-исследовательские институты, организовываются международные исследования, разрабатываются и апробируются новые антиинфекционные препараты, требующие много времени и сил, вложения миллиардов долларов. Ежегодно организуются международные съезды, секции, собираются ведущие эксперты от каждой страны, считающие необходимостью развитие разработок противостояния НИ, разрабатываются консенсусные решения и рекомендации для внедрения их в ежедневную клиническую практику специалистов, сталкивающихся с НИ.

К сожалению, в отечественном здравоохранении либо отсутствует статистика нозокомиальных инфекций, либо она не является отражением существующей сегодняшней действительности. Но, например, в США ежегодно регистрируется порядка 2 миллионов случаев нозокомиальных инфекций, где около 90 тысяч человек погибает, а экономический ущерб для государства составляет порядка 5 миллиардов долларов. Основными причинами смерти являются нозокомиальные пневмонии (34 тысячи) и ангиогенные инфекции (25 тысяч). Если рассмотреть эпидемиологию нозокомиальных инфекций, то 40% составляют больные отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), хотя они составляют всего

8% всей структуры госпитализированных. Таким образом, распространенность нозокомиальных инфекций в ОРИТ в 8-10 раз выше, чем в других отделениях стационара. А само по себе нахождение пациента в ОРИТ связано с большими экономическими затратами, то есть сутки пребывания крайне тяжелого пациента составляет порядка 2 тысяч долларов в сутки и тяжелых около 500 долларов.

Почему так? Отделения реанимации и интенсивной терапии оказываются наиболее актуальными отделениями с точки зрения появления резистентности флоры к антимикробным препаратам (АМП). В первую очередь, это связано с большой концентрацией пациентов, находящихся в критическом состоянии в ОРИТ, которым требуется проведение высоко затратных методов протезирования нефункционирующих или недостаточно функционирующих органов и систем. Во-вторых, происходит постоянное развитие отдельных областей здравоохранения. Улучшается техническое состояние хирургического оборудования, растет квалификация узких специалистов и увеличиваются объемы оперативных вмешательств (пересадки сердца, печени, легких, обширные онкологические вмешательства). В-третьих, увеличивается количество пациентов в неотложной хирургии с тяжелой сопутствующей патологией (наличие ИБС и АКШ в анамнезе). Все это приводит к увеличению потока больных через ОРИТ, длительности пребывания и восстановительного периода. В свою очередь, растет квалификация реаниматологов, улучшается техническое состояние ОРИТ и это тоже приводит к пролонгированию протезирования отдельных органов и систем и тем самым к длительности пребывания в ОРИТ.

В течение тысячелетий человечество было подвержено инфекционным заболеваниям, которые уносили миллионы жизней и были основной причиной смерти. В 1929 году английский микробиолог А. Флеминг открыл первый антибиотик – пенициллин. Это стало одним из самых выдающихся открытий XX века. Началась новая эра в биологии и медицине – эра антибиотиков. С 40-х годов лекарственные препараты, убивающие и препятствующие росту микроорганизмов, широко вошли в медицинскую практику. Способность антибиотиков успешно бороться с инфекционными заболеваниями, ранее считавшихся смертельно опасными, была воспринята как панацея. Однако, вскоре после начала использования антибиотиков медики столкнулись с проблемой антибиотикорезистентности – стали появляться бактерии, нечувствительные к их действию. К сожалению, с каждым годом число антибиотикоустойчивых микроорганизмов неуклонно растёт. Во многом это связано с тем, что забывая об осторожности, многие люди применяют по собственному усмотрению антибиотики.

Антибиотики – вещества, избирательно угнетающие жизнедеятельность микроорганизмов. Под избирательным действием понимают активность только в отношении микроорганизмов при сохранении жизнеспособности клеток хозяина и действие не на все, а на определенные роды и виды микроорганизмов.

Все антибиотики, несмотря на различия химической структуры и механизма действия, объединяет ряд уникальных качеств.

Во-первых, уникальность антибиотиков заключается в том, что, в отличие от большинства других лекарственных средств, их мишень-рецептор находится не в тканях человека, а в клетке микроорганизма. Во-вторых, активность антибиотиков не является постоянной, а снижается со временем, что обусловлено формированием лекарственной устойчивости (резистентности). Антибиотикорезистентность является неизбежным биологическим явлением, и предотвратить ее практически невозможно. В-третьих, антибиотикорезистентные микроорганизмы представляют опасность не только для пациента, у которого они были выделены, но и для многих других людей, даже разделенных временем и пространством. Поэтому борьба с антибиотикорезистентностью в настоящее время приобрела глобальные масштабы.

Несмотря на многие общие черты, объединяющие антибактериальные препараты, при их назначении следует учитывать особенности каждого лекарственного средства и результаты их клинического применения, полученные в хорошо контролируемых клинических испытаниях.

Рядом зарубежных и отечественных специалистов отмечается следующий феномен «NO ESCAPE», характеризующий неизбежность столкновения общества в стационарах с возбудителями НИ, обладающих полирезистентностью (multi-drug resistant): *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* and *Enterobacter*.

Антимикробные средства являются важнейшим компонентом комплексной терапии сепсиса. В последние годы были получены убедительные данные, что ранняя, адекватная эмпирическая терапия приводит к снижению летальности и частоты осложнений. Но данные средства не являются панацеей, так как во многих случаях успешное лечение инфекций предполагает своевременное, адекватное хирургическое вмешательство, использование симптоматической терапии. Более того, следует осознавать, что в борьбе с микроорганизмами, имеющими высокие адаптационные возможности, макроорганизм никогда не будет абсолютным победителем. Поэтому следует стремиться к рациональному, осмысленному и мудрому применению имеющегося арсенала антибио-

тиков. Следует признать эволюционную смену отношений грамм «+» и «-» микроорганизмов. В последние 5-10 лет идет увеличение доли грамм «-» бактерий. Сегодня каждому специалисту нужно знать «своих» возбудителей НИ и «свою» антибиотикорезистентность.

На сегодняшний день мировое сообщество столкнулось еще с одной проблемой – уменьшения внедрения в клиническую практику новых антибиотиков. Одной из причин данной тенденции, может быть, снижение заинтересованности фармацевтических компаний в изобретении и внедрении новых АМП. Это связано с рискованными финансовыми инвестициями в их создание, и отсутствие гарантии получения прибыли от них. Ведь, никто не может предвидеть «длительность жизни» нового антибиотика в практическом здравоохранении, например 2-3 года или 10-15 лет, учитывая прогрессирование развития антибиотикорезистентности. А инвестиции могут составлять несколько миллиардов долларов. Особенностью России от других стран является наличие на рынке огромного количества неоригинальных антибиотиков с недостаточно известным качеством и эффективностью.

### *Пути решения проблем*

Поэтому для практического здравоохранения приоритетной задачей служит рациональное использование существующего арсенала АМП.

#### ЧТО ТАКОЕ РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ВЫБОРА АМП?

- Необходимо ли назначить антибиотик
- Выбор оптимального препарата
- Выбор режима дозирования и пути введения
- Длительность терапии

Т.е. нужно назначать антибиотик по четким показаниям с документальным обоснованием, определить дозировку, режим и путь введения АМП, ежедневно у постели пациента обсуждать об эффективности проводимой терапии, необходимости продолжения проведения антибиотикотерапии. Необходимо избегать необоснованной или чрезмерной антибиотикопрофилактики, т.к. это является фактором риска развития резистентности. Не стоит бояться коротких курсов АБТ. Нужно помнить, что антибиотики нарушают биоценоз, экологию и «помогают» выживать устойчивым микроорганизмам. Если необходимо назначение АМП, то нужна ранняя адекватная стартовая терапия. Последствиями неадекватной терапии служат увеличение длительности госпитализации и летальности, затрат на лечение.

Необходимо создание внутрибольничных формуляров АМП, для ограничения закупок сходных антибиотиков, ограничения использования препаратов с недоказанной эффективностью, ограничение назначения антибиотиков без обоснованных показаний, уменьшение неадекватного применения антибиотиков.

Нужно постоянно совершенствовать профилактику управляемых факторов: правильную организацию мытья рук, внедрение фартуков для каждого пациента на ИВЛ, санацию стафилококкового носительства, изоляцию пациентов с ГИ, вызванными полирезистентными микроорганизмами, ограничению трансфузии компонентов крови и использование эритроцитарной массы.

### *Заключение*

Рост резистентности к АМП является важнейшей проблемой на пути эффективного клинического применения АМП. Сложность сохранения равновесия между необходимостью проведения адекватной АБТ и ограничением роста резистентности флоры диктуют необходимость поиска новых подходов к стратегии применения АБ. Несмотря на то, что новые АМП расширяют возможности лечения, их создание может не успевать за ростом резистентности флоры. Если в отношении актуальных грамположительных возбудителей в настоящее время имеются препараты, способные решать все проблемы резистентности, в отношении актуальных грамотрицательных бактерий таких препаратов нет. Это еще раз подчеркивает важность стратегического мышления при применении АМП в клинических условиях, способного привести к соблюдению баланса между эффективностью их применения и ограничением роста резистентности возбудителей.

### *Литература*

1. Ефименко Н.А., Гучев И.А., Сидоренко С.В. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика: монография. Смоленск, 2004. - С. 11.
2. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция, лечение. Медицинское информационное агентство. Москва, 2011. – С. 68.

## **Знакомьтесь, вакцинация!**

*Трофимова Ю. Ю.*

*«Неправда летит, а правда, хромая, приходит за ней; так что, когда заблуждение у людей рассеивается, бывает слишком поздно: шутка кончилась, а у сплетни уже есть свой результат»*

Джонатан Свифт

### *История вакцинации*

Действенность вакцинации была впервые обнаружена народной медициной. С древних времён в Индии и Китае практиковалась инокуляция – прививание жидкостью из пузырьков больных лёгкой формой оспы. В Англии существовала примета, что доярки, переболевшие коровьей оспой (которая является неопасным заболеванием), никогда не заболевают натуральной оспой (которая в своё время была бичом человечества, вызывая массовые смертоносные эпидемии). Вакцинацию впервые провел английский врач Эдвард Дженнер. Э. Дженнер был единственным врачом на всю округу, ему приходилось наблюдать смерть от оспы, в борьбе с которой и он, и его коллеги были совершенно бессильны. Внимание доктора привлекло бытующее среди местного населения убеждение о том, что люди, переболевшие коровьей оспой, которая протекает сравнительно легко, становятся невосприимчивыми к натуральной оспе или переносят ее намного легче. Продолжая свои наблюдения за случаями заболеваний оспой людей и животных, сопоставляя и тщательно обдумывая их, Э. Дженнер пришел к мысли о том, что можно искусственно заразить человека именно коровьей оспой и тем самым предотвратить натуральную. После 26 лет работы над своими идеями Э. Дженнер привил коровью оспу восьмилетнему мальчику Джеймсу Фиппсу, используя для этого жидкость из пустулы на руке доярки, болевшей коровьей оспой. После прививки мальчик переболел коровьей оспой, а спустя 6 недель был инфицирован материалом, взятым у больного натуральной оспой. Через несколько месяцев ему сделали вторую прививку от натуральной оспы, спустя 5 лет – третью. Натуральная оспа так и не развилась. После удачного эксперимента иммунопрофилактика натуральной оспы широко распространилась по всей округе. Благодаря Э. Дженнеру это заболевание стало первым, которое удалось победить с помощью вакцинации.

В 1853 г. при открытии памятника Э. Дженнеру в Лондоне принц Альберт сказал: «Ни один врач не спас жизнь такому большому количеству людей, как этот человек». Однако в то время возможности этого метода были ограничены, так как он был основан на случайности, заключающейся в существовании в природе двух родственных болезней разной силы.

Лишь сто лет спустя французскому микробиологу Луи Пастеру удалось целенаправленно ослабить болезнетворность возбудителей других заболеваний и приготовить из них препараты для прививок. В 1881 он создал прививку против сибирской язвы, а в 1885 – против бешенства. Именно Пастер предложил называть такие препараты вакцинами, а процедуру их применения – вакцинацией (от латинского «вакка», что означает «корова»).

### *Причины противоречивого отношения к вакцинации*

К сожалению, негативное отношение к вакцинации встречается, в том числе и среди врачей, в частности педиатров, в чьи должностные обязанности входит ответственное решение об отводе от календарной вакцинации. Выявлен ряд общих для педиатров причин негативного отношения к вакцинации, а также ряд специфических влияний, связанных особенностями медицинской мысли и административной системы. Надо сказать, что большинство врачей имеет хорошие базальные знания о вакцинах и вакцинации, но им подчас не хватает современного иммунологического кругозора.

Из «биологических» причин недоверия к вакцинам следует отметить искаженное представление о сущности иммунного ответа на прививки – часто дело представляется таким образом, что прививка – это весьма серьезное иммунологическое вмешательство. При этом не учитывается, что иммунная система ребенка постоянно сталкивается с множеством антигенов и вырабатывает к каждому из них адекватный ответ. Преувеличение опасностей, связанных с введением антигенов как инактивированных, так и живых, заставляет врачей не только неоправданно откладывать при реконвалесценции от нетяжелых заболеваний, но и затрудняет одновременное применение нескольких вакцин. В отечественной педиатрии все еще широко используется понятие «реактивность ребенка» – он призван обозначать полноценность ответа на внешние стимулы. Использование этого понятия («сниженная реактивность») создает предпосылки для отвода от прививки, если врач считает, что реактивность ребенка снижена по причине перенесенного заболевания,

неблагоприятных влияний во время беременности и родов, неполноценного питания, влияний климата, экологии и т.д. Этот подход нашел сомнительное подтверждение в методах исследования иммунной системы: по стране проводится огромное число исследований иммуноглобулинов, Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций с тем, чтобы доказать снижение иммунитета. При выявлении отклонений в этих показателях – в большинстве своем как следствие фазовых изменений после болезни – ставится диагноз «вторичного иммунодефицита» и дается отвод от прививок. Эти дети не имеют никаких признаков или клинических проявлений иммунодефицита. Их лечат иммуномодуляторами (чаще всего достаточно безвредными), а прививают лишь после «нормализации» показателей! И хотя лечение обычно безвредно, такой подход оттягивает проведение прививок и, главное, дает повод врачам считать прививки опасными, а наших детей – «больными», «гипореактивными», «иммунодефицитными» или, в крайнем случае, «ослабленными».

Существенна роль и *организационно-правовых факторов*. В нашей системе здравоохранения участковый педиатр отвечает за здоровье ребенка, тогда как в большинстве других стран ответственность охватывает лишь действия (или бездействие) врача. Ведь ребенок находится под непосредственным контролем родителей, на его здоровье отражаются многие социальные и экономические воздействия. Врач поэтому стремится защитить ребенка от непосредственной угрозы здоровью, в качестве которой часто выступает прививка. За развитие дифтерии или коклюша в случае неоправданного отвода ребенка от прививки педиатр ответственности практически не несет.

*Психологические причины* играют не меньшую роль в выработке отношения педиатров к вакцинопрофилактике, чем биологические или организационно-правовые. Всех нас учили незыблемости принципа «Не навреди», и мы его усвоили, по крайней в той части, которая касается прививок. (Я не буду касаться многих ситуаций, в которых этот принцип не выдерживается в угоду перестраховке - достаточно лишь вспомнить огромное количество антибиотиков, назначаемых просто на всякий случай при вирусных ОРЗ и ОКЗ). В действительность, врач испытывает стресс при введении здоровому ребенку вакцины, которая не лишена риска развития осложнений. Это особая ситуация - ведь когда мы вводим тяжело больному небезопасное лекарство, мы идем на риск перед угрозой болезни. А вот соотношение «польза - риск» при вакцинации очевидна далеко не всем - тем более, что современные врачи не видят полиомиелита и столбняка, редко видят корь и коклюш, по крайней мере, тяжелый, да и дифтерию в условиях текущей эпидемии видит далеко не каждый. Другая

психологическая проблема – это четкое определение границ ответственности всех участников иммунопрофилактики - от производителя вакцины до вводящего вакцину, включительно. Педиатр должен знать, что он не отвечает за индивидуальные реакции ребенка на вакцины. В отсутствие четкого понимания такого положения и соответствующего законодательства, врач боится стать «козлом отпущения», что, надо сказать, нередко и происходит. Ощущение педиатром неразделенной вины и ответственности при наступлении неблагоприятного события после введения вакцины является важным психологическим барьером к повышению охвата вакцинацией и улучшения эпидемиологической ситуации по прививаемым инфекциям.

### *Мифы и правда о вакцинации*

Вакцинации уже больше 200 лет, а если считать и оспопрививание, то срок этот надо увеличить многократно. Но и сейчас, как и раньше, эта профилактическая мера порождает у многих страхи и опасения, во многом связываемые с вмешательством в жизнедеятельности здорового организма, когда как в случае болезни лечебные меры, даже весьма опасные, таких страхов не вызывают. И хотя такое отношение к прививкам по своей природе иррационально (вред от ослабленного или убитого возбудителя всегда меньше, чем от убитого), переубеждать в этом приходилось подчас далеко не стандартными методами. Примером служит Екатерина II, которая подвергла публичной вариоляции себя и сына Павла. Синод Русской Православной Церкви в 1805 г. в специальном постановлении подтвердил приемлемость и желательность оспопрививания для верующих.

Опасения связаны с сообщениями об осложнениях после вакцинации, хотя развитие тяжелого заболевания в поствакцинальном периоде чаще всего не связано с вакцинацией, а представляет собой совпадение двух событий по времени. Но для пострадавших и, особенно, противников вакцинации такое событие служит поводом для обвинений и, к сожалению, они охотно подхватываются СМИ, которые ценят сенсации. Уже после первых опытов Э. Дженнера в английской прессе появились пророчества о том, что у привитых коровьей оспой со временем вырастут рога и вымя (рис. №1).

Результат антипрививочных кампаний – снижение охвата прививками, что, например, в России в 80-90-х годах XX века привело к эпидемии дифтерии (120 тыс. заболевших, 6 тыс. умерших). И в других странах подобное развитие событий не редкость, например эпидемия коклюша в Англии, ФРГ, Японии в 1970–х годах.

Справедливости ради, следует сказать о том, что прививки против натуральной оспы вызывали много нежелательных событий, вплоть до летальных исходов, но массовость вакцинации прививок оправдывалась опасностью, связанной с натуральной оспой. Ликвидация натуральной оспы на Земле положила конец этому виду вакцинации. Совершенствование вакцин приводит к повышению их безопасности и делает их приемлемыми для населения. Тем не менее, нападки на вакцины продолжаются. Сейчас противники вакцинации используют более уточненную аргументацию – они обсуждают повреждение иммунной системы, снижение сопротивляемости инфекциям. Популярно связывать с вакцинацией развитие болезней, этиология которых еще не расшифрована (онкологические, аутоиммунные заболевания), что делает эти аргументы весомыми в глазах людей, не владеющих достоверной медицинской информацией.

Используемые сейчас вакцины у большинства прививаемых лиц никаких болезненных не вызывают, хотя рассчитывать на их полное отсутствие не приходится, т.к. мы вводим биологический продукт, имеющий целью вызвать ответ иммунной системы. Возникающие реакции зависят как от свойств вакцины, так и от индивидуальных характеристик реципиента, и в подавляющем большинстве случаев кратковременны и не оставляют последствий. Осложнения - тяжелые расстройства здоровья, иногда с сохранением стойких изменений, встречаются редко и зависят, в основном, от непредсказуемых индивидуальных особенностей привитого.

Откуда берутся мифы о вакцинации? Как и любые слухи и заблуждения, «прививочные мифы» возникают там, где имеется информационный вакуум. Отсутствие информации, и тем более достоверной информации, рождает разного рода домыслы, теории заговора, необоснованные страхи, бытовые рассуждения и антипрививочных активистов. Не последнюю роль в возникновении мифов играет бездействие либо неадекватная работа тех, кто в силу своих обязанностей должен проводить разъяснительную и просветительскую работу. Врачей, начиная с уровня участкового педиатра, до организаторов здравоохранения и эпидемиологов самого высокого ранга. Неадекватность проявляется в различных формах: недооценка важности вопросов, интеллекта родителей, роли новых каналов информации (Интернет), неумение работать со СМИ, предоставление идеализированной, а то и просто не соответствующей реальности информации. И конечно, главную роль играет уровень и актуальность знаний самих «проводников» информации о прививках.

## *Литература*

1. Семенов Б. Ф. Мифы и правда о вакцинации / Б.Ф. Семенов, Н.И. Брико и др. // Вакцинация. – 2007. - № 4 – 6 (52) – 2 - 3 с.;
2. Таточенко В. К. Причины негативного отношения врачей к вакцинации в России // Вакцинация. – 2000. - № 8 (2) – 6 - 7 с.;
3. Бегг Н. Мифы в медицине // Британский медицинский журнал. – 1994. Т.309– 1 - 6 с.;
4. Таточенко В.К. Безопасность вакцин - правда и мифы // Вакцинация. – 2007. - № 4 – 6 (52) – 12 с.;
5. Мац А. Н. Антипрививочное движение в России // Вакцинация. – 2007. - № 4 – 6 (52) – 10 - 11 с.;
6. URL: <http://www.privivka.ru/ru/vaccination/safety/dialogs/>

## **Вакцинопрофилактика и антивакцинальное движение с точки зрения биоэтической проблемы**

*Сомова А.В., Анкудинова А.В.*

*Актуальность.* Предупреждение распространения инфекционных болезней, их профилактика стала актуальна еще в средние века, когда широкое развитие получили путешествия, освоение новых земель, вместе с которыми распространялись и развивались инфекционные заболевания. Эффективность вакцинации против многих инфекций доказана 200-летним мировым опытом вакцинопрофилактики. По подсчетам специалистов ВОЗ за последнее столетие продолжительность жизни человека увеличилась в среднем на 30 лет из них на 25 лет – благодаря прививкам [1].

Современное развитие иммунопрофилактики в мире продемонстрировало фантастические успехи в снижении заболеваемости, смертности населения от прививаемых инфекций. На современном этапе разрабатываются и внедряются вакцины для профилактики не только инфекционных, но и онкологических (рак печени – вакцинация от гепатита В, рак шейки матки – вакцинация против папилломавирусной инфекции), соматических (пневмонии – иммунизация против пневмококковой инфекции) и прочее.

В связи с тем, что вакцинация является одной из форм медицинского вмешательства и совершается не для лечения больных или диагностики заболевания, а проводится для профилактики возможных инфекций на здоровых людях, в том числе на детях, вопросы права и этики вакцинации, особенно массовой, являются чрезвычайно важными этическими проблемами в медицине [2]. Основной проблемой является антипрививочное движение, получившее сегодня широчайшее распространение, и основанное на порой непомерных преувеличениях, рассчитанное на отсутствие профессиональной осведомленности. У доверчивого слушателя антивакцинальной пропаганды возникает иллюзия: если завтра запретить все прививки, то настанет новая счастливая жизнь без аллергии и злокачественных опухолей, все инфекционные болезни станут самоизлечимыми. О врачах, занятых прививочным делом, и о специалистах, разрабатывающих и производящих вакцины, антипрививочная пропаганда отзывается, как о преступниках, с неизменной подозрительностью и прокурорскими интонациями.

ВОЗ и Совет международных медицинских организаций (CIOMS) постоянно обращаются к проблеме соблюдения морально-этических и правовых норм при организации и осуществлении противоэпидемических (профилактических) мероприятий [3].

*Целью данной работы* является оценка вакцинопрофилактики и антивакцинальной пропаганды как биоэтической проблемы.

## *Вакцинация как основная составляющая сохранения здоровья населения.*

В 1974 г. ВОЗ приступила к созданию расширенной программы иммунизации. Основными задачами, которой стали: уменьшение заболеваемости и детской смертности, увеличение длительности жизни людей, обеспечение активного долголетия и эрадикация некоторых инфекций. Вакцинопрофилактика в странах, членах ВОЗ, является составной и неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения и уже давно имеет высокую социальную значимость. Сегодня дети перестали умирать от управляемых инфекций, снизился уровень инвалидизации.

На территории Российской Федерации введены обязательные массовые плановые профилактические прививки от 11 болезней – туберкулеза, гепатита В, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, паротита, гриппа, гемофильной, пневмококковой инфекций.

Основными принципами иммунопрофилактики являются доступность, бесплатность, информированность, добровольность в одних или обязательность в других случаях, предусмотренных законами Российской Федерации; соблюдение конституционных прав и обязанностей граждан при проведении иммунизации; своевременность, эффективность и безопасность.

Опыт специфической профилактики инфекций доказал безусловную необходимость плановой обязательной вакцинопрофилактики. Наглядным доказательством жизненной необходимости плановой массовой вакцинопрофилактики служит развившаяся в 90-х годах на территории России эпидемия дифтерии. Так, в 1994 г. в России заболели дифтерией 39 703 человека, что в 2,6 раза больше, чем в 1993 г. (15 229 человек), из которых умерли 1104. Не вызывает сомнений, что основной ее причиной является низкий уровень охвата населения прививками [4].

В Свердловской области в результате целенаправленной работы достигнут значительный прогресс в иммунопрофилактике инфекционных болезней: ежегодно проводится более 3,5 миллионов профилактических прививок, ликвидирован полиомиелит, вызванный диким штаммом вируса, достигнут статус элиминации кори, эпидемического паротита, краснухи, в 416 раз снижена заболеваемость гепатитом В. Положительная динамика отмечена и по таким инфекциям, как гепатит А и клещевой вирусный энцефалит, считавшимися до последнего времени управляемыми: заболеваемость гепатитом А снизилась в 203,2 раза; клещевым энцефалитом в 10 раз. Расширенная иммунизация против гриппа предотвращает широкомасштабное эпидемическое распространение заболеваемости гриппом и ОРВИ, развитие осложнений от перенесенного заболевания и как следствие – летальных исходов от гриппа

Одновременно с возникновением иммунизации, появилось и антивакцинальное движение, сторонники которого продолжают муссировать мифы о вакцинации. Они убеждают людей в том, что вакцины не работают или опасны и приводят к инфицированию. Часто можно услышать утверждения, что достаточно просто соблюдать личную гигиену вместо того, чтобы проходить вакцинацию или, что обязательная вакцинация нарушает частные права и религиозные принципы.

Антивакцинаторство – общественное движение, оспаривающее эффективность, безопасность и правомерность вакцинации, в частности – массовой вакцинации. Согласно заключению экспертов ВОЗ большинство доводов антивакцинаторов не подтверждаются научными данными и характеризуются как «тревожное и опасное заблуждение».

Рассмотрение этических аспектов деятельности по специфической профилактике инфекционных болезней должно исходить из того специфического и свойственного только болезням этого вида обстоятельства, что в отличие, например, от соматических болезней, они представляют опасность не только для индивида, который подвергается риску заражения и заболевания, но и для окружающих его лиц. Проведение массовой вакцинации носит общественный интерес.

Во многих странах накоплен богатый опыт по разработке и соблюдению этических норм в проведении биомедицинских исследований. Опубликованы специальные международные рекомендации по вопросам этики в эпидемиологии (вакцинология – один из ее разделов). Главный тезис всех этих документов: человек является хозяином своего тела, здоровья и жизни. В связи с этим представление о том, что превыше всего всегда являются интересы общества, должно быть пересмотрено [2]. Современная биоэтика основывается на уважении к жизни и достоинству каждого человека, интересы которого в любых случаях должны быть выше интересов науки и общества. На любую процедуру, в т.ч. прививку пациент должен подписать «информированное согласие», которое должно быть в общедоступной форме и включать три параметра: характеристику цели лечения, возможного риска и существующих альтернатив предлагаемому лечению.

Отказ от профилактических прививок – реализация неприкосновенности его личности и свободу волеизъявления в принятии значимых для его здоровья решений при осознании его ответственности за возможные последствия. Одним из возможных последствий отказа от профилактической иммунизации может, например, стать отстранение от выполнения профессиональных обязанностей или от посещения дошкольных, школьных и других образовательных учреждений (это закреплено в законодательном порядке). В средствах массовой информации такая мера иногда называется «дискриминационной» и «ущемляющей права человека». Но ведь с другой

точки зрения (эпидемиологической) эта мера вполне оправдана: ведь таким способом осуществляется защита здоровья членов коллектива, поскольку отказавшийся от иммунизации человек, заболев, может стать источником возбудителя опасной для других лиц инфекционной болезни и тем самым создать угрозу ее распространения в коллективе.

Не менее важным с точки зрения биоэтики является качество вакцин, применяемых в практике. Наиболее часто приводимым аргументом противников массовой иммунизации является утверждение, что используемые для целей иммунопрофилактики препараты небезвредны, и поэтому вакцинация чревата опасными для здоровья прививаемых поствакцинальными реакциями. К сожалению, ни одна из вакцин не является абсолютно безопасной. Конечно, включение некоторых веществ в вакцины массового применения, является мерой вынужденной, и одна из задач совершенствования вакцин является замена этих добавок на более безопасные или что более правильно – полное исключение их из состава вакцин. В связи с этим в первую очередь следует рассмотреть вопрос, служит ли реальный риск возникновения поствакцинальных осложнений у некоторых иммунизированных людей, достаточным обоснованием отказа от массовой вакцинопрофилактики инфекций.

Так, например, летальность при заболевании коклюшем может достигать 4%. Кроме того, коклюш может приводить к необратимым поражениям мозга в 0,6-2% случаев, не говоря уже о вероятности развития других серьезных осложнений. В то же время поствакцинальные осложнения в виде тяжелого неврологического заболевания возникают в 1 случае на 110 000 прививок против коклюша, т.е. в 0,09% случаев, а одно стойкое неврологическое расстройство – на 310 000 прививок, т.е. в 0,03% случаев. Таким образом, вероятность возникновения поствакцинальных осложнений при иммунизации коклюша во много раз ниже риска возникновения тяжелых последствий заболевания этой инфекцией [4]. Налицо конфликт между благополучием основной массы детского населения, которая будет в безопасности по риску заболевания коклюшем, и теми, вроде бы «незначительными, минимальными, процентами детей», для которых вакцинация против коклюша закончилась либо осложнением, либо вообще трагически – смертью.

Выход из этого этического конфликта только в повышении качества применяемых вакцин и постоянным контролем на всех этапах производства и применения вакцин. А также использование всевозможных способов информирования граждан об эффективности иммунопрофилактики, видах используемых вакцин, возможных последствиях вакцинации, при этом необходимо четко проводить грань между поствакцинальными осложнениями и возможными реакциями на прививку, которые являются нормальным реагированием организма на введение вакцинного препарата

и в обязательном порядке указываются в инструкции по применению вакцин. У человека должно быть право выбора не только медицинского учреждения, врача обсуживающего его, но и право выбора препарата для вакцинации от той или иной инфекции, чем зачастую пренебрегают и медицинские работники и пациенты. А в случае отказа от вакцинации пациент, в обязательном порядке, должен быть информирован о последствиях заболевания, которое ему угрожает.

К вакцинации не должно быть страха – риски от прививки намного ниже, чем от приема самого простого препарата, не говоря уже о пользе, потому что лекарственные средства используются для лечения симптомов болезни, а вакцины предотвращают ее развитие. А если врач осознанно или нет, но отговаривает от вакцинации просто потому, что сам не прививается, то это является преступлением по отношению к человеку, с которым он беседует.

### *Заключение*

Резюмируя вышесказанное, следует подчеркнуть, что одним из решающих факторов, обеспечивающих снижение заболеваемости управляемыми инфекциями, является высокий процент охвата населения прививками, что приводит к развитию «коллективного иммунитета».

Противники вакцинации считают, что государство нарушает права людей, подвергая их риску поствакцинальных осложнений только ради достижения высокого процента охвата населения прививками. Такая постановка вопроса не является корректной, так как, проводя массовую вакцинацию, государство защищает от инфекций не только общество в целом, но и каждого отдельного человека.

Нельзя не отметить отрицательную роль антивакцинальной пропаганды, которая периодически звучит в средствах массовой информации и способствует отказу населения от прививок. Во многих случаях эта пропаганда поддерживается медицинскими работниками. Тот, кто ратует за отказ от вакцинации, несет огромную, по меньшей мере, морально-этическую ответственность за реальный риск, которому подвергаются непривитые люди.

Только дальнейшее укрепление правовой и этической базы вакцинации, стремление к производству качественных иммунобиологических препаратов, совершенствование нормативно-правовой базы иммунопрофилактики, которая бы защищала права ребенка, гражданина, врача, проводящего иммунизацию, общества будет способствовать успешной массовой профилактике инфекционных болезней.

## *Литература*

1. Яковлева Т.В. Вакцинопрофилактика: достижения и проблемы // Эпидемиология и вакцинопрофилактика, М.: 2009. №6
2. Медуницын Н.В. Вакцинология // М.: «Триада-Х», 1999
3. Игнатъев В.Н., Лопухин Ю.М., Юдин Б.Г. Конвенция Совета Европы по биоэтике // М.: Медицина, 1997.
4. Черкасский Б.Л., Малеев В.В. Этика в эпидемиологии. М.: Медицина, 1997.

**Гомеопаты или аллопаты:  
взгляд на проблему современного врача**  
*Борзунова Н.С.*

*«Primum non nocere!  
Прежде всего, не навреди!»*

Гиппократ

Несмотря на то, что наша страна находится на довольно высоком уровне в отношении новых методов лечения и нанотехнологий, до сих пор в медицине существует конфликт между тем, что мы называем эмпирической и рационалистической философиями лечения, а именно гомеопатией и аллопатией.

Современная наука, в том числе медицина, скептически относится к гомеопатии, указывая на отсутствие научных основ этого метода лечения болезней. Под гомеопатией понимают особый вид медицины, предполагающий использование сильно разведённых препаратов, которые, предположительно, вызывают у здоровых людей симптомы, подобные симптомам болезни пациента. Теоретическое обоснование гомеопатического принципа не соответствует научным представлениям о функционировании здорового и больного организма, безопасность и эффективность подавляющего большинства гомеопатических средств и методов лечения не подвергается достаточной проверке, а имеющиеся клинические испытания гомеопатических препаратов не выявили различий между гомеопатическим «лекарством» и плацебо. Концепция лечения по псевдонаучному принципу «подобное подобным» противопоставляется гомеопатами принципам аллопатии, на которых основана рациональная фармакотерапия [1, 2]. Принцип излечения подобным подобным, лежащий в основе гомеопатии, обнаруживают уже в текстах Клавдия Галена. Как и другие направления медицины, гомеопатия связана по происхождению с работами средневекового врача Парацельса, но основоположником современного метода считается Самуил Ганеман. Его интересовала и оправданно беспокоила практика кровопусканий, постановки пиявок и других, широко распространенных в то время медицинских процедур, которые приносили гораздо больше вреда, чем пользы. По его мнению, эти процедуры смогли бы «сбалансировать телесные жидкости противоположными эффектами», и на основании их он разработал свой «закон подобия» – понятие о том, что болезненные проявления могут быть излечены ничтожно малыми количествами веществ, которые производят подобные проявления в здоровых людях, если принимаются в больших количествах.

Кент Д.Т. в свои трудах писал, что гомеопатия является не только наукой, но и искусством, излечивая болезнь исходя из закона подобия [3]. Чтобы избавить больного человека от страданий, врач-гомеопат должен сочетать искусство с глубоким знанием научных основ гомеопатии. Формирование гомеопатического взгляда на болезнь базируется на том, что органические изменения, протекающие в теле больного человека вторичны. Общепринятым является утверждение, что все события развиваются последовательно и всегда можно проследить любой процесс в развитии: от начала до конца и, наоборот, от конца к началу. Следовательно, зная закономерности развития патологического процесса, всегда можно установить причину любой болезни. С точки зрения врача-гомеопата больной человек это страдающий человек в целом, а не отдельные его пораженные органы и ткани. С этой точки зрения органы и ткани поражаются в том случае, когда повреждается то, что их объединяет в единый организм. Если страдающий умирает, тогда возникает вопрос: какая часть тела отвечает за его жизнь, после чего оно перестает быть живым? Врач-гомеопат полагает, что после смерти имеются 2 составляющие человеческого естества. Первая – это та, которую мы воспринимаем с помощью органов чувств, можем пощупать пальцами и увидеть глазами (больное тело), являющаяся результатом болезни. А вторая составляющая – это причина, которая должна быть в той части человека, которая не остается после смерти. То есть то, что ушло, – первично, а то, что осталось (физическое тело), – вторично. Можно говорить о том, что живой человек чувствует, видит, осязает, слышит и мыслит, но это только внешнее проявление жизненного процесса. Живой человек постоянно к чему-то стремится и обладает способностью мыслить. Следовательно, основа жизненного процесса – наличие воли и способность мыслить. Совокупность этих двух начал - воли и разума - и является внутренней жизненной силой, которая контролирует и регулирует все процессы в физическом теле. Гармонию между волей и разумом следует называть здоровьем, нарушение гармонии – болезнью. А, следовательно, принцип гомеопатического лечения направлен на исцеление больного, но не на физическом уровне, т.е. устранение не следствия, а причины, а именно, восстановление гармонии между волей и разумом, и тогда организм сам устранил все нарушения в органах и тканях.

«Лечить больного, а не болезнь» – такова главная мысль ряда гомеопатов. Они, в своей массе, отрицают возможность промышленного производства гомеопатических препаратов и нередко предпочитают самостоятельно готовить лекарства. В некоторых случаях они прибегают к услугам гомеопатических аптек, в которых препараты готовят по рецепту врача.

С. Ганеман однажды сказал: «Не существует болезней, а есть больные люди». И это его высказывание ясно показывает, что под названиями болезней они подразумевают лишь грубые внешние проявления расстройства жизненной силы, которое вначале проявляется психическими симптомами и только в конце, после довольно продолжительного периода, появляются изменения в органах и тканях.

Роль гомеопатического метода терапии существенно изменялась с течением времени. После разработки Ганеманом идейных принципов метода, он приобрёл большую популярность, прежде всего благодаря невысокой стоимости гомеопатических лекарственных средств.

Несмотря на определённые практические успехи в области гомеопатии, она в настоящее время переживает серьёзный кризис, который небезосновательно может быть объяснен плацебо-эффектом и неосознанным внушением со стороны обычно очень внимательного к пациенту врача-гомеопата.

Но почему же с каждым годом число врачей-гомеопатов заметно увеличивается?

Хочется заострить на этом вопросе внимание. Во-первых, гомеопаты очень тщательно подбирают пациентов. С тяжелыми больными, пациентами хирургических и инфекционных отделений вменяемый гомеопат вряд ли будет связываться. По этой же причине никогда не приходилось слышать, что какой-то больной после тяжелой гомеопатической операции умер в гомеопатической реанимации. Поэтому у врача - гомеопата никогда не будет так называемого «кладбища пациентов», а значит, он справляется со всем, за что берется. Просто потому, что у него есть выбор, какого нет у врача «скорой», например.

Во-вторых, гомеопаты используют средства аллопатической медицины. Например, при кожных проблемах назначаются классические гомеопатические таблетки, и выдается рецепт с прописью какой-нибудь мази с цинком и прочими проверенными и реально действующими вещами. При этом на таблетках делается акцент, их прием расписывается очень подробно, вплоть до часов и минут, объясняется, с какими продуктами можно их сочетать, а с какими нет, а вот про мазь упоминается вскользь. Причем таблетки нужно пить, например, месяц по сложной схеме, а мазью мазаться дней пять (а больше при этом заболевании и не требуется). После того как проблема исчезнет, что именно пациент будет считать излечившим его средством?

И в-третьих, один из излюбленных приемов из арсенала недобросовестных представителей любых ветвей и направлений медицины – найти несуществующую болезнь, а потом ее мужественно вылечить.

В противоположность гомеопатическому лечению существует рационалистический подход, который основывается на рассмотрении «общих» симптомов – тех, которые имеются как у конкретного пациента, так и у многих других пациентов. Эти «общие» симптомы лежат в основе определения существа болезни и принципов лечения. Врачи-аллопаты руководствуются в своей практике только теми проявлениями патологического процесса, которые можно пощупать пальцами, увидеть глазами или обнаружить с помощью инструментов. А лечить такое проявление необходимо противоположным первопричине.

Врачи аллопатической школы утверждают, что выбор тактики лечения того или иного заболевания зависит от тех результатов, которые дало испытание лекарства при этом заболевании: появление нового лекарства приводит к появлению новой тактики лечения. Поэтому аллопатической медицине свойственно множество различных теорий, объясняющих причины одного и того же заболевания, и несколько методик его лечения.

В конфликте между эмпиризмом и рационализмом, между гомеопатией и аллопатией, имеется столкновение двух взглядов. Гомеопатия исходит из того, что врач каждый раз имеет дело с отдельным случаем (который определяется индивидуальными симптомами конкретного пациента), а аллопатия исходит из того, что врач имеет дело с группами болезней или нозологическими единицами. Для первых «наука» означает дать пациенту то средство, в котором нуждается именно этот пациент. Для вторых «наука» означает прописать пациенту лекарство, разработанное для этого класса или этой категории «болезней». Конечно, предпочтение будет отдаваться тому врачу, который дает каждому пациенту именно то лекарство, в котором данный пациент нуждается, нежели тот, который рассматривает пациента всего лишь как единицу из числа многих [4].

В заключение хочется добавить, что безопасность применения гомеопатических препаратов и методов никогда не подвергалась систематической научной проверке. Потенциальный вред гомеопатического лечения возможен в тех случаях, когда пациент отказывается от эффективной медицинской помощи в пользу гомеопатического лечения, увеличивая риск развития нежелательных исходов заболевания, которые в противном случае могли бы быть предотвращены с помощью своевременного традиционного медицинского вмешательства. Но, несмотря на предпочтение пациентов и их родственников, главное, чтобы соблюдался основной принцип работы любого специалиста - «Прежде всего не навреди!»

### *Литература*

1. Ernst E. A systematic review of systematic reviews of homeopathy // *British Journal of Clinical Pharmacology*, - 2002, - 54 (6), -P.: 577–582.
2. Cucherat M. Evidence of clinical efficacy of homeopathy // Haugh M.C., Gooch M., Boissel J.P. // *Eur J Clin Pharmacol*, - 2000, - 56(1), -P.:27-33.
3. Кент Д.Т. Лекции по философии гомеопатии, -1975.
4. Култер Х.Л. Дополнение к истории гомеопатической и аллопатической медицины// *Journal of American Institute of Homeopathy*, 1995, vol. 88, 3, 122–125.

## **Профилактика инфекционных болезней под этическим углом зрения** *Кузнецова О.А.*

Тема вакцинации, актуализированная в последнее время предложением главы Роспотребнадзора Г.Г. Онищенко (январь 2011 г.), лишить родителей возможности решать вопрос о прививках их детям, обсуждается сейчас особенно активно. Проблема вакцинации не решена окончательно представителями медицинской науки. Среди них есть специалисты, придерживающиеся совершенно разных точек зрения: от авторитарно настойчивого требования поголовно прививать всех до полного отказа от прививок, как минимум, детских по причине отсутствия от них прямой пользы и явного нанесения вреда растущему организму.

Борьба сторонников и противников прививок идет с начала XVIII в., с времени первых опытов вакцинации от инфекционных заболеваний (прежде всего, от оспы). Но в конце XX в. это противостояние приобрело институциональный характер, сформировалось мощное международное антипрививочное движение, находящее сторонников во всех развитых странах мира. Антивакцинаторство как разновидность медицинского диссидентства представляет собой специфическое мировоззрение, принципиально отличающееся от биомедицинских концепций сохранения здоровья человека. В настоящее время в России существует устойчивая тенденция к росту числа отказов родителей от вакцинации своих детей. Надо отметить, что на основании действующего Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней человека» от 1998 г. государство предоставляет гражданам право на отказ от прививки и обязанность «в письменной форме подтвердить факт отказа». В отношении детей до 15 лет решение должны принимать родители. Закон гарантирует осуществление бесплатных прививок, входящих в Национальный календарь; вакцинацию только тех, кто не имеет противопоказаний к прививкам; социальную защиту и медицинскую помощь пострадавшим от прививок. Кроме того, на основании Закона граждане получают право на полную информацию о составе вакцин, процедуре вакцинации и о возможных поствакцинальных осложнениях. Между тем, рассматривая проблему отказов от прививок, необходимо иметь в виду, что вопрос о границах компетенции врачей в отношении личности в современном обществе в принципе стоит очень остро, и вакцинация – это только часть этой проблемы.

Российский Национальный календарь профилактических прививок сейчас насчитывает 11 позиций: против гриппа, туберкулеза, дифтерии, коклюша, кори, столбняка, краснухи, полиомиелита, эпидемического паротита, гепатита В. С 2011 г. в календарь добавлена вакцина от гемофильной

палочки типа В. Данный перечень примерно соответствует национальным календарям прививок, принятым в других странах. В США, кроме перечисленных прививок, за исключением туберкулеза, обязательны еще прививки против пневмококковой инфекции, ветряной оспы, опоясывающего герпеса. В Англии в национальный календарь входят прививки против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, кори, эпидемического паротита, краснухи.

Медики убеждены, что именно благодаря широкому распространению вакцинации были побеждены инфекционные заболевания, определявшие в прошлом все демографические показатели, и в настоящее время основными причинами смертности стали сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, болезни органов дыхания.

Так же, как и антивакцинаторы, сторонники прививок апеллируют к правам человека, утверждая, что подвергание ребенка смертельной опасности при отказе от вакцинации необходимо квалифицировать как «жестокое обращение с ребенком». Отказы от прививок нарушают рекомендации ВОЗ, закрепляющие за ребенком право быть защищенным от всех инфекций, конвенцию ООН о правах ребенка, гласящую, что «дети должны быть защищены от всего, от чего их можно защитить».

Обе стороны обвиняют СМИ в неадекватном освещении проблем вакцинации. Врачи обвиняют журналистов в том, что они спекулируют на скандальных темах, идут на поводу у противников вакцинации и охотнее пишут о неприятностях, которые якобы случаются после прививок, вместо того, чтобы рассказывать, что дает человечеству вакцинация. Надо сказать, что за последние два-три года ситуация в российском Интернете значительно изменилась по сравнению с предыдущим периодом: ранее там были представлены преимущественно сайты и материалы антипрививочного характера.

Вопреки обвинениям в непрофессионализме, именно врачи стоят у истоков антивакцинаторского движения. Это и авторы трудов, ставших уже классикой антипрививочной литературы А. Уоллес, Д. Гамильтон, Р. Мендельсон, и участники «Европейского Форума антипрививочной бдительности» (European Forum for Vaccine Vigilance – EFVV), разработавшие собственную концепцию поствакцинальных осложнений и систему их регистрации.

К содержательной части концепции противников вакцинации относятся следующие утверждения. В первую очередь, что вакцины «являются ядами по определению», т.к. они содержат формальдегид, ртуть и алюминий. Кроме того, поскольку многие вакцины готовятся на основе клеточных структур животных, межвидовая передача вирусов может привести к развитию новых тяжелых болезней. Порочна сама практика массовых прививок, игнорирующая индивидуальные особенности, наследственность, состояние иммунитета, психоэмоциональный статус прививаемых и проч. [2].

Таким образом, прививочная практика ущербна с многих точек зрения – медико-биологической, правовой, социологической, философской, экономической, этической. [2]

Практикующие педиатры занимают более взвешенную позицию: о необходимости сбалансированного подхода к детским прививкам, свободного «как от формализма и начетничества, так и от новаторского экстремизма». Хотя прививки небезопасны, делать их нужно, особенно против дифтерии и полиомиелита. [4]

Анализируя международное движение противников прививок, выделяют следующие категории антивакцинаторства по степени радикальности [6]:

- категорические противники вакцинаций, отстаивающие необходимость полного упразднения применения вакцинации;
- активисты, выступающие против массовости вакцинаций;
- противники конкретных видов и форм вакцинации, например, иммунопрофилактики сезонного гриппа или использования живых вакцин для массовой прививки маленьких детей.

Также сформулированы основные идеи антипрививочного движения:

- теория заговора фармацевтов (производители вакцин, вступая в сговор с работниками медицинских государственных служб, клиник, навязывают вакцины исключительно из соображений коммерческой выгоды);
- отрицание действенности вакцинации (положительный эффект вакцин минимален и не оправдывает риск нежелательных последствий);
- отрицание роли вакцинации в снижении уровня заболеваемости (снижение в течение последнего века заболеваемости тяжёлыми инфекционными заболеваниями, такими как оспа, дифтерия, коклюш, полиомиелит, столбняк, корь вызваны общим улучшением качества жизни, питания, медицинского обслуживания, повышением уровня гигиены);
- отрицание необходимости вакцинации в настоящее время (современные средства лечения заболеваний, от которых проводится вакцинация, очень эффективны, а частота самих этих заболеваний невелика);
- бесполезность вакцинации от малораспространённых болезней;
- педалирование отрицательных последствий вакцинации;
- утверждения о намеренно неточной медицинской статистике осложнений [6].

Особый вопрос – вакцинация против туберкулеза. Массовая вакцинация против этой инфекции в ряде стран не считается обязательной и не внесена в календарь прививок, т.к. признано, что заболеваемость зависит главным образом от социальных факторов. В развитых странах вакцинацию против туберкулеза проводят только в группах риска. Но в России вакцинируют всех детей в периоде новорожденности (3–7-й день жизни) – прививку БЦЖ делают сразу в роддоме. Возмущенную реакцию участников антипрививочного движения вызывает позиция ВОЗ, эксперты которой рекомендуют всем странам «максимально сократить противопоказания к иммунизации путем исключения так называемых ложных противопоказаний к проведению профилактических прививок».

Проблему вакцинации нельзя разрешить, рассматривая ее лишь в контексте медицины. Ни одна из сторон не сможет убедить другую, усиливая аргументацию путем апелляции к статистике поствакцинальных осложнений, составу вакцин, последствиям инфекционных заболеваний и т.д., потому что противники и сторонники прививок исходят из совершенно разных мировоззренческих позиций, разных концепций человека. Более того, само обострение дискуссии вокруг вакцинации, вызвано ростом интереса к проблемам телесного бытия человека, проявляющегося как на уровне обыденного сознания, так и массовых форм социокультурной практики. Представители разных научных парадигм указывают на «неадекватность развития социально-антропологического знания реальному месту и роли тела в жизнедеятельности человека», отсутствие «аксиологии тела», т.е. осмысления человеческой телесности в контексте ценностно-нормативных категорий и характеристик. Тело человека продолжает находиться в маргинальном ценностном пространстве, тогда как оно призвано способствовать преодолению существующей «несогласованности» между социальной системой и миром субъективности [1].

На протяжении истории в каждой культуре преобладал определенный тип «модели человека» с соответствующим пониманием телесности и особенностями телесно-ориентированных практик. Доминирующий в Новое время «принцип соматического позитивного утилитаризма», в соответствии с которым человек представлялся «раздвоенным» на природную (телесную) форму и разумную (духовную), причем телесность признавалась лишь как средство для достижения целей, преследуемых разумом, лег в основание современной медицины. В культуре XXI в. этот принцип постепенно утрачивает свои позиции, все большую актуальность приобретают «принцип гармонизации через возвышение телесности», «принцип соматизации» и др. [1].

Академик И.Т. Фролов, создатель Института человека, говорил о недопустимости ситуации, в которой человек становится объектом манипулирования – социального или биологического, и о необходимости развития гуманистического измерения достижений науки, поскольку усилившийся прогресс биотехнологий вызывает «скольжение по ту сторону человеческого в человеке».[5]

*Вакцинация* – это лишь одна из практик биомедицины, в которой индивид становится объектом стандартных манипуляций. Антивакциноваторство как направление медицинского диссидентства стало реакцией на образовавшийся разрыв между этическими ценностями, являющимися частью человеческой культуры в широком смысле, и биологическими фактами, на ту угрозу, которую биомедицинские технологии как часть научно-технического прогресса стали представлять для жизни человечества. В контексте этого протеста прививки воспринимаются как насилие над телом, ведущее к отрицанию человека как личности, ограничению его свободы.

### *Литература*

1. Быховская И.М. *Nomosomatikos: аксиология человеческого тела*. М.: Эдиториал УРСС, 2000.
2. Коток А. *Беспощадная иммунизация. Правда о прививках*. Новосибирск: Гомеопатическая книга, 2008.
3. Тимофеева А.М. *Беседы детского доктора*. М.: Теревинф, 2005.
4. Тищенко П.Д. *Биотехнологическая ре-де-конструкция человеческого в человеке: казус сексуальности // Биоэтика и гуманитарная экспертиза: Комплексное изучение человека и виртуалистика. Выпуск 3*. М.: ИФ РАН, 2009. С.119-138.
5. Трунов М.В. *Первый год – первый опыт*. М.: Статус-Кво, 2003.
6. *Антипрививочное движение в России // Бюллетень «Вакцинация» 2007, №4–6., Мифы нашего времени. Антипрививочные вымыслы // «Химия и жизнь» 2010, №9).*

## **Кесарево сечение. Мировая тенденция**

*Логинава. Н.В.*

Роды – естественный, физиологический процесс. Долгие века сама беременность и роды были укутаны тайной! Беременность принято было скрывать, чтобы злые духи или злой взгляд людей не навлек беду на ребенка... Современное общество с его стремлением вынести все самое личное на показ, теперь активно демонстрирует беременность. Женщины носят обтягивающую одежду, показывая свое положение. Многие звезды снимаются для эротических журналов в обнаженном виде, формируя стереотип сексуальности беременной женщины.

Роды, как завершающий этап беременности, теперь тоже носит общественный характер! В СМИ могут смаковать самые сложные и печальные случаи. В кино и книгах роды, как драматическая основа произведения, некий захватывающий эффект, который должен приковать внимание обывателя. Из всей этой информации складывается впечатление, что роды – это не нормальный процесс, который опасен и не предсказуем! П.э. уже нынешние матери, объясняя ребенку, откуда берутся дети, говорят, что дети из живота и дядя доктор достает, оттуда ребеночка. Таким образом, уже изначально формируя представление, что роды – это операция, для которой нужен дядя доктор!

Неудивительно, что во многих странах операция кесарева сечения теперь делается по желанию роженицы. Это разрешено в Бразилии, где 60% кесаревых сечений. В США, после принятия этого закона цифра подскочила до 53% [1]. В 2011г. правительство Великобритании приняло закон, что женщины имеют право на кесарево сечение по желанию!

Очень хорошо теперь видна эта мировая тенденция! Тенденция страха перед всем: кто-то боится любить особой противоположного пола, считая их другими, боясь их – становясь геем, лесбиянкой. Кто-то боится болезней! Теперь многие боятся рожать, как это было предусмотрено природой! Надо заметить, что подобный страх родов очень выгоден. Кесарево сечение – это дорогостоящая операция, ведь, мало того, что необходим весь медицинский персонал (хирург, анестезиолог, мед. сестра, реаниматолог), необходимо большое количество лекарств. Так ещё и это особый дорогой случай, оплачиваемый страховой компанией. Выигрывают все! Роженица получает иллюзию выбора и иллюзию безопасности. Врачи получают соответствующее денежное вознаграждение. Страховые компании – свой денежный «кусочек пирога».

Другие причины, по которым женщины выбирают кесарево сечение по желанию:

- Не удачный опыт родов: свои, родственников, подруг, других близких людей, т.е. КС считается наиболее безопасным способом рождения;
- Отсутствия знания о процессе родов.
- Религиозный взгляд. В библии сказано, что женщина будет рожать в страдании, многие принимают это выражение буквально, и, боясь этого, стремятся его избежать..
- Убеждение, что Кесарево сечение – самый безопасный способ рождения.
- Новый человек. Так как теперь рождаются могут дети с головкой любого размера, даже самой большой, считается, что возможно эволюцию больше не ограничивает таз, возникший в результате прямохождения.
- Для красоты ребенка. Есть мнение, что ребенок, не проходящий материнские родовые пути, рождается с идеально правильным черепом.
- Для красоты матери. Кесарево сечение применяют вместе с откачкой лишнего жира, т.е. как пластическую операцию.
- Астрологически благоприятная дата рождения. Идеальная дата родов.

Так, что такая тенденция – это ещё и дань моде, красоте тела, которой сейчас уделяется очень большое внимание!

Изначально Кесарево сечение (лат. *sectio caesarea*, от *sectio* – сечение и *caedo* – режу), операция искусственного родоразрешения, при которой плод и послед извлекаются через разрез передней брюшной стенки и тела матки [2]. КС производят при живом плоде, если женщина не может родить самостоятельно (при узком или деформированном тазе, резких рубцовых изменениях влагалища, предлежании плаценты и др.). При обильных и острых кровотечениях производится даже при мертвом или нежизнеспособном плоде для спасения матери. У операции кесарево сечения были и есть строгие показания. Как только этот способ родоразрешения появился, кесаревых сечений делалось около 5% от общего количества родов. С развитием медицинских технологий, мед. препаратов и т.д. появились как строгие показания к кесареву, так и относительные, на усмотрение врача. Теперь бразды правления, т.е. принятия решения о родах способом кесарево сечение передали самой роженице! Встает вопрос, а компетентна ли женщина принимать такие решения, а может ли она сама выбирать для себя кесарево сечение? Ведь по сути это полостная операция, и как любая операция несет свои риски, свои побочные проявления!

## Доводы «За»

Женщина сама вправе решать, как она будет рожать – естественным путем или с помощью кесарева сечения. В этом убеждены специалисты британского Национального института здоровья – и готовят соответствующий законопроект [3]. По мнению авторов проекта, современные технологии сделали операцию намного безопаснее и проще. Кроме того, сечение снижает риск травм ребенка.

Опрос посвященного предпочтениям докторов-акушеров показал, что 31% лондонских женщин – акушеров-гинекологов ответили, что в случае доношенной неосложненной беременности для рождения собственного ребенка они избрали бы плановое кесарево сечение. Похожие предпочтения высказали и акушеры-гинекологи (как мужчины, так и женщины) в Северной Америке. Влиятельный специалист-акушер, лондонский профессор Стеер поддерживает сторонников нового подхода теоретическими соображениями. Подчеркивая, что объем головного мозга – главный фактор, затрудняющий рождение ребенка, он утверждает, что кесарево сечение – процедура, способствующая эволюции человеческого рода, что оно технологически разрешает «конфликт между необходимостью бежать и необходимостью думать». Стеер полагает, что в будущем непредсказуемый риск, связанный с родами естественным путем, станет неоправданным для большинства женщин. Если кесарево сечение станет нормой, то размеры малого таза перестанут быть сдерживающим фактором для среднего веса плода, таким образом, «верхний путь» для большинства станет необходимым, предсказывает он. Таким образом, Врач сам выступает за ожирение! Напомню, что норма по весу для новорожденного составляет 2800-4000 г. Такой ребенок может пройти родовые пути матери. Превышение веса часто говорит об опасных изменениях в эндокринных железах, что может привести к весьма плачевным последствиям, все дети как их называют «богатыри» в течение долгого периода находятся под тщательным контролем врачей!

Однако подобные высказывания раздаются по обе стороны Атлантики. В своем заявлении, опубликованном в октябре 2003 г. Комитет по вопросам этики Американской коллегии акушеров и гинекологов, указывает, что плановое кесарево сечение по желанию будущей матери не противоречит требованиям медицинской этики. Вот как прокомментировал это заявление авторитетный врач-акушер В. Бенсон Харер-младший из Морено-Вэлли (Калифорния): «По-моему, это шаг вперед на пути к нашей цели. Полагаю, что в будущем по мере появления новых научных данных это вмешательство будет получать все большее признание» [1].

Свобода выбора включает в себя свободу распоряжаться своим телом – это базовая ценность либерального общества, почему же беременные женщины должны быть исключением? Дело врача – рассказать обо всех «за» и «против». Вот так с помощью пары законов, женщин наделили правами врача, который должен принимать такие решения как необходимость полостной операции!

СМИ тоже вносят свою лепту, обсуждая звездные роды! «В последнее время в Европе все больше женщин предпочитают кесарево сечение естественным родам. Мода на операцию пошла от звездных мам, как Виктория Бэкхэм и Мадонна. Появилось даже соответствующее выражение: *too posh to push* «слишком шикарна, чтобы тужиться» [4].

Формируют отношение эгоизма, воспевая лень и во всех их проявлениях!

### *Доводы «Против»*

Когда малыш появился на свет, врач зашивает все ткани. Операция для мамы безболезненна и длится не более 40 минут, но послеродовой период достаточно тяжелый.

### *Послеродовой период*

После родов с помощью кесарева сечения день женщина лежит в палате интенсивной терапии, чувствуя, как ноют ткани матки, и болит шрам от операции. Большую часть времени женщины, перенесшие кесарево сечение, лежат, а передвигаться начинают уже через несколько дней с перетянутым бандажом животом. В роддоме им приходится находиться на 5 дней дольше из-за швов, которые нужно снять.

Кроме этого, мама не может начать кормление грудью ребенка еще неделю, поскольку должна принимать антибиотики. Ребенок не получает нужную микрофлору с молоком матери.

### *Влияние кесарева на развитие ребенка*

Рожденные с помощью кесарева сечения детки намного больше подвержены негативному воздействию внешней среды. Им труднее адаптироваться, ведь они не пережили родовой стресс. Ход операции и послеоперационный период также накладывает негативные отпечатки на здоровье и развитие новорожденного [5].

Как влияет кесарево сечение на здоровье малыша:

- Из-за действия общего наркоза угнетается центральная нервная система и дыхание. Младенец рождается вялым, сонливым, плохо сосет. У него пониженный мышечный тонус. Эту наркотизацию ребенка некоторые врачи относят к современной проблеме наличия наркоманов. Но статистически верных данных об этом нет.

- Рождаются с кровоизлияниями в мозгу из-за перепада давления между утробой матери и окружающей средой. От рождения у него может быть повышенное внутричерепное давление.
- Их частота дыхания в два раза реже, а объем легких на треть меньше. Может развиваться пневмония.
- Приобретают синдром гиперактивности.
- Плохо прибавляют в весе.
- Чаще у таких деток пониженный гемоглобин, они страдают от аллергии и имеют ряд психологических проблем

По мнению Мишеля Одена [1], у «кесарят» может нарушаться способность любить. Известно, что существует особый гормон окситоцин, который является «гормоном любви». Во время родов у женщины происходит огромный выброс этих гормонов. Поэтому у мамы с первых же минут после физиологических родов появляется чувство безграничной любви к своему малышу, а у новорожденного – к матери. Однако, по словам доктора, если ребенок рождается с осложнениями или путем кесарева сечения, у него может нарушаться способность любить: себя или других людей. К таким нарушениям Мишель Оден относит детскую и подростковую преступность, самоубийства, токсикоманию и наркоманию, нервную анорексию и аутизм.

Налаживание грудного вскармливания после операции кесарево сечения, сложный процесс. Чаще всего, дети, рожденные при помощи КС, находятся на искусственном вскармливании. А значит – страдает иммунная система, пищеварительный тракт, т.к. грудное молоко – самая лучшая пища для малыша [5].

Существуют данные о связи факта рождения кесаревым сечением и риска развития астмы у детей и взрослых.

Финские ученые исследовали факторы риска возникновения астмы и аллергических заболеваний у 31-летних взрослых (родившихся в 1966 году) [1]. Оказалось, что у родившихся кесаревым сечением риск развития астмы в 3,23 раза больше, чем у тех, кто родился вагинальным путем. С другой стороны, частота случаев аллергических заболеваний, таких как поллиноз и экзема, а также склонность к аллергии, выявленной кожными пробами, не превышала «фоновой». Та же группа исследователей изучала риск астмы у семилетних детей. Было обнаружено, что осложнения в родах вообще и кесарево сечение в частности – факторы риска. Другая группа ученых из Финляндии изучала данные по астме у рожденных в 1987 году, сопоставляя данные национальных органов регистрации рождений с различными документами отчетности государственного здравоохранения. Это исследование, объектом которого стали около 60 тысяч детей, подтвердило, что у рожденных посредством кесарева сечения

выше риск стать астматиками в детстве. Датские ученые также отмечают, что кесарево сечение – фактор, повышающий риск заболевания астмой, но не аллергическим ринитом, а работа британских исследователей подтвердила, что аллергии с кесаревым сечением не связаны.

В современное время кесарево сечение перестало быть операцией, оно воспринимается как обыденное явление и довольно красиво стало называться «верхний путь»! Много кричат об их положительных сторонах, забывая о подводных камнях. В итоге, забывая главное, что роды – это естественный физический процесс! СМИ, кино, книги, газеты – все направлено, на развитие страха, а он формирует подавленность, оторванность от своей сути, от самого себя. Культивируя среду, развивая медицину, забываем о своей истинной природе, о природе многих вещей. Привыкая расчленять и механизировать, уничтожаем целостное. Унижаем истинную женскую силу, и дух, которая во многом состоит из принятия, терпения, проявления мудрости, заботы.

### *Литература*

1. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза обществу. – 2005г. – 245с.
2. Большая медицинская энциклопедия. – М. 1962. – Т. 28. – С.44.
3. Новости от 11 декабря 2011г <http://www.bzk.kz>
4. Звездные роды: кесарево сечение. // Интернет журнал: Здоровье / <http://www.zdr.ru/articles/zvezdnye-rody-kesarevo-sechenie>
5. Цареградская Ж.В. Ребенок от зачатия до года. – 2005г. – 385с.

## Осложнения беременности – только ли медицинская проблема?

*Гребнева О.С.*

*Все, что видим мы, - видимость только одна.  
Далеко от поверхности мира до дна.  
Полагай несущественным явное в мире,  
Ибо тайная сущность вещей – не видна.*

Омар Хайям.

Человеческий организм – это необыкновенно сложная многоуровневая система, основанная на тесном взаимодействии и взаимовлиянии различных функциональных систем и органов. Организм беременной женщины представляет собой еще более загадочную систему. Изменения, происходящие в организме женщины в период беременности, носят адаптационный характер. Спектр этих изменений, затрагивающий все системы организма, обусловлен необходимостью поддержания жизнедеятельности и защиты плода и зависит от индивидуальных резервных возможностей организма матери.

Порой происходит так, что беременность протекает не физиологично, и ее течение осложняется. Угрожающий выкидыш, токсикоз первой половины беременности, многоводие, маловодие, гестоз, плацентарная недостаточность, HELLP-синдром, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш, отслойка нормально- или патологически расположенной плаценты, преждевременные роды, обострение сопутствующей соматической патологии и так далее – это все довольно частые, в последнее время, причины обращения беременной ко врачу и госпитализации в стационар. Самое печальное в этой статистике то, что любое осложнение может привести к потере плода на различных сроках беременности.

Раньше осложнения беременности были связаны с несовершенством акушерско-гинекологической помощи, сейчас это играет далеко не главную роль в том, что женщина даже та, которая готова познать счастье материнства, не всегда способна иметь детей. Почему мы так часто сталкиваемся с патологически протекающим периодом гестации? Почему на фоне научно-технического прогресса мы порой не можем предвидеть и предотвратить цепочку патологически текущих процессов в организме? Что происходит с адаптационными возможностями женщин? Является ли это только медицинской проблемой или имеет более глобальный характер?

Согласно современным данным все основные причины осложнений течения беременности можно разделить на две большие группы. Социально-демографические: возраст матери, социальный статус, профессиональные и бытовые вредности, условия внешней среды, наркомания, курение, алкоголизм. Медицинские: хромосомные аномалии у плода, генетические аномалии у матери, особенности акушерско-гинекологического и соматического анамнеза у матери, инфекционный фактор, экстрагенитальная патология. Все медицинские факторы, так или иначе, связаны с социально-демографическими, экологическими, экономическими и т.д.

знаком века, в котором мы живем, стала субъективная свобода. Современность ассоциируется со свободой от безоговорочного диктата традиций, со свободой суждений и выбора, с динамизмом общественных процессов. Утрачиваются традиции во многих областях жизни, одна из проблем современного общества это утрата традиции семьи, семейных ценностей. Система традиционных для русской национальной культуры верований содержит убеждения, что мужчина и женщина в семье должны выполнять различные роли. Мужчина – оплот семьи, источник благосостояния и защитник. Главная сфера деятельности женщины в семье – домашний труд, рождение и воспитание детей, женщина должна быть терпеливой, уступчивой и готовой к самопожертвованию, и в этом ее женственность. Основным изменением в семейно-брачных отношениях является установление равенства полов, их равноценность для общества. Патриархально-традиционный образ семейной жизни постепенно заменяется на эгалитарный. В современном обществе происходит смена приоритетов в сторону ориентированности не на семью, а на индивида, что влечет неизбежное изменение ориентаций личности на внесемейные ценности. Деньги, власть, слава, получение удовольствий – вот что сейчас наиболее «актуально» в современном обществе. Деторождение не является уже естественной потребностью в жизни, ведь дети забирают все свободное время, мешают карьере, отдыху.

Женщины, так же как и мужчины, участвуют в государственной и общественной жизни, и, к сожалению, не задумываются о материнстве. Образование, карьера, улучшение жилищных условий и т.д. приводят к тому, что о ребенке женщина (да и мужчина) начинают думать уже после 30-35 лет, когда репродуктивный возраст (с медицинской точки зрения) находится в стадии затухания. Наиболее благоприятный возраст для вынашивания первого ребенка это от 20 до 25 лет, второго - от 25 до 30 лет. Таким образом, в 35 лет женщина должна задуматься уже о третьем ребенке, но в реальности этого не происходит. Современная женщина начинает планировать первого ребенка не раньше, чем в 30 лет, и к этому возрасту она уже имеет богатый акушерско-гинекологический и

соматический анамнез. Отсутствие традиционного взгляда на семейные отношения приводит к распушенности в сексуальном поведении, что сопровождается частой сменой половых партнеров. Недостаточная информированность в вопросах контрацепции приводит к нежелательной беременности, которая заканчивается абортom. Раннее начало половой жизни, промискуитет, искусственное прерывание беременности приводит к распространению инфекции, формированию хронических очагов воспаления: хронический эндометрит, аднексит, сальпингит. Хламидии, уреоплазма, микоплазма, гонорея, токсоплазмоз, герпетическая инфекция, цитомегаловирусная инфекция, вирусные гепатиты, вирус иммунодефицита человека и т.д. – практика показывает, что перечисленные инфекции действительно довольно часто встречаются и могут являться причиной неблагоприятного течения беременности. Любое лечение инфекции предполагает прием антибактериальных или противовирусных лекарственных препаратов, что может значительно повлиять на иммунитет. Снижение иммунитета приводит к снижению адаптивных возможностей организма и, конечно, к повышению частоты осложнений беременности в будущем. Это не значит, что не надо лечиться, это значит, что лучше предупредить ее возникновение. Женщина, имеющая образование, часто высшее, хорошую работу, заиклена на своей профессиональной деятельности и подвержена многочисленным стрессам. Стресс при этом может привести к нарушению работы многих систем органов. Функциональные изменения эндокринных желез приводят к гормональному дисбалансу, и как следствие могут наступить нарушения работы репродуктивных органов: гипоменструальный синдром, альгодисменорея, полименоррагии, бесплодие; нарушение в работе иммунной системы: склонность к инфекциям, дисбиозы, обострение хронических инфекций. К болезням стресса также относится гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, склонность к опухолевым заболеваниям и т.д., то есть создается очень неблагоприятный фон для вынашивания беременности, именно на таком фоне и возникает патология гестационного периода. Некоторые осложнения беременности могут привести к потере плода на различных сроках. Это является дополнительной причиной переживаний и стрессов. Ведь с наступлением беременности у женщины просыпается «генетически» заложенный в ней инстинкт материнства, и если она не способна выносить ребенка, то наступает новый этап жизни женщины: все силы, всю энергию, все свое время и деньги она направляет на достижение своей цели. Она выпадает из общества, становится стрессоустойчивой, начинает обвинять в своих проблемах окружающих ее людей, меняет работу, часто распадается семья. Таким образом, изменение ориентаций личности на внесемейные ценности привело к тому, что женщина перестала быть женственной, снизились адаптивные возможности организма, и это привело к нарушению репродуктивного здоровья.

Резкое усиление социальной динамики также связано с механизацией и моторизацией, проникающих в нашу жизнь, и подчас превращающих человека в своеобразный гибрид биологического и технического устройства.

Так о «научно-технической эре» писал Ясперс: она была подготовлена в конце средневековья, получила в XVII столетии свое духовное обоснование, в XVIII – развитие, а в XX веке сделала головокружительный скачок. Философ выделяет и понимает технику как важнейший элемент нашего времени, влияющий на мировое развитие, на эволюцию, на всемирную историю. С появлением современной техники все изменилось. Она знаменовала собой резкое усиление социальной динамики. В книге «Истоки истории и ее цель» осмыслению техники посвящен специальный раздел – «Современная техника». Ясперс начинает с описания кризиса. «Нынешний век, – пишет философ, – век техники со всеми вытекающими отсюда последствиями, которые, по-видимому, не оставят на земле ничего из того, что на протяжении тысячелетий обрел человек в области труда, жизни, мышления, символики. Природа меняет облик под воздействием техники, и, наоборот, на человека оказывает воздействие окружающая его среда. Перед лицом непокоренной природы человек представляется относительно свободным, тогда как во второй природе, которую он технически создает, он может задохнуться. Техника превратила все существование в действие некоего технического механизма, всю планету – в единую фабрику. Произошел полный отрыв человека от его почвы, от отзвука подлинного бытия. Смысл техники – освобождение от нерациональной власти природы, поверхность земного шара на наших глазах превращается в машинный ландшафт.

Осваивая природу, человек не учитывал необходимости уважения закономерностей, господствующих в биосфере и своей деятельностью нарушал уравновешенность условий и влияний в природной среде. Возникли экологические проблемы, угроза здоровью через воздух, воду и пищу, которые загрязнены веществами, произведенными человеком. Несоответствие между эволюционным ходом природных макропроцессов и изменениями в результате деятельности людей в отдельных компонентах природной системы создает значительные нарушения в природной среде и является одним из факторов настоящего экологического кризиса в мире. Исследователи из канадского университета Макмастера пришли к выводу, что длительное пребывание в районах с загрязненным воздухом способно вызывать генетические мутации у потомства. Американские медики установили, что нахождение беременной женщины в условиях повышенного уровня загрязнения воздуха вероятность преждевременных родов повышается на целых 7%. Промышленный комплекс оказывает очень серьезное отрицательное воздействие на качество воды. Сегодня уже

трудно найти водоем, в который не сливаются производственные воды. После кипячения хлорированная вода насыщается диоксинами, которые при накоплении в организме человека негативно действуют на иммунитет, вызывают нарушения репродуктивной функции и эндокринной системы, провоцируют возникновение онкологических заболеваний и генетических аномалий. Если беременная женщина часто оказывается в электромагнитном поле, для нее существенно возрастает угроза самопроизвольного аборта, преждевременных родов, появления врожденных пороков развития у плода. Еще в 80-х годах прошлого века ученые из США, Канады, Испании доказали, что переменные магнитные поля, излучаемые мониторами компьютеров и телевизорами могут стать причинами акушерско-гинекологического неблагополучия.

Далеко не последнее место в плане влияния на репродуктивное здоровье занимают профессиональные факторы риска – условия, в которых работает женщина, ожидающая ребенка. Профессиональный риск является составной частью риска окружающей среды, воздействующей на человека. Исследования, проводимые в течение не одного десятилетия, позволили установить отрицательную роль ряда химических веществ, физических факторов, в том числе подъема тяжестей, вибрации, нервного перенапряжения и т.д. – на репродуктивную систему женщин, включая период беременности.

Также современные достижения изменяют образ жизни. Частое использование автомобилей, интернета, сотового телефона, как способа передачи информации не отходя от рабочего стола, приводят к уменьшению двигательной активности и как результат избыточный вес, гормональные нарушения, изменение работы различных систем органов и патологически протекающая беременность.

Притом, что двигаться люди стали меньше, в целом динамика жизни стала быстрее. Нагрузка на работе, необходимость быстрого принятия решения, высокая ответственность – все это создает неблагоприятную психологическую атмосферу, на фоне которой наступает беременность. За все физиологические процессы отвечает кора головного мозга. Когда человек в стрессе, организм говорит «нельзя размножаться, надо спасать себя». Так рождение ребенка откладывается на неопределенное время, либо у женщины, с наступлением беременности, не формируется доминанта беременности, и этот период в результате протекает патологически.

Таким образом, в мире происходит экологический кризис. Вода, воздух, земля – все пострадало в результате активного воздействия человека на природу. Человек не учитывает необходимости уважения закономерностей, господствующих в биосфере и своей деятельностью нарушает равновесность условий и влияний в природной среде. Это

создает значительные нарушения в природе. Стремительное развитие техносферы опережает эволюционно сложившиеся приспособительные, адаптивные возможности человека. Во время беременности изменения в организме будущей мамы затрагивают все системы, так как необходимо поддерживать не только свою жизнедеятельность, но и плода. Поэтому адаптация в таких условиях становится все сложнее.

Все медицинские факторы, так или иначе, связаны с социально-демографическими, экологическими, экономическими и т.д. Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача современной медицины во всем мире. Но решение проблемы осложненной беременности нельзя оставлять только медикам. Она должна решаться комплексно.

### *Литература*

1. Дружинин В.Н. Психология семьи: 3е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 176с.
2. Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю. Невынашивание беременности. Учебно-методическое пособие – М.: 2010 – 48с.
3. Семья: Книга для чтения. Кн.1. Сост. И.С. Андреева, А.В. Гулыга. – М: Политиздат, 1991. – 346с.
4. Скорнякова М.Н., Сырочкина М.А. Гипоменструальный синдром. Руководство для врачей. – Екатеринбург: ООО «ИРА УТГ». 2005 – 235с.
5. Тихонов В. Будущее человеческой цивилизации и России. – М: 1996. – 90с.
6. Яновский Р.Г., Перминова А.И., Мельникова Т.А. Женщина и общество России // Вопросы философии №9, 1994г – с 173-177

## **Фармацевтическая этика и деонтология. Проблемы современной фармации**

*Щербинина М.Н.*

Среди проблем практического здравоохранения в области фармации, связанных с профессиональной деятельностью провизоров и фармацевтов, этико-деонтологические проблемы до настоящего времени занимают ведущее место.

Впервые термин «этика» был использован древнегреческим философом Аристотелем для обозначения науки, которая изучает добродетели человеческого характера (мужество, умеренность и др.) и занимает срединное положение между учениями о душе (психологией) и государстве (политикой). Одним из разделов этики является деонтология – наука, которая рассматривает проблемы долга и всего того, что выражает требования нравственности в форме предписаний. Впервые термин «деонтология» ввел английский философ Бентам (1748-1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности нравственного совершенства и безупречности.

В древнеиндийской священной книге «Аюр-веда» (Наука жизни) есть следующее изречение: «В руках невежды лекарство - яд и по своему действию может быть сравнимо с ножом, огнем или светом. В руках же людей сведущих оно уподобляется напитку бессмертия». Эта мысль проходит красной нитью через всю историю фармации и организации фармацевтического дела как у нас в стране, так и за рубежом. Она определяет многие деонтологические и этические позиции современного фармацевтического работника [1].

Фармацевтическая этика – это совокупность неформальных норм нравственного поведения фармацевтических работников при выполнении ими своих обязанностей по отношению к обществу, конкретному пациенту, друг к другу, контактными группам людей (медицинские работники, контролирующие органы и др.).

Фармацевтическая этика включает в себя учение о долге фармацевтического работника – фармацевтическую деонтологию и учение о моральных ценностях.

Впервые в России требования профессиональной этики нашли свое отражение в Аптекарском уставе 1789 г. В частности, в нем отмечалось: «Аптекарь, яко добрый гражданин, верно хранящий присяжную должность, повинен быть искусен, честен, совестен, благоразумен, трезв. Прилежен, во всякое время присутственен и исполняющий звание свое всеобщему благу соответственно».

В 1997 г. на совещании ВОЗ с участием представителей Международной фармацевтической федерации по проблеме «Подготовка будущих фармацевтов: разработка учебных программ» (Ванкувер, Канада) были сформулированы современные требования к специалистам отрасли, получившие название «Фармацевт 7 звездочек», которые также отражают значимость личностных характеристик. Согласно этим требованиям, фармацевт (провизор):

- работник системы здравоохранения, член команды;
- способен принимать ответственные решения;
- специалист по коммуникации, посредник между врачом и пациентом;
- готов к лидерству в интересах общества;
- руководитель, способный управлять ресурсами и информацией;
- готов учиться всю жизнь;
- наставник, участвующий в подготовке молодых фармацевтов (провизоров).

Руководствуясь принципами гуманизма и милосердия, основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международной фармацевтической федерации, а также осознавая высокую роль и моральную ответственность специалистов фармацевтической профессии перед обществом за свою деятельность, Российская фармацевтическая ассоциация приняла в 1995 году «Этический кодекс российского фармацевта». Кодекс включает 12 статей, определяющих главную цель, условие и принципы профессиональной деятельности фармацевтического работника, основными из которых являются:

- соответствие деятельности требованиям профессионального долга и этики, интересам пациентов и потребностям защиты жизни и здоровья каждого человека вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального статуса, религиозных и политических убеждений;
- поддержание высокого профессионального уровня;
- ответственность за качество лекарственной помощи, информирование врачей и больных об истинной ценности лекарств;
- профессиональная независимость;
- содействие в выборе, назначении и применении лекарственных средств;
- корректное поведение по отношению к коллегам;
- сохранение уважения, благодарности и обязательств по отношению к тем, кто научил избранной специальности;

- консолидация фармацевтического сообщества;
- несовместимость с избранной профессией злоупотреблений знаниями и положением [2].

Таким образом, принципы фармацевтической этики и деонтологии положили основу для формирования современной концепции фармацевтической помощи. Само понятие «фармация» и «фармацевтическая помощь» происходит от египетского слова «фармаки», что означает «дарующий безопасность или исцеление [1].

Впервые понятие «фармацевтическая помощь» (англ. - pharmaceutical care) стали использовать за рубежом в начале 70-х годов XX века для характеристики содержания деятельности фармацевтов в больницах и клиниках. В то время под фармацевтической помощью понималась система обеспечения фармакотерапии, позволяющая достичь результатов, улучшающих качество жизни пациента, в которой клинический или больничный фармацевт наравне с врачом берет на себя долю ответственности за здоровье пациента определяемую его действиями и решениями. При этом фармацевтическая помощь включала в себя не только фармакотерапию, но и решение всех проблем, связанных с индивидуализированным назначением курсов того или иного лекарственного препарата.

В течение первого десятилетия концепция фармацевтической помощи получила развитие не только в больничном (госпитальном) секторе, она распространилась на аптечные организации и стала рассматриваться как альтернатива традиционному лекарственному обеспечению. Отличительными чертами системы фармацевтической помощи явились:

- новый тип взаимоотношений – «терапевтические взаимоотношения» в цепочке врач – фармацевтический работник – пациент;
- участие специалиста с высшим фармацевтическим образованием в управлении лечебным процессом, а именно, обоснование выбора необходимых лекарственных препаратов, консультирование и обучение пациентов, мониторинг и оценка результатов лекарственной терапии.
- достижение клинических результатов при оптимальных экономических затратах;
- совершенствование системы распределения лекарственных препаратов (полное управление качеством, социальная фармация и др.);
- оптимизация информации о лекарственных препаратах для населения (совершенствование ее формы и содержания на этикетках, информации для потребителей) [3].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) под фармацевтической помощью понимается философия практики общения с пациентом и общественностью в аптеке как первом звене многоуровневой системы здравоохранения. Данная философия положена в основу концепции надлежащей аптечной практики, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1996 г.

Итак, фармацевтическая помощь – это деятельность, имеющая целью, во-первых, обеспечение населения и конкретно каждого человека всеми товарами аптечного ассортимента и, во-вторых, оказание научно-консультационных услуг медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросам выбора наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств и других предметов аптечного ассортимента, способов их хранения, использования, порядка приобретения и т.п.

В условиях современного общества остро встает проблема самолечения, это связано как с нехваткой времени, так и с пропагандой самолечения в средствах массовой информации, в связи с чем, многократно возрастает роль провизора (фармацевта), его поведения в цепочке «врач – провизор (фармацевт) – пациент», соблюдение им принципов фармацевтической этики и деонтологии.

То, насколько высоки моральные качества провизора, то насколько глубоко он осознает важность социальной составляющей своей специальности, все это определяет его поведение с пациентом и дальнейшее поведение пациента.

Поскольку, каким бы прискорбным ни был этот факт, но пациенты зачастую в первую очередь обращаются за медицинской и фармацевтической помощью к фармацевтическим работникам. И от того насколько правильно поведет себя провизор (фармацевт) в этой ситуации будет зависеть направится ли пациент к врачу за медицинской помощью.

Однако, это не единственная проблема современной фармации, сегодня, в условиях современного общества, когда фармацию и здравоохранение в целом пациенты воспринимают как сферу услуг, когда в деятельность аптечных организаций активно внедряются рыночные механизмы, принципы и способы продаж, фармацевтическому работнику как никогда сложно уравновесить экономическую и социальную составляющую своей профессии.

Дело в том, что мощный научный прорыв в фармакологии (создание лекарственных препаратов новых поколений, разнообразных биологически активных добавок), сопровождаемый переходом к рыночным механизмам хозяйствования в сфере оказания фармацевтической помощи, породил проблему «фармакологической агрессивности». Огромное количество аптек, бесчисленное количество лекарственных препаратов, витаминных комплексов, биологически активных добавок, их тотальная реклама

в средствах массовой информации, все это сегодня создает у пациентов впечатление безвредности, эффективности, безопасности приема лекарственных препаратов. И только провизор (фармацевт), как специалист непосредственно работающий с пациентом, может оказать на него непосредственное влияние в выборе того или иного препарата.

В связи с этим роль фармацевтической этики и деонтологии возрастает многократно, поскольку фармацевтический работник при осуществлении фармацевтической деятельности всегда должен помнить, что целью при оказании фармацевтической помощи пациенту является сохранение его здоровья.

### *Литература*

1. Эйделькинд Ю. История в 13 столетий // Журнал «Первый стол» - 2011 - №2-с.12-13;
2. Лопатин П.В., Карташова О.В. Биоэтика: учебник для вузов 4-ое издание/ под ред. Лопатина П.В.- «ГЭОТАР-МЕДИА»,2009.-272 с.
3. Управление и экономика фармации: Учебник / Под ред. В.Л. Багировой. – М.: ОАО «Издательство «Медицина»,2004.- 720 с.

## **Квалифицированное консультирование: этика современного провизора**

*Филимонова А.В.*

Стремительный темп развития фармацевтического рынка формирует высокие требования, предъявляемые к оказываемой пациентам лекарственной помощи и консультативной деятельности по вопросам здорового образа жизни. Стоит отметить, что уровень фармацевтического обеспечения определяется не только качеством, эффективностью и безопасностью применяемых лекарственных препаратов, но и, в равной степени, тем, насколько квалифицированной и содержательной была консультация по вопросам приобретения, правильного и безопасного применения, хранения лекарственных средств, что напрямую зависит от каждого конкретного специалиста-провизора.

Какой же смысл вкладывается сегодня в понятие «квалифицированное консультирование»? Только ли это способность профессионально грамотно ответить на вопрос пациента? Или что-то еще? Давайте попробуем разобраться.

В традиционном представлении, работа провизора предполагает непосредственное общение с людьми. Естественно, найдутся и те, кто возразит: не все выпускники фармацевтических факультетов идут работать в аптеку, многие трудоустраиваются в фармацевтические и медицинские компании, где занимаются деятельностью, не предполагающей ежедневного общения с большим числом людей. Но, так или иначе, успех деятельности каждого конкретного специалиста зависит не только от его профессиональных компетенций, но и от личностных морально-этических качеств. В последнее время все больше и больше внимания уделяется тому, каким образом провизор, непосредственно работающий с населением, производит отпуск лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. При этом решающее значение приобретают удовлетворенность пациента результатами общения и соблюдение специалистом юридических и морально-этических норм.

Глобальные изменения последнего времени в сфере экономики, здравоохранения, фармации, информационных технологий, а также психологии привели к коренным изменениям взаимоотношений в системе «врач – пациент – провизор». С одной стороны, врач, не успевая овладеть колоссальным объемом информации обо всех новых лекарствах, проявляет вынужденный консерватизм в вопросах фармакотерапии. С другой стороны, достаточно грамотный, требовательный к своему здоровью, насыщенный сведениями о лекарствах и не имеющий лишнего свободного

времени пациент все чаще обращается к провизору, минуя врача. Сложившаяся ситуация коренным образом меняет роль провизора, который начинает занимать ключевую позицию в консультационной деятельности и вопросах ответственного самолечения.

Изначально роль провизора заключалась в приготовлении различных видов лекарственных форм, организации работы аптечного учреждения, закуп лекарств и их последующий отпуск населению и лечебно-профилактическим учреждениям. В настоящее время в связи с бурным развитием заводских фармацевтических производств, и, как следствие, ростом количества готовых лекарственных препаратов, изготовление лекарств в условиях аптеки больше не является основным видом профессиональной деятельности провизора: большинство выпускников фармацевтических факультетов, работающих в аптеках, заняты непосредственным отпускem лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения населению. Провизор теперь – это, прежде всего, не технолог по изготовлению лекарств, а консультант по вопросам выбора лекарственного средства, формы выпуска и дозировки, а также наиболее приемлемого способа применения для обеспечения эффективной и безопасной фармакотерапии.

В системе взаимоотношений «провизор-врач» также произошли некоторые изменения. Исходя из общих целей, врач и провизор должны действовать согласованно, а главное иметь постоянную возможность общения и обмена опытом, что, к сожалению, практически не встречается в российском здравоохранении. Отдалению способствует еще и прочно укоренившийся в стереотип, что провизор – это, прежде всего, менеджер, материально заинтересованный в факте отпуска лекарства. Естественно, в том, что такой стереотип сложился, виноваты и фармацевтические работники, которые сегодня четко осознают, что клиент вероятнее всего предпочтет аптеку, где помимо приобретения лекарства, он также сможет получить грамотную профессиональную консультацию по вопросам его правильного применения. Зачастую именно работник аптеки становится первой инстанцией, куда обращается за помощью заболевший, поэтому важная роль в подготовке специалиста-провизора должна отводиться профессиональной этике.

Задолго до введения термина «профессиональная этика» основные принципы, регламентирующие правила поведения врача и медицинского работника, содержались в письменных источниках древности. Уже в индийском своде законов Ману «Веды» перечислены правила поведения врача. В античные века огромное влияние на развитие принципов поведения медицинского работника оказала знаменитая «Клятва» основоположника научной медицины Гиппократ. Любопытно отметить, что за всю историю развития медицины только в 1967 г. на II Всемирном

деонтологическом конгрессе в Париже было сделано первое и единственное дополнение к клятве Гиппократата: «Клянусь обучаться всю жизнь». Выпускники фармацевтических вузов времен СССР при получении диплома приносили клятву советского провизора. К сожалению, этот важный и торжественный ритуал сегодня забыт.

Фармацевтическая этика в виде отдельных писанных и неписанных правил, норм, принципов и моральных ценностей, определяющих профессиональное поведение фармацевтического работника, стала формироваться с тех самых пор, как в средние века, в ходе естественного процесса развития медицинской науки и практики, началось постепенное обособление профессий врача и аптекаря. Не вызывает сомнений, что основой для развития фармацевтической этики стала уже достаточно сформировавшаяся к тому времени этика медицинская.

Фармацевтическая этика возникла с открытием первых аптек. В России это произошло в конце XVI в., а спустя два столетия, в 1789 г. в целях регламентации аптечной деятельности был издан Аптекарский устав, вошедший в свод законов Российской империи. В положениях устава определялись и этические нормы поведения аптекаря, и нравственные требования к его личности. Например, постановлялось, что «аптекарь, яко добрый гражданин, верно хранящий присяжную должность, повинен быть искусен, честен, совестен, благоразумен, трезв, прилежен, во всякое время присутствен и исполняющий звание свое всеобщему благу соответственно».

К XIX-XX вв. развитие фармацевтической науки и рост народонаселения привели к резкому увеличению количества аптек и номенклатуры лекарственных препаратов. Как следствие, перед обществом в целом и перед фармацевтическим сообществом в частности встала проблема более строгой регламентации профессиональной деятельности провизора, что и было сделано путем создания и постоянного совершенствования современной законодательной базы в области фармации. В то же время стало очевидно, что для многих профессий, в первую очередь для тех, от представителей которых зависит здоровье, благополучие, а зачастую и жизнь человека, одного законодательного регулирования недостаточно.

Фармацевтические сообщества разных стран на определенном этапе своего развития пришли к пониманию того, что необходимо свести в одном документе все выработанные многолетней практикой правила профессионального поведения и этические нормы, а также заявить о принципах и ценностях, определяющих роль и ответственность провизора перед обществом. Так появились первые этические кодексы фармацевта, которые, по сути, представляли собой принятые сообществом объединившихся аптекарей декларативные заявления, состоящие из добровольно взятых на себя профессионально-нравственных обязательств и самоограничений.

У фармацевтической этики есть много общего с врачебной этикой, но есть и значительные отличия: фармацевт не лечит больного, не делает назначений; однако он должен хорошо владеть навыками психотерапии, т.е. вселять в больного веру в выздоровление, в эффективность лекарственного препарата. Провизор должен обладать определенными профессиональными и нравственными качествами, уметь регулировать свои взаимоотношения с посетителями аптеки, использовать психологическое воздействие на больного.

Чтобы не быть голословной, приведу пример из практики. К провизору обратилась пациентка с просьбой отпустить ЛП, снижающий артериальное давление. В то же время посетовав, что ничего из того, что она принимала, эффекта не дало, попросила порекомендовать эффективное средство. Как провизору провести консультацию, чтобы и нормы профессиональной этики были соблюдены, и клиент остался удовлетворен?

Во-первых, во главу угла поставлена жизнь и здоровье пациента, что необходимо четко помнить, какого рода консультацию бы специалист не оказывал. Исходя из этого, рекомендация каких-либо аналогичных препаратов недопустима. Рационально разъяснить клиенту, что существует достаточно широкий спектр препаратов, снижающих давление, и в этом многообразии обязательно найдется средство, отвечающее его потребностям. Для поддержания авторитета врача целесообразно проговорить, что это средство выписано доктором, исходя из данных о текущем состоянии здоровья, и врач счел именно это средство наиболее подходящим.

Во-вторых, если у клиента вызывает опасение высокая стоимость лекарства, и остаются сомнения в эффективности назначения, уместно будет предложить приобрести небольшую упаковку средства, либо вновь обратиться к врачу.

К сожалению, сегодня утрачена столь необходимая тесная связь провизоров и практикующих врачей. В штате многих лечебно-профилактических учреждений недостаточно количество фармацевтических специалистов с высшим образованием. Зачастую назначая лекарство, врач руководствуется информацией о нем, полученной от заинтересованных лиц, и вынужден на практике проверять соответствие препарата этой информации. Также практически полностью упразднена должность провизора-информатора, во многих городах прекратили свое существование фармацевтические информационные центры.

Отмечу, что Свердловской области в этом плане повезло больше, чем другим регионам: функционирует и активно развивается единственный в области «Центр фармацевтической информации», оказывающий бесплатные справочно-консультационные услуги населению и практикующим

врачам. В центре работают квалифицированные фармацевтические и медицинские специалисты, соблюдающие правила фармацевтической этики и консультирующие исключительно в пределах своей компетенции.

Действовать на собственный риск и страх провизору противопоказано, хотя практики достаточно часто сталкиваются с ситуациями, когда достаточно сложно найти верное решение. Но именно такая перспектива выбора встает перед специалистом, когда с целью приобрести лекарство в аптеку приходит ребенок. Как поступить провизору? Правомерно ли отпустить препарат несовершеннолетнему с точки зрения юридических и этических норм?

К сожалению, действующее законодательство данный вопрос никак не регулирует: конкретных запретов на отпуск каких-либо лекарственных препаратов лицам, не достигшим определенного возраста, не предусмотрено. По Гражданскому кодексу лица до 18 лет могут совершать «мелкие бытовые сделки», но относится ли к данной категории факт покупки лекарств, также неизвестно. Юристы предлагают действовать следующим образом: безобидные, по их мнению, препараты отпускать, а опасные – нет. Еще Парацельс предупреждал, что «все есть яд, ничто не лишено ядовитости» и лишь доза определяет грань между лекарством и ядом. Употребил ребенок ненадлежащим образом витамины или назальные капли – последствия могут быть крайне плачевными. Конечно, профессиональный сотрудник не отпустит препарат несовершеннолетнему, исходя, прежде всего, из соображений безопасности. Никто не может гарантировать, что ребенок, получив доступ к лекарству, не использует его с ущербом для собственного здоровья. Поскольку за деяния несовершеннолетнего ответственность несут взрослые, то может случиться и так, что провизор или фармацевт будет сам обвинен в неправомерном отпуске.

Отметим также, что, несмотря на совершенствование составов и форм выпуска лекарственных препаратов, сохраняются ситуации, когда для улучшения состояния пациента необходим длительный прием лекарств по определенной схеме. Не все больные имеют достаточно выраженную приверженность к лечению (комплаентность), поэтому в таком случае прямая обязанность провизора – доступно разъяснить, что именно такой способ терапии наиболее эффективен и безопасен, и убедить в необходимости и успехе лечения. Достаточно часто встречается ситуация, когда пациенты допускают нарушения в приеме лекарств, что в последующем может приводить к рецидивам заболевания и необходимости проведения повторных курсов приема. Естественно, консультирующий провизор должен индивидуально рассматривать ситуацию с каждым из клиентов. Если в одном случае необходимо именно убедить, то в другом, более весомыми аргументами станут официальные сведения (декларации соответствия препаратов).

Таким образом, в современном понимании квалифицированное консультирование представляется сложным многогранным понятием, включающим в себя способность применить профессиональные знания с пользой для больного или врача, а также неукоснительное соблюдение правовых и морально-этических норм. Для специалиста-провизора, как и для врача, основную ценность и самость его труда должно составлять здоровье и благополучие обратившегося к нему пациента, причем каждый пациент индивидуален, к нему необходимо найти единственно верный подход и подобрать нужные слова. Существуют тысячи болезней, сотни способов их лечения и множество лекарств. А здоровье всегда только одно.

## Психофизиологическое воздействие лекарств на человека

*Смирнова М.В.*

Болезнь и здоровье представляют собой две формы жизненного процесса, и в течение жизни они могут не раз сменять друг друга. Чтобы проследить наиболее полную взаимосвязь этих двух форм, необходимо дать им точное определение. Понятие «здоровье» находится в центре внимания врачей с момента появления научной медицины и до сегодняшнего дня остается предметом дискуссий. Можно сказать, что здоровье – это отсутствие заболевания. Именно так на бытовом уровне и понимают здоровье отдельного человека – сегодня ты не болен, следовательно, здоров. Известный врач Гален из Пергама еще во II веке писал, что здоровье – это состояние, при котором мы не страдаем от боли и не ограничены в нашей жизнедеятельности. Но отсутствие внешних симптомов болезни вовсе не является гарантией того, что человек здоров. Кроме того, нельзя рассматривать здоровье как чисто физическую проблему. Эмоциональное и интеллектуальное состояние играют здесь далеко не последнюю роль. И в этом плане наиболее точное определение дает Всемирная организация здравоохранения, согласно которой «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и инвалидности». Отсутствие же такого благополучия есть болезнь.

Вклад медицины в национальное здоровье составляет не более 8-10%, все остальное (90-92%) это качество внешней среды (чистота воздуха и воды, уровень радиационного фона и т.п.), здоровый образ жизни и т.д. С накоплением новых научных знаний (фармация, генная инженерия, нанотехнологии, робототехника и др.) возрастает роль медицины в нашей жизни. Желание людей продлить свою жизнь, улучшить ее качество неизбежно приводит к увеличению количества потребляемых лекарств, стимулирует поиск и синтез новых эффективных препаратов.

В настоящее время фарминдустрия развивается бурными темпами. По подсчетам фармакологов около 95% всех существующих ныне лекарственных средств появилось за последние 60 лет. Эти десятилетия характеризуются своеобразным фармацевтическим взрывом. Они принесли человечеству тысячи новых лекарственных препаратов, вследствие чего современного человека иногда иронически называют *Homo medicamentosus* – «человек медикаментозный». С помощью таблеток лечится буквально все: и тяжелые недуги, и небольшие недомогания вроде легкой головной боли. Многие люди до сих пор верят, что с помощью химии и новых технологий мы сможем обуздать все болезни. Но реальность такова, что даже самые совершенные лекарства не смогут приблизить нас к той черте, за которой лежит жизнь без болезней. Кроме того, многие

лекарственные препараты, обладая мощной биологической активностью и выраженной терапевтической эффективностью, несут в себе потенциальную опасность для больного и могут вызывать серьезные осложнения, иногда приводящие к инвалидизации и даже смерти. В британском журнале «Proof» была опубликована статья, где отмечалось, что безопасность 80% всех производимых лекарственных препаратов не доказана, а значит, они могут нести в себе потенциальную опасность. За последние 40 лет с фармацевтического рынка по причинам, связанным с недостаточной безопасностью, было изъято более 130 лекарственных средств. Треть этих изъятий происходила в течение 2 лет, а половина – в течение 5 лет после регистрации препарата. В США от осложнений, связанных с применением лекарств, ежегодно погибают 100-200 тысяч человек. Несмотря на глобальное внедрение систем наблюдения за фармакологической безопасностью, неблагоприятные побочные реакции все еще остаются одной из значимых причин смертности во всем мире. Смертность, вызванная лекарственной терапией, вышла на четвертое место после смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травм. Зачастую нежелательные побочные реакции связаны с тем, что лекарственное вещество оказывает системное воздействие на организм, действуя подобно выстрелу картечью, которая бьет по большим площадям. Решить проблему появления побочных реакций от применения лекарств может появление новых способов целенаправленной доставки биологически активных лекарственных веществ к органу-мишени, т.е. приобретение лекарством исключительной избирательности. Лекарственный препарат, обладая таким свойством, является своего рода «волшебной пулей», точно нацеленной на больное место и не задевающей здоровые ткани.

На сегодняшний день основными способами введения лекарственных препаратов являются пероральный и парентеральный, которые наряду с эффективностью часто вызывают побочные реакции. Существуют альтернативные, но гораздо менее известные и применяемые способы введения лекарств – трансдермальный, интраназальный, легочный и т.д. Эффективность, например, трансдермального способа связана с тем, что он обеспечивает постоянную концентрацию препарата в крови в течение длительного времени, но отличается более легким способом применения. Отсутствие первичного контакта с печенью снижает не только вероятность возникновения отрицательных побочных эффектов, но и терапевтическую дозу лекарственных веществ. Дозированное постоянное поступление лекарства через кожу исключает большие перепады концентрации, неизбежные при парентеральном пути его введения. Тем не менее, такой способ лечения, как и остальные альтернативные способы, до сих пор вызывает недоверие, как у врачей, так и у пациентов.

Стационарное лечение всегда ассоциируется у больных с внутривенными инфузиями («капельницами») и внутримышечными инъекциями. При этом они считают эти способы наиболее эффективными. Зачастую это связано с верой в чудо, в мгновенное исцеление, что приводит к нежеланию работы над собой, сохранению прежнего образа жизни, привычек, отказу от продолжения терапии в амбулаторных условиях. Нетрудно представить реакцию пациента, если заменить традиционные инвазивные методы введения лекарств, например, на альтернативный трансдермальный метод. Недовольство, сомнения, недоверие к врачу при проведении непривычной терапии может негативно сказаться на ее эффективности. Особенно если сосед по палате, родственник с такой же патологией эффективно лечился традиционными методами. Результаты терапии в этом случае связаны не столько с эффективностью того или иного способа лечения, сколько с отношением к ним пациентов. По данным исследования, опубликованного в журнале *Science Translational Medicine*, сомнения пациента в эффективности лекарства могут повлиять на эффект, оказываемый этим препаратом. Этот эффект известен как «эффект ноцебо» (от лат. «приносящий вред»). Пациенты убеждены, что что-то идет не так, и эта мысль становится достаточной причиной плохих результатов лечения. Следовательно, чтобы добиться больших успехов в лечении альтернативными способами, важно, прежде всего, устранить психологический барьер – «эффект ноцебо».

Противоположный психологический эффект – «эффект плацебо» – действует в случае применения традиционных инвазивных способов лечения. Настрой пациента на положительный результат и вера в правильность действий врача дает хорошие результаты, ускоряет темпы выздоровления. Опыт исследования феномена «эффекта плацебо» показывает, что инъекции для пациента чаще считаются более эффективными, чем перорально применяемые препараты; лекарства в яркой упаковке, цветные действуют лучше, чем бесцветные; препараты с выраженным вкусом – лучше, чем безвкусные. Проведение традиционной терапии вместе с эффектом плацебо положительно воздействует на организм вследствие своей фармакологической активности. Так, состояние пациентов с депрессией, получавших фармакотерапию, по истечении определенного времени на 33% улучшилось по сравнению с теми, кому назначали плацебо. В то же время у тех, кто принимал плацебо, оно было на 200% лучше по сравнению с пациентами, числившимися в листе ожидания и не получавшими вообще никакого лечения. Многочисленные исследования показали, что эффективность лекарств в среднем на 30% состоит из плацебо-эффекта, но у некоторых препаратов, например, для лечения мигрени или депрессий она может достигать до 60-70%.

Влияние плацебо настолько сильно, что в фармакологии сейчас ни одно лекарство не может считаться эффективным, пока не будет доказано, что оно действует на больных лучше, чем плацебо-препараты. А чтобы ученые, которые проводят испытания, не могли повлиять на результаты эксперимента, придуман метод «двойного слепого эксперимента». Ни пациенты, ни врачи или медсестры, которые проводят лечение, не знают, что именно получает больной – настоящее лекарство или нейтральный порошок. Тем самым медики признают, что на больного действует не только лекарство, но и ожидание от лечения. Возможно, поэтому многие предпочитают лечиться у «известных» докторов – имидж «хорошего доктора» усиливает ожидания и любое его действие, правильное или нет, будет исцелять. Правильное ведение разговора с пациентами, установление доверительных контактов с ними также способствует внушению пациентам уверенности в положительном результате лечения.

Здоровье, являясь самым ценным даром для каждого человека, нуждается в бережном отношении, которое в свою очередь проявляется не в чрезмерном внимании и приеме огромного множества лекарственных препаратов, а в ведении правильного образа жизни, приеме препаратов лишь при действительной необходимости и по рекомендации врача. Лишь адекватное отношение к своему здоровью позволит сохранить его надолго и избежать вынужденного проведения медикаментозной терапии.

## **Антибиотики: польза или вред**

*Подольак Т.Л.*

Сегодня в общественном сознании существует множество точек зрения, причем нередко взаимоисключающих друг друга, о том, что же такое антибиотики, когда и как их надо применять, и насколько они опасны для человека. При ответе на эти вопросы достаточно популярны две крайности. По одним утверждениям, антибиотики – это «вредная химия», они угнетают иммунитет, вызывают дисбактериоз, поэтому принимать их нельзя, а бороться с инфекциями организм человека должен своими силами. Другая категория участников дискуссии – сторонники антибиотиков, не очень утруждая себя теоретизированием, в домашней аптечке держат 2-3 различных антибиотика, принимают их сами и «назначают» родственникам при первом же чихе. Более того, если при повышенной температуре врач не назначил антибиотики, то в глазах таких людей на профессиональной репутации врача можно ставить крест. Насколько оправданы обе позиции? Предположение о том, что истина лежит где-то посередине между крайними точками зрения, вполне разумно, но нуждается в некоторой конкретизации, поэтому поговорим об антибиотиках подробно.

На протяжении многих веков и тысячелетий миллионы людей гибли от врагов, невидимых невооруженным глазом. Эти враги – микробы. История человечества – это история больших и малых войн, однако можно с уверенностью утверждать, что жертвами микроскопических бактерий пали куда больше людей, чем во всех войнах, вместе взятых. Достаточно вспомнить ужасающие эпидемии оспы, чумы или хотя бы гриппа, которые в Средние века буквально выкашивали до половины населения Европы и даже более. К этому списку надо добавить раневую инфекцию и фатальные осложнения безобидных по нынешним меркам мелких бытовых травм. Известно, что в XVI в. средняя продолжительность жизни человека составляла около 30 лет. Что такое для современного человека порезаться ножом для резки хлеба на кухне или наступить на гвоздь? Неприятность, не более того. А еще в начале XX в. (по историческим меркам – совсем недавно) такая мелочь легко могла бы унести пострадавшего в могилу.

В корне изменило ситуацию открытие английского (точнее, шотландского) микробиолога А. Флеминга. Ему удалось из обычной, казалось бы, плесени выделить первый антибиотик – пенициллин. Стоит упомянуть, что, победив многие распространенные и опасные инфекционные болезни, пенициллин продлил человеческую жизнь в среднем на 30–35 лет!

Итак, в медицине началась новая эра – эра антибиотиков. «Подобное лечится подобным» – этот принцип известен врачам с древнейших времен. Так почему бы не бороться с одними микроорганизмами при помощи других? Эффект превзошел самые смелые ожидания; кроме того, открытие пенициллина положило начало поиску новых антибиотиков и источников их получения. Пенициллинам на момент открытия были свойственны высокая химиотерапевтическая активность и широкий спектр действия, что приближало их к идеальным препаратам.

Антибиотики пришли в нашу жизнь как средство избавления от инфекций. Появление этих препаратов совершило контрреволюцию в медицине, так как врачи впервые приобрели возможность более эффективно лечить инфекционные заболевания. Однако у любой медали, как известно, есть и обратная сторона. Как только появились новые мощные препараты, о них стали говорить как об «оружии массового поражения, убивающем все живое». Из лучших побуждений, чтобы вылечить больше, быстрее, эффективнее, врачи назначали антибактериальные средства всегда и везде, где был намек на инфекцию. Но практически сразу появились неожиданные проблемы: формирование у бактерий устойчивости, появление нежелательных побочных эффектов – аллергии, дисбактериозов. Все это способствовало возникновению различных заблуждений относительно антибактериальных препаратов.

В последние десятилетия стало очень популярным мнение, что антибиотики – это зло, они крайне вредны для организма, их нельзя ни в коем случае применять. Многие люди отказываются от приема назначенных врачом антибиотиков даже в тяжелом состоянии. Подобный подход однозначно является ошибочным и даже опасным. Без антибиотиков не обойтись, если речь идет о жизни и смерти больного. По-прежнему они являются «центровыми» в преодолении сепсиса, интоксикации, туберкулеза. Пока не существует других препаратов, способных так мощно и быстро справиться с инфекцией, угрожающей жизни. Но, разумеется, назначая антибиотик, врач должен оценивать показания и противопоказания, взвешивая предполагаемую эффективность и риск развития побочных эффектов.

Весьма опасна и другая крайность по отношению к антибиотикам. Некоторые люди уверены, что для выбора подходящего средства достаточно прилагать к препарату аннотации или просто собственных непрофессиональных знаний. Но самолечение антибиотиками чревато не только неэффективностью терапии неправильно подобранным препаратом, но и развитием побочных и токсических эффектов вследствие неправильной дозировки и отсутствия адекватного прикрытия, развитием устойчивости микроорганизмов к антибиотику из-за несвоевременной отмены препарата. Поэтому гораздо разумнее предоставить подбор лекарства квалифицированному специалисту.

Хорошо это или плохо, антибиотик широкого спектра действия? С одной стороны очень хорошо, поскольку если возбудитель болезни не известен, использование антибиотика широкого спектра с большей вероятностью окажется эффективным. С другой стороны, такой антибиотик будет уничтожать не только возбудителя болезни, но и «мирных» кишечных микробов, что проявится в виде дисбактериоза. Отсюда очевидный вывод – антибиотики узкого спектра, более предпочтительны, чем антибиотики широкого спектра. Но, лечить именно препаратами узкого спектра врачу сложнее, – легче не угадать, не попасть, не помочь и оказаться, в конце концов, виноватым.

Недопустимо применение антибактериальных препаратов при вирусных инфекциях якобы с целью профилактики – дабы предупредить развитие осложнений. Это никогда не удастся, наоборот – становится только хуже. Во-первых, потому, что всегда найдется микроб, который уцелеет. Во-вторых, потому, что, уничтожая одни бактерии, мы создаем условия для размножения других, увеличивая, а не уменьшая при этом вероятность все тех же осложнений. Короче говоря, антибиотик должен назначаться тогда, когда бактериальная инфекция уже есть, а не для того, чтобы якобы ее предотвратить. Наиболее правильное отношение к профилактической антибиотикотерапии заложено в лозунге, выдвинутом гениальным философом М. М. Жванецким: «Неприятности надо переживать по мере их поступления!»

Профилактическая антибиотикотерапия – не всегда зло. После многих операций, особенно на органах брюшной полости, она жизненно необходима. Во время эпидемии чумы массовый прием тетрациклина способен защитить от заражения. Важно только не путать такие понятия, как профилактическая антибиотикотерапия вообще и профилактическое использование антибиотиков при вирусных инфекциях в частности.

Назначая любой антибиотик, врач не может предугадать все возможные последствия. Имеются случаи индивидуальной непереносимости конкретным человеком конкретного препарата. Если это произошло, и после приема одной таблетки эритромицина у человека появилась рвота и боли в животе, то врач, скорее всего, в этом не виноват.

Родственники больного и врач в обязательном порядке должны находить общий язык. Используя антибиотики, врач всегда имеет возможность перестраховаться – уколы вместо таблеток, 6 раз в сутки вместо 4, цефалексин вместо пенициллина, 10 дней вместо 7... Но золотая середина, соответствие риска неудачи и вероятности быстрого выздоровления во многом определяется поведением больного и его родственников. Кто виноват, если антибиотик не помог? Неужели только врач? Это что

ж за организм такой, который даже с помощью сильнейших лекарств не может справиться с инфекцией! Это ж какой образ жизни надо было организовать, чтобы довести иммунитет до крайности... И я вовсе не хочу сказать, что все врачи ангелы – их ошибки, к сожалению, не редкость. Но смещать акценты необходимо, ибо для конкретного больного ничего не дает ответ на вопрос «кто виноват?». Вопрос «что делать?» – всегда актуальнее. Но сплошь и рядом:

- «Надо было уколы назначать!»;
- «Вы что, кроме пенициллина другого лекарства не знаете?»;
- «Что значит дорого, нам для Машеньки ничего не жалко!»;
- «А вы, доктор, гарантируете, что это поможет?»;
- «Третий раз меняете антибиотик, а все не можете обыкновенную ангину вылечить!».

«Плохих» препаратов не существует. Случается, что их назначают не к месту некомпетентные врачи. Да и мы слишком часто берем на себя смелость решать столь непростые вопросы. Может быть, стоит изменить отношение к антибиотикам, которые мы привыкли глотать после каждого чиха и малейшего повышения температуры?

Широкое необоснованное применение антибиотиков способствует появлению резистентных штаммов возбудителей. Все чаще многие исследователи считают, что если в настоящее время антибиотики являются препаратами, спасающими жизни, то в скором будущем человечество может потерять эти ценные лекарственные средства.

Резистентность микроорганизмов к антимикробным препаратам является глобальной проблемой. Многие считают, что резистентность микроорганизмов является исключительно результатом нерационального использования антибиотиков. Однако резистентность к антимикробным препаратам будет развиваться даже при их правильном применении. В связи с тем, что в современной медицине антибиотики являются незаменимым классом препаратов и их использование во многих случаях необходимо, появление резистентных микроорганизмов будет неизбежным нежелательным явлением при их применении.

На сегодняшний день термин «антибиотики» на слуху у большинства людей. Часть из них полагает, что назначение антибиотиков жизненно необходимо «для профилактики» осложнений любых острых респираторных инфекций, самопроизвольно принимая их даже без консультации лечащего врача. Другие, противники широкого применения этого класса препаратов, стараются воздерживаться от их приема практически всегда

и везде, кроме «реанимационных» случаев. В целом, оба мнения имеют право на существование, однако истина (как обычно и бывает) находится где-то посередине.

Миллионы людей обязаны антибиотикам жизнью и здоровьем. Это препараты, проверенные временем, но надо относиться к назначению их как к довольно серьезному шагу. Любая самодеятельность здесь неуместна. Между антибиотиком и человеком в обязательном порядке должно находиться важнейшее промежуточное звено – врач, который назначает пациенту антибиотикотерапию.

## Паразиты... Тайный мир (философско-медицинские рассуждения) Солдатов Д.А.

*Вы ведь до сих пор не поняли, с чем имеете дело, да?  
Это совершенный организм. Его структурное  
совершенство уступает только его враждебности...  
Я восхищен его чистотой; его сознание не замутнено  
совестью, раскаянием или заблуждениями морали.*

Слова Эша, обращенные к Рипли («Чужой», 1979).

Люди просто не догадываются о том, как сложен и причудлив мир паразитов – опаснейших созданий природы, живущих за счет других, и настолько велика их роль в нашей жизни. Они питаются плотью и кровью своих жертв, влияют на биологическое и социальное поведение целых видов, на численность популяции и направляют, в конечном счете, эволюцию флоры и фауны. В мире, где каждый кормит своего паразита, порой даже трудно провести грань между ним и его жертвой. Нужно ли уничтожать всех паразитов или они – необходимый элемент экологической системы?

Вода, воздух и пища, как материальное начало, формируют здоровье и внешний вид и определяют духовное продолжение – величину свободной энергии, внутренний настрой, мировосприятие, успех в делах и личной жизни, способность управлять реальностью.

Организм, как материальная оболочка нашей души, до поры до времени не доставляет особого беспокойства. Он способен нормально ходить, и даже иногда бегать, водить машину, двигать руками и ногами, раскрывать и закрывать рот, совершать колебательные движения в постели, удовлетворять простейшие потребности, отправлять естественные надобности, в общем, вести себя вполне адекватно. Но стоит поместить такой средний организм в сколь-нибудь экстремальные условия, как он тут же «скисает» и начинает звать маму.

То, что здоровье пока никак себя не проявляет, еще ни о чем не говорит. Организм растет и развивается в среднем до двадцати лет. После двадцати начинается обратный процесс. Есть такой закон, очень неприятный закон: если нет развития – идет деградация. Фактически это означает, что если после двадцати лет вы не прилагаете никаких усилий для развития, значит, вы деградируете. Если раньше здоровье было просто дано, то после сорока лет, а для кого-то еще и раньше, за него приходится буквально бороться. А не станешь этого делать, увидишь свою деградацию «во всей красе». Не существует здоровья и энергии «на уровне». Есть либо движение вверх, либо вниз. Это движение почти незаметно, зато результат появляется как-то сразу и вдруг: откуда-то «целлюлит» вылез, или живот вырос...

Так вот, чтобы не наступило это самое «вдруг», не лучше ли вместо пассивной и бесславной деградации, выбрать путь развития? Для этого нужно выйти из общего строя, шагающего напрямиком в матрицу, и начать действовать грамотно, осознанно, а не как повелось в обществе спящих марионеток. Последующая информация многим покажется необычной и никак не согласующейся с общепринятыми нормами. Действительно, если вы сделаете решительный шаг из строя, то окажетесь за пределами матрицы. Вы станете делать многое совсем не так, как все остальные, но зато, по сравнению с остальными, получите гораздо больше энергии и свободы от маятников. Сначала то, что вы будете делать, удивит вас. Затем вы начнете удивлять, обескураживать и даже раздражать окружающих. А потом окружающие, глядя на то, что происходит с вами, будут брать с вас пример.

Начнем с самого неприятного. У человеческого организма есть паразиты тела и сознания – самые коварные враги. Коварство проявляется в том, что, во-первых, совершенные медицинские лаборатории (как ни странно !) практически не в состоянии диагностировать наличие «гостей» в организме. Это факт. (Клиники просто не оснащены необходимым оборудованием. Допотопные анализы почти ничего не дают). А во-вторых, присутствие паразитов редко проявляется в прямых симптоматических признаках. Паразиты тела и нашего сознания ведут себя тихо, они не заинтересованы в своем обнаружении. Человек может чувствовать себя вроде бы неплохо, но в то же время внутри у него творится такое...!

Простое умение жить внутри другого организма – умение отыскать хозяина, проникнуть в него, найти внутри пищу и партнера, изменить окружающие клетки, обойти защитные механизмы – громадное эволюционное достижение. Паразиты могут еще больше: они полностью контролируют своих хозяев, становятся, по существу, их новым мозгом и превращают в других существ. Хозяин такого паразита становится просто марионеткой – куклой, которой изнутри управляет рука фокусника – паразит.

Искусство кукольника у разных паразитов на разных стадиях жизни принимает различные формы; все зависит от того, на что паразит способен и каковы в данный момент его потребности. Когда паразит впервые обустраивается в удобном уголке тела хозяина, его главной потребностью становится пища.

Паразит живет в состоянии постоянной конкуренции с хозяином за его собственную, хозяина, плоть и кровь. Вообще, любая энергия, которую хозяин использует сам, могла бы пойти вместо этого растущему паразиту. Но, лишив энергии любой из жизненно важных органов хозяина, паразит поступил бы глупо: ведь стоит перекрыть поток энергии к мозгу, и хозяин больше не сможет отыскивать пищу. Поэтому паразит перекрывает менее

важные каналы. Хозяин не может тратить энергию на выращивание яиц или семенников, на поиск партнера, на воспитание детенышей; генетически говоря, он превращается в зомби – живого мертвеца на службе повелителю.

Из всего вышесказанного нами, многие от этого брезгливо отмахнутся: ну уж нет, меня это не касается! Это где-то далеко, в Африке, или у бомжей, а я руки мою и зубы чищу! И чувствую себя великолепно! Как бы не так. Хорошее самочувствие обманчиво, и длится оно до поры до времени, пока процент заражения не превысит определенную норму. Хотя, едва ли здесь можно говорить о какой-то норме. Если внутри меня и за счет меня живут какие-то твари, разве могу я с этим мириться?

Человек до поры до времени чувствует себя более-менее хорошо в этом отвратительном сожительстве. Но вот наступает момент, когда границы дозволенного пройдены, и тогда бывшее здоровье начинает разваливаться на глазах, как картонный домик. Больному ставится диагноз, являющийся следствием непонятно чего. Врачи не знают истинной причины, потому что причина их по большому счету не интересует – их дело – лечить пациента своими привычными методами, пока тот жив.

Такова истинная и неприглядная сторона нашей действительности. Ученые и медики отрекаются от всего, что они еще не успели прописать в своих диссертациях. Вот когда напишут, тогда будет «научно» и «обосновано». А пока, надо все непонятное и неизученное объявить антинаучной профанацией. Как некоторые упертые ученые отгораживаются от паранормальных явлений, «антинаучных», так и многие приверженцы официальной медицины не считают необходимым уделять пристального внимания проблеме паразитов. Ни то, ни другое не хочет легко поддаваться изучению и объяснению, а, значит, проще его игнорировать.

Чем же занимаются у нас внутри непрошеные гости? Во-первых, они с неумеренным аппетитом поглощают питательные вещества, витамины и микроэлементы, в особенности германий и кремний, без которых организм не способен нормально функционировать. Во-вторых, они засоряют все органы своими токсическими выделениями. Им ведь тоже «в туалет ходить» нужно. А туалет этот – внутри нашего тела. Печень и почки работают из последних сил не на защиту от видимых вредных воздействий, а на выведение токсинов – продуктов жизнедеятельности невидимых врагов.

В результате, человека рано или поздно одолевает какой-нибудь недуг. Такие характерные болезни как ОРЗ, рак, СПИД, диабет, гепатит – имеют одну и ту же – первичную – насколько прозаическую – настолько и мерзкую – причину – паразиты.

Любые заразные болезни так же являются хоть и косвенным, но следствием этой первичной причины. Когда организм человека больше не в состоянии справляться с поразившими его токсинами, он теряет иммунитет и заболевает.

Помимо очевидного физического вреда, паразиты тела оказывают прямое воздействие на сознание человека. Как они это делают, химическими или каким-то другим путем, доселе науке неизвестно. Главное, что такое воздействие есть, хоть и не хочется в это верить.

Многие паразиты буквально зомбируют своих хозяев. Вот что по этому поводу пишет Елена Краснова, кандидат биологических наук.

«Замечательных высот в технологии зомбирования хозяина достиг ланцетовидный сосальщик, личинки которого живут в муравьях, а взрослые стадии – в копытных. Такие личинки умеют управлять поведением муравья: раздражая мозг насекомого, они заставляют его взбираться на кончик травинки и висеть там неподвижно. Так сосальщик увеличивает вероятность быть съеденным скотом вместе со своим промежуточным хозяином. Но в жаркую погоду личинки ослабляют хватку, не в их интересах, чтобы муравей погиб от пересыхания, пусть спустится и охладится у сырой почвы.

А что творят со своими хозяевами токсоплазмы! Эти одноклеточные паразиты, у которых в роли промежуточного хозяина выступает мышь, а в роли конечного – кошка, очень заинтересованы в успехе кошачьей охоты. Токсоплазмы поселяются в мышинном мозге, но не где попало, а в том его участке, который отвечает за восприятие запаха кошачьей мочи. Нормальные мыши, почуяв этот запах, убегают, а инфицированных он, наоборот, привлекает».

Для человека можно привести следующий пример. Если человек постоянно сквернословит, (то есть, не ругается, а разговаривает матом), не задумываясь, разбрасывает вокруг себя мусор, (именно так – идет и, не думая, кидает бутылку или обертку), или выплескивает из себя на все окружение негатив, тогда мы можем абсолютно точно сказать, что у него, попросту, глисты. Такова природа паразитов – они распространяются разбрасыванием нечистот, в прямом и переносном смысле.

Еще одно проявление наличия паразитов в теле: человек не желает ничего слышать на эту тему, его это раздражает. А еще он старается есть именно такую пищу, которая благоприятствует росту и размножению паразитов, то есть ненатуральную, синтетическую, мертвую. Натуральная пища, особенно живая растительная, очень вредна для паразитов.

И вообще, все вышесказанное нами – подтверждает наши подозрения о телесных паразитах – как физической проекции паразитов сознания. Они взаимосвязаны и так же, как загрязненное сознание человека притягивают в его тело глистов и прочих поедателей и отравителей тела – точно так же сами паразиты – оказывают мощное влияние на сознание носителя (человека). Особенно сильно это сказывается на их противодействии

попыткам человека изменить свою жизнь к лучшему, а тем более трансцендентировать ее – начать реальную эволюцию в Богочеловека...

Одной из причин постоянного фиаско ищущих и практикующих является противодействие не только тонкоматериальных паразитарных форм (эгрегоров) на его сознание, – но и сознание множества видов и количества паразитов в его теле. Всех, начиная от громадных многометровых кишечных червей и, заканчивая, одноклеточными...

Итак, как же выдворить непрошенных гостей из своего тела? Некоторые народы интуитивно ввели в повседневный рацион растения с ярко выраженными антипаразитарными свойствами. Например, в Англии и Израиле – это чеснок, в Индии – множество приправ, в Мексике – острый перец, в России – хрен, редька, горчица. Эти и другие добавки неплохо употреблять постоянно. Однако далеко не всех паразитов можно вывести таким способом. Обязательно нужно проходить антипаразитарную программу, состоящую из нескольких этапов.

Но и этого тоже недостаточно. Можно не сомневаться, что на смену изгнанным гостям придут другие. Ведь те, старые, каким-то образом поселились? Значит и новые заведутся. Что же получается, надо постоянно «чиститься» и пить таблетки? Какой-то замкнутый круг... Но выход имеется, и в ближайшем будущем, мы думаем, вы все узнаете.

В принципе, если «паразит-душа» материален, то есть состоит из «темной материи», то, научившись манипулировать «темной материей», не составляет труда просканировать его структуру, строение, формы, жизненные процессы и «залить» информацию в компьютер вместе с информацией о структуре мозга и других органах и тканей человека, и детально изучить микро- и макроорганизмы (еще не один десяток раз!) на молекулярно-клеточном уровне. Но это все вопрос времени.

В заключении хочется сказать, что ужас перед паразитами коренится в том, как человек в наше время воспринимает окружающий мир. До 19-ого века западные мыслители считали человека отличным от остальных живых существ, созданным Богом в первую неделю творения и наделенным божественной душой. Когда ученые сравнили тело человека с телом человекообразной обезьяны и выяснили, что различия очень невелики, сохранять уверенность в нашей исключительности стало труднее. И тогда Дарвин объяснил причину: люди и обезьяны, как и все живые существа на Земле, связаны общим происхождением. Потом 20 век углубил и расширил эти представления, перейдя от костей и органов к клеткам и протеинам. Наша ДНК почти не отличается от ДНК шимпанзе. И, подобно шимпанзе, черепахе или миноге, мы обладаем мозгом, который состоит из нейронов, обменивающихся электрическими сигналами, и путешествующих нейротрансмиттеров. При определенном взгляде эти открытия достаточно утешительны: мы плоть от плоти этой планеты, так же как дуб или коралловый риф, и нам следует научиться лучше ладить с остальными представителями живой природы.

Но стоит взглянуть на эти открытия под другим углом, и они порождают в душе неизбывный ужас. Коперник изъясил Землю из центра Вселенной, и теперь мы должны смириться с тем, что живем на покрытой водой крошечной крупинке в бескрайней пустоте. Биологи, подобные Дарвину, тоже сделали нечто подобное: сняли человека с пьедестала, лишили привилегированного места в живой природе – в общем, сыграли в биологии роль Коперника. Но на самом деле мы по-прежнему считаем себя выше других животных, хотя и знаем, что тоже состоим из клеток, которые работают вместе и синхронизируются не ангельской силой, а химическими сигналами. Если какой-то организм – к примеру, паразит, – может контролировать эти сигналы, значит, он сможет контролировать и нас. Паразиты смотрят на человека холодно и оценивающе: а не сгодится ли это двуногое существо в пищу или, может быть, в качестве транспортного средства. Когда на экране киношный паразит вырывается из груди актера, он до основания разрушает наши представления о себе как о чем-то большем, чем просто очень умное животное. Это прорывается к нам сама природа, вселяя ужас в наши сердца.

### *Литература*

1. Циммер К. «Паразиты. Тайный мир» - Б.: «Wurmerkrankungen», 1996. С. 93-105
2. Моисеев В.И. Философские проблемы биологии и медицины / В.И. Моисеев: учебное пособие для ВУЗов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008 - 280с.
3. Краснова Е.А. Журнал «Вестник паразитологии», 08.2008 г., С. 3-6.
4. Холистическая медицина – медицина будущего (Электронный ресурс) – режим доступа: [http://ezoterik.org/Xol\\_medizina.php](http://ezoterik.org/Xol_medizina.php).
5. Иваницкий В.И. «Человек – инкубатор для бактерий» (Электронный ресурс) – режим доступа: <http://www.kp.ru/daily/23223/26879/>.
6. Попазогло В.Б. Журнал «Самиздат», 06.2007 г., стр. 4-6, название статьи: «Человек Силы — Радости».
7. Озерицковская Н.Н., Зальнова Н.С., Тумольская Н.И. Клиника и лечение гельминтозов. - Л.: Медицина, 1985. - 183 с.
8. Кент Дж. Т. Лекции по философии гомеопатии. - М.: Гомеопатическая медицина, 1998.

## Глава IV

### Личность врача: проблемы жизни и работы

#### Роль личности врача в современной медицине: психологические, социальные и духовные характеристики

*Шулева О.М.*

В настоящее время состояние здоровья человека все больше определяется психологическими факторами, а это значит, что лечение многих заболеваний является невозможным без учета социально-психологических факторов отношения человека с окружающей средой, что требует, в свою очередь, умения врача строить доверительные отношения с пациентом. В этой связи изучение основополагающих аспектов проблемы психологического портрета врача, его социальных и духовных характеристик становится наиболее значимой, т.к. каждый пациент должен иметь возможность ожидать в лице врача встретить человека, подготовленного в качестве внимательного слушателя, тщательного наблюдателя, эффективного клинициста, а также человека, обладающего высокой восприимчивостью в сфере общения.

Деятельность врача проходит в условиях повышенных социально-психологических требований и связана с высоким умственным и психоэмоциональным напряжением. Профессиональная деятельность врача, как правило, зачастую происходит в условиях стресса, постоянной психоэмоциональной нагрузки, напряжения. Особенности эмоционального реагирования на различные ситуации профессиональной деятельности, факторы, влияющие на профессионально-личностное развитие субъекта лечебного процесса, индивидуально-психологические особенности, присущие врачам различных специализаций – проблемы, недостаточно изученные, несмотря на высокую степень востребованности их научно-практического осмысления. Можно сказать, что вопросы психологии труда и личности врача стоят в ряду важнейших и малоизученных проблем теоретической и прикладной психологии в целом и отдельных ее отраслей, в частности.

Рассматривая данную проблему в медицинской и психологической литературе, в подавляющем большинстве упоминания о личности врача описываются лишь с деонтологической точки зрения. Этот подход, конечно, является значимым, но скорее его можно обозначить как нормативно-регулирующий, так как он содержит основные требования к личности врача, выработанные обществом. Основные деонтологические требования к врачебной деятельности и личности врача сформулированы еще в известных заповедях Гиппократовых, которые врачи принимают как

профессиональную Клятву. В основе этих требований лежит традиционное представление о ролевых отношениях «врач–больной», являющихся элементом структуры общественных отношений. В этих отношениях врачу предписывается оказывать помощь больному, который вправе ожидать этой помощи. Для эффективного выполнения предписанной обществом роли врач должен обладать не только квалификацией и опытом, но и определенными личностными особенностями, способствующими установлению контакта с больным и обеспечивающими авторитет у больного. В связи с тем, что объектом деятельности является человек, требования к моральным, гражданским, интеллектуальным качествам специалиста всегда были повышенными по сравнению с другими категориями профессий.

Исходя из этого, крайне необходимым является своевременное рассмотрение основных подходов по изучению проблемы личностных и профессиональных особенностей врача, их специфики взаимоотношений, а также индивидуально-психологических особенностей личности врача. Это и послужило основой для написания данной статьи.

Профессия врача - одна из самых древних и почитаемых на земле. Она является выражением свойственной человеку потребности оказывать помощь страждущему. Во все времена у всех народов врачевание ценилось очень высоко. Для общества совсем не безразлично, кто избирает себе профессию врача и как он выполняет моральные обязанности, налагаемые на него этой профессией. С развитием общества менялось положение врача в нем, возрастал его общественный престиж и авторитет, столь необходимый для осуществления профессиональной деятельности, изменялись и требования к врачу и к здравоохранению в целом. Однако вне зависимости от социально-общественных формаций обязательным условием успешного врачевания всегда было и остается соблюдение определенных морально-этических принципов во взаимоотношениях врача и больного.

Так, уже в начальной стадии развития врачебной этики рабовладельческой формации (догиппократовский период) сформировались общие требования к подготовке и деятельности врача, к его личности, внешнему и внутреннему облику. В данных концепциях содержались основные предписания к его поведению, отношению к больным, согласно которым врач должен был обладать высокими моральными и физическими качествами, быть сострадательным, терпеливым и спокойным, никогда не терять самообладания.

В период становления медицины уделялось большое внимание отбору будущих врачей и методам их психологической и нравственной подготовки. При этом обязательно учитывались возраст, состояние здоровья, память и необходимые нравственные качества: скромность,

благочестие, целомудрие. Важнейшей обязанностью учителя наряду с профессиональным обучением было воспитание у учащихся чувства любви к истине, смирения и справедливости. Желавший стать врачом должен был избавиться от всякого рода страстей: ненависти, корыстолюбия, хитрости, а также важным считалось соблюдение врачебной тайны, врач не должен был не только разглашать сведения о больном, но и высказывать сомнения относительно его выздоровления.

Работа врача – особый вид деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, напряженности и эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с состоянием их здоровья, практически в любых ситуациях, предполагающих межличностное взаимодействие. Врачи, помимо развитого клинического мышления и владения разнообразным арсеналом средств медицинского воздействия, должны обладать высокой работоспособностью, умениями работать в условиях дефицита времени, быть устойчивыми к стрессу, уметь преодолевать отрицательные эмоциональные состояния, уметь быстро принимать решения при ограниченном объеме информации.

В наше время профессия медика становится поистине массовой. Особенностью нашего времени является то, что технические средства обследования все глубже входят в непосредственные отношения между врачом и больным, актуальным является вопрос о необходимости сохранить в личности врача то особое, отличающее его от других специалистов, что наряду с профессиональными знаниями влияет на успех лечения больного.

Прежде всего, важно, чтобы врач оставался исключительно душевным человеком, чтобы чувство доброты, сердечности, отзывчивости не притуплялось в нем, несмотря ни на какие обстоятельства, не оказалось внешним лоском, «дежурной» вежливостью, а было бы чертой характера, внутренней потребностью.

Не одно лишь высшее медицинское образование приносит врачу авторитет. Для этого нужно широкое общее развитие, высокий культурный уровень, интеллигентность. Это поможет врачу более легко устанавливать основанные на взаимном уважении доброжелательные отношения с больными, быстрее разобраться в сложных вопросах патологий и дифференциальной диагностики, получить лучший эффект от применения медикаментозных средств. Авторитет врача усиливает их действие. Чтобы осмыслить внутреннюю жизнь больного и в соответствии с этим лечить, врачу нужно самому быть личностью, сочетать в себе пылкий, всегда стремящийся к прекрасному ум с добрым, мужественным сердцем; нужно стремиться служить больному не только знаниями, но и всем своим

образом жизни. Врач должен проникнуться сознанием, что его положение в обществе особое, что среди специалистов не медиков он должен быть первым, ибо удел его профессии есть забота не о творении рук человека, а о самом человеке.

Профессия врача в России имеет одну отличительную особенность. Она связана с тем, что врач вынужден выполнять профессиональные обязанности не только находясь на работе, в отведенном для этого месте, в отведенное для этого время, но практически всегда и везде, где окружающие информированы о его профессиональной принадлежности. В России врач является человеком творческим, несмотря на то, что появляются и внедряются новые высокие технологии, которые позволяют действовать по алгоритму, ставить диагноз на основании симптомов, внесенных в компьютер. Западные страны и Америка, в частности, уже давно перешли на оказание высокотехнологичной помощи, которая с одной стороны очень удобна, комфортна и безопасна для врача и пациента, не требует умственных затрат и перенапряжения врача, но с другой стороны отупляет, превращает человека в машину, не способную думать и самостоятельно принимать решения, не способную сопереживать и сочувствовать, психологически воздействовать на пациента. Еще Фридрих Ницше в своем произведении «Человеческое слишком человеческое» писал, что врач, прежде всего, должен быть духовником, творцом душ, что успех лечения будет только в случае, если между врачом и пациентом есть духовный, психологический контакт.

Исходя из вышеизложенного, следует сделать вывод что, врач в первую очередь должен быть человеком духовным, страдающим, сопереживающим, пациент должен видеть в лице врача человека понимающего, готового помочь. Помимо этого профессия врача предъявляет требования. Чтобы врач был человеком стрессоустойчивым, умеющим быстро принимать решения в условиях дефицита времени, работоспособным, уметь работать в условиях постоянного эмоционального напряжения, психоэмоциональных перегрузок, обладать развитым клиническим мышлением, жаждой знаний, постоянно учиться, получать информацию. Профессия врача – профессия творческая, требующая умение найти индивидуальный подход к каждому человеку, обратившемуся за помощью. Врач должен быть духовным человеком, умеющим установить психологический контакт с пациентом.

## *Литература*

1. Андронов В.П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача. // «Вопросы психологии» – 1991 - № 4, - С. 12-19.
2. Димов А.С. Роль личности врача в его профессиональной деятельности. Часть 1 / А.С. Димов // Клиническая медицина. 2009. №4, с. 71-73.
3. Клиническая психология. / Под ред. Б.Д. Карвасарского, - СПб.: Питер, 2007. – 960 с.
4. Магазаник Н. А. Искусство общения с больным. – М.: Медицина, 1991. – 110 с.
5. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача. Курс лекций. – М.: Феникс, 2005. – 304 с.

## **О духовной мотивации профессии врача**

*Попова О.Е.*

*Всё начинается с любви,  
И Бог, и жизнь, и даже смерть...*

В. Третьяков.

Врач – одна из самых древних профессий. Она существует столько, сколько существует человек. И будет существовать. Чтобы понять, что движет людьми при выборе такой профессии, надо познать внутренний мир человека, призвание которого – спасать и исцелять других людей. И здесь среди мотивов на первом месте, пожалуй, стоит потребность в профессиональной самореализации, основанной, как сказали бы раньше, на милосердии. Мироззрение врача – это индивидуально выбранное видение мира, самоочевидное в своей истине, с ориентацией на высшие духовные ценности.

Какими личностными качествами должен обладать врач? На этот вопрос однозначно ответить нельзя, во многом они зависят от профиля. Чаще других называют следующие качества: высокая мотивация, интерес к работе, профессиональная грамотность и компетентность, развитая профессиональная интуиция, коммуникабельность (умение быть «дипломатом»), способность доказывать, объяснять, убеждать), хорошая память, умение работать с документацией и т. п. В определенной степени этими качествами должен обладать любой врач, но их востребованность может изменяться в зависимости от специализации, места, условий работы.

Духовная же мотивация профессии врача основывается на трёх неизменных и вечных началах: вере, надежде и любви, к профессии, к своему пациенту, к жизни.

Вера и надежда помогает не только в работе, она помогает человеку в жизни вообще. Она определяет приоритеты человека, его жизненный путь, отношение к себе, к друзьям, близким. Вера учит нас, как относиться к собственным врагам. Очень просто было бы сказать, что вера помогает в работе, но работа – это часть жизни. Обретение веры оказывает незаменимую помощь и поддержку в работе врача, помогает строить отношения с коллегами и пациентами в соответствии с новозаветной заповедью: «возлюби ближнего своего как самого себя». Вера помогает принимать боль человека как свою и сопереживать ему, способствует установлению доверительных отношений между врачом и пациентом, что в свою очередь, помогает в процессе лечения и выздоровления.

Но самым сильным в контексте духовного начала все же является любовь...

Любовь. Неисчерпаемость этой темы очевидна. Во все времена она волновала сердца и умы людей. Любовь – самая сложная, таинственная и парадоксальная реальность, с которой сталкивается человек. Но в разные времена любовь трактовалась по-разному.

Античность. О любви говорится в самых древних мифах Греции. Понятие любви в своей эволюции усложняется и сужается, любовь как чувство приобретает все большую ценность. Любовь становится ценностью в результате распада древнего синкретизма общества и личности, личность осознает все больше свои отдельные, частные интересы.

В целом, в античности любовь выступает как некая безличная сила, а эстетический идеал калокагатии, характерный для классического полиса, задавал установку на изначальное единство и имманентную гармонию тела и духа. Грек не задавался вопросом о природе и сущности любви.

Идеал, внесенный христианством - идеал всеобъемлющей любви как основы человеческого бытия. Этот идеал сформировался в позднеантичном мире.

В Ветхом Завете главным принципом взаимодействия Бога с человеком был страх, в Новом Завете уже любовь, подчинившая страх себе. Воплощение Сына Божия рассматривается как акт любви Бога к людям. Любовь к ближнему - необходимое условие любви к Богу. Всепрощающая любовь к ближнему делает человека равным Богу. Любовь в Новом Завете – высшая ценность, высшее благо, без которого и вне которого все позитивное в мире утрачивает свой смысл; это предел нравственного и бытийного совершенства человека. Всеобъемлющая, всепрощающая любовь к людям - главное орудие в руках христиан против существующего зла и насилия.

Конец 18-го – начало 19-го века – период романтизма. Апогей гуманистического толкования любви в периоды немецкого Просвещения был достигнут в творчестве И. В. Гете, который демонстрирует неисчерпаемую палитру состояний человеческих душ в разные эпохи у разных народов. Любовь формирует личность, окрыляет ее и вселяет в нее мужество, делая ее способной идти наперекор всему, даже собственной жизни («Страдания юного Вертера»), бросая вызов предрассудкам, губит в своей роковой судьбе, но и спасает и очищает («Фауст»).

И. Кант – провел различие между «практической» любовью (к ближнему или к богу) и «патологической» (чувственное влечение). Кант относит любовь к чувственной сфере и тем самым исключает ее из этики, так как нравственный человек - это человек, перешагнувший чувственную сферу. Поэтому любовь – это благоволение, имеющее своим следствием благодеяние. Любовь у Канта – один из моментов долга и моральной обязанности.

Л. Фейербах – любовь это не только совершенно земная любовь между людьми, но и вообще между всеми людьми, она соединяет их наподобие религиозного братства. Но Фейербах отделяет свое понимание любви от любви в христианской религии « Любовь является неверующей, потому что она не знает ничего более божественного, чем она сама». Поэтому любовь у Фейербаха - символ единства человека с человеком и главная социологическая категория.

Вторая половина 19 века - начало 20 века.

М. Шелер выводит закон преимущества любви над познанием. Любовь по Шелеру, как и всякие другие ценности, существует независимо от наших представлений о ней. Она материальна, но не в привычном понимании материи, а как начало чувственности, чтобы любовь стала действительностью, необходимо чтобы был хотя бы один любящий человек. Этот человек не вносит в мир любовь, а своей любовью открывает мир. Шелер выделял три основные ступени развития любви как ориентации на определенные ценности: любовь к добру, любовь к высшим обретениям культуры и любовь к священному.

Философия любви, по существу, возникает в России только в конце прошлого и начале настоящего столетия.

С самого своего возникновения философия любви в России заявила о себе как оригинальная и самостоятельная школа. Ее особенностью было стремление объединить в единое целое и философский, и религиозный, и психологический, и эстетический аспект любви.

В начале XX века русская философия создала свое оригинальное понимание феномена любви. Для нее было характерно признание сложности и многомерности этого феномена, синкретизм, соединение различных аспектов исследования. Философия любви оказывалась одновременно и этикой, и эстетикой, и психологией, и теологией. Этот синкретизм – одна из характерных особенностей философии любви в России, так, как она сложилась в эпоху серебряного века.

Развитие теории любви в России шло по двум главным направлениям, которые, правда, постоянно пересекались. Первое, начатое Владимиром Соловьевым, – философско-платоническое, связанное с возрождением и переосмыслением идей платоновского Эроса и попытками их синтеза с современными философскими теориями. Любовь у Соловьева – это не только воссоединение двух противоположных человеческих начал - мужского и женского, но и слияние индивидуальной души с мировой душой, которая ассоциируется у него с образом Вечной Женственности, с Софией.

В своих работах Соловьев наметил, хотя подробно и не развил, целый ряд философских проблем: об отношении любви к смерти и бессмертию, о связи любви с красотой. Для него любовь – это путь к индивидуальному бессмертию, к завоеванию вечности, поскольку она – единственный мост, связующий человека с другими поколениями.

По этому пути пошли в последующем Н. Бердяев, Л. Карсавин, З. Гиппиус, Б. Вышеславцев и другие.

Другое направление связано с богословием. В противоположность возрожденческому средневековому представлению о любви, выраженное в понятии каритас – сострадание, милость, жалость. С этим направлением связаны работы П. Флоренского, С. Булгакова, Н. Лосского, И. Ильина.

Только в любви и через любовь человек становится человеком. Без любви он неполноценное существо, лишенное подлинной жизни и глубины и не способное ни действовать эффективно, ни понимать адекватно других и себя. И если человек – центральный объект философии, то тема человеческой любви, взятая во всей ее широте, должна быть одной из ведущих в философских размышлениях.

Совершенно очевидно, что современные больницы и поликлиники стали представлять собой предприятия здоровья, где, словно у конвейера трудятся медицинские работники. Да, это особое предприятие, социальное, гуманистичное, но все же это цех. Кроме большинства врачей, живущих на описанном выше «ролевом автоматизме», в медицинской профессии всегда была и, дай Бог, будет существовать элита, которая всегда пыталась выражать иной образ медицины. Это люди ищущие, творческие, думающие над задачами профессии, пытающиеся не только осмыслить, но и развить полученные от своих предшественников ролевые алгоритмы медицинской специальности. Таких людей никогда не могла удовлетворить фиксированная система рецептов и правил. Творческому человеку приходится придумывать средства, как противостоять валу рутины, если он не хочет включать «автопилот» и «выключать мозги».

И, как ни удивительно, главным отличительным признаком этого типа врача является его изначальная направленность на философию, на теснейший союз философии и медицины, их органичное перетекание и взаимообогащение друг в друге. Именно о таком враче Гиппократ говорил «Врач-философ подобен богам».

## **Врач: проблемы профессионального и духовно-личностного роста**

*Гончаренко И.М.*

На протяжении тысячелетий светом своего духа человек стремился прояснить одну из величайших тайн мироздания – феномен жизни. И первыми дисциплинами, для которых этот вопрос является главным, были и остаются, по сей день, медицина и философия.

Значительное повышение интереса современной медицины и биомедицины к проблемам жизни потребовало и нового философского их прочтения. Философия стала фундаментальной составляющей современных медицинских наук. Однако, философская мысль без обращения к новейшим достижениям естествознания, особенно к открытиям в биологии и медицине, не в силах выполнить означенную задачу. Врач и философ К. Ясперс искренне считал, что именно философии «медицина открывала широчайшие горизонты, потому что была связана со всеми естественными науками, а предметом своим имела человека».

За время многовекового существования философия предложила поистине уникальные образцы научного мировоззрения, формы методологии и аксиологии, которые вошли в сокровищницу духовной культуры человечества. Благодаря своей рефлексивной способности к емкому и одновременно критическому анализу состояния медицины как части общечеловеческой культуры, она актуализирует наиболее общие человеческие проблемы и ориентирует творческую мысль на их успешное разрешение. Врачи, медицинские сестры и провизоры, однажды выбрав профессию, оказываются в состоянии непрерывного углубленного постижения философской мудрости.

Дело в том, что медик призван не только в совершенстве владеть профессиональными знаниями и умениями, но еще и философски созерцать человека как целостную уникальную личность. Врач должен уметь видеть духовные начала человека и ценить его жизнь. Он обязан хорошо разбираться в противоречивых жизненных ситуациях своих пациентов и верно оценивать их социальную среду. Медику, как и философу, приходится отслеживать все изменения в отношениях между людьми, предвидеть тенденции в их развитии и всегда помнить, что он имеет дело не просто с человеческим организмом, но с личностью – человеком как микрокосмом, демиургом, способным превращать хаос жизни в порядок бытия. Н.А. Бердяев (1874-1948) писал: «Человек – малая вселенная, микрокосм – вот основная истина познания человека, и основная истина, предполагаемая самой возможностью познания».

Философское образование медиков сегодня органично сочетается с культурно-гуманитарной и естественнонаучной нацеленностью их на профессиональную медицинскую подготовку. Вспомним слова Н.А. Бер-

деява: «Философия и есть внутреннее познание мира через человека, в то время как наука есть внешнее познание мира вне человека. В человеке открывается абсолютное бытие, вне человека – лишь относительное».

Формирование целостной личности специалиста-медика означает, по сути, не что иное, как усвоение морально-этических принципов, развитие культуры рассудочного мышления и стремление к осмысленной профессиональной деятельности. Многие при этом ратуют за постоянное повышение квалификации специалистов. Причем никто не отрицает необходимость формирования целостной личности в будущем враче, провизоре, то есть воспитания специалиста самобытного и самодостаточного. Сегодня практически все признают, что личность современного медика должна отличать некая целостность, то есть единство его профессиональных и гражданских качеств. Медик обязан всесторонне и гармонично развиваться. Он должен обладать всеми качествами, которые предписывал врачам еще отец медицины Гиппократ. Речь идет о высочайшем профессионализме, особой душевной чуткости, пытливым уме и высокой морально-этической ответственности.

В сфере в подготовки медика как личности нового типа (специалиста, гуманиста и гуманитария) сегодня особенно остро встал вопрос о воспитании его как интеллектуально развитой и интеллигентной индивидуальности. При внешней схожести этих духовных качеств они принципиально отличаются друг от друга. Сегодня очевидно особо активное стремление молодых специалистов-медиков к совершенствованию своей мыслительной деятельности в процессе постижения теории медицины. Интеллектуальность (лат. *intellectus* – ум, рассудок, разум) апеллирует к рассудку, логике здравого смысла. Это все то, что, безусловно, необходимо иметь каждому специалисту-медику. Дело, однако, в том, что, к несчастью, в настоящее время имеет место непонятное самоустранение некоторых ученых-медиков от философского, биоэтического и универсального нравственного осмысления результатов собственных достижений. Из-за этого происходит потеря целостного видения живой материи, утрата чувства нравственной ответственности за сохранение здоровья людей. В конечном счете, все это может привести к глобальному экологическому кризису. Проблема сохранения природы на планете и выживания человечества в настоящее время требует немедленной интеграции всех естественных наук и их сближения с гуманитарными, прежде всего, с философией. Именно философия позволяет критически осмысливать строго научное, «понятийное» познание предметов и явлений природы и общества. Ознакомление студентов медицинских вузов и аспирантов с философией и психологией помогает им смотреть на жизнь масштабно и более критично. Без усвоения принципов свободной мыслительной деятельности значительно затрудняется понимание будущим медиком ментальных особенностей жизни человека как личности на разных этапах

лечебно-профилактического процесса. Каждый медик в течение всей своей жизни и деятельности должен развивать и совершенствовать (оттачивать) свое профессиональное мышление и всегда полностью использовать свои природные умственные способности.

Медицина все стремительнее продолжает дробиться на узкие специальности. В этой связи врач может оказаться в плену специфических понятий конкретной области, в которой он работает. Это обрекает его на постепенную утрату понимания того, что сфера его профессионального интереса ни в коем случае не является обособленной, ведь все системы организма взаимосвязаны и взаимозависимы. Возможно, кому-то данное обстоятельство сегодня покажется странным, но чрезвычайно высоким уровнем медицинского мышления уже обладали отечественные клиницисты конца XIX-начала XX вв. Они, к примеру, отстаивали преимущества физиологического созерцания (по их терминологии) в медицине по сравнению с анатомическим мышлением. Таким образом, клиницисты прошлого заложили предпосылки перехода медицинского теоретизирования от органопатологии к антропатологии. В большинстве своем это были ученые-медики, получившие общее университетское образование и ставшие впоследствии знаменитыми профессорами. Они никогда не чурались философского осмысления предметно-медицинской реальности на собственно антропологических (или гуманитарных) основаниях.

Можно только сожалеть, что к настоящему времени в отечественной медицинской науке сложилась традиция либо чисто умозрительного (или «схоластического») теоретизирования, либо глубоко утилитарной ориентации на сугубо эмпирические построения. А последнее обстоятельство предопределяет отсутствие сколько-нибудь «философствованной» системы усвоения сугубо медицинских и специальных гуманитарных дисциплин. Выход же из этого философско-методологического и нравственно-этического тупика в современной медицинской науке и медицинском образовании невозможен без овладения новейшими естественнонаучными и философскими концепциями. Речь идет о необходимости философской интерпретации содержания нового теоретического знания. В системное содержание философского знания включаются не только сведения о внешней объективной (предметной) реальности, но и определенные моменты динамичного человеческого духовного существования.

Гуманизм и профессионализм врача являются его главными и необходимыми качествами. основополагающей характеристикой личности врача всегда считалась добродетельность. Действительно, каждый медик, будь то врач, провизор или медсестра, в силу своего призвания должен быть человеком гуманным. А гуманизм – это удивительное качество, которое предполагает искреннее сострадание всем людям, попавшим в беду. Но это не просто проявление сочувствия слабому, больному, но и оказание ему посильной помощи во имя возвращения к полноценной жизни. Что же

касается врача, то данное качество развито в нем особенно сильно. Ведь что может быть более человеческим, чем самоотверженная деятельность врача, направленная на спасение людей, на облегчение их физических и душевных страданий?

Высшим достоинством в жизни и деятельности каждого врача является овладение им искусством общения со своими пациентами, основанное на гуманизме. Гуманность и профессионализм врача предполагают проявление особо возвышенных нравственных качеств его личности, таких социальных ее свойств, как менталитет, психологизм, мужество перед лицом смерти и самоотверженность в борьбе за жизнь и здоровье людей.

Относительно личности врача проблемы профессионализма и гуманитарности диалектично сливались воедино. Так уж сложилось, что врача всегда считали и считают (как и учителя) первым наставником человека: он не только исцеляет людей, но и учит их здоровому, полноценному образу жизни. Только вместе, врач и больной, способны справиться с недугом. Вот почему воистину философское значение имеет вывод о той исключительной роли личности врача, которую она играет в формировании заинтересованных взаимоотношений сторон. «Личность врача» – понятие весьма глубокое. Оно не есть простое соединение понятий «личность» и «врач». Личностью, как известно, называют социального индивида, а врачом – медика-профессионала. В содержание же понятия «личность врача» вкладывается возвышенное гуманитарное значение.

Каждый человек является уникальной личностью, и эта уникальность зависит от ее способности усваивать все общезначимые ценности и самобытно выражать их в отношениях с другими людьми. Это отличие проявляется не в знании своих индивидуальных черт, а в осознании себя в системе общественных отношений, то есть собственного «Я» и своей роли в обществе. Что же касается личности врача, то это общественное явление исключительного свойства - в силу того, что оно впитывает в себя все, что может относиться к миру художников, писателей, ученых и т.д., отражает и выражает все лучшее, чем обладает человек, созданный «по образу и подобию Бога». Личность врача – эталон высокой образованности, образец чести и достоинства, предельной совестливости, нравственной общечеловеческой ответственности и, конечно, глубочайшей мудрости.

Из глубины веков - от Гиппократ, Галена, Авиценны – до нас дошел следующий девиз: «Врач, знающий только медицину, – плохой медик. Ему надо еще быть мудрым: много знать и уметь справедливо судить обо всем на свете». Фридрих Ницше в свое время очень точно заметил: «В настоящее время не существует профессии, которая допускала бы столь высокое развитие, как профессия врача; он должен, кроме того, обладать красноречием, которое приспособлялось бы к каждой личности

и привлекало бы все сердца, мужественностью, самое зрелище которой отгоняло бы малодушие (эту червоточину всех больных), ловкостью дипломата, тонкостью полицейского агента и адвоката, чтобы узнавать тайны души, не выдавая их, – словом, хороший врач нуждается в искусственных приемах и преимуществах всех других профессий; в таком вооружении он может стать благодетелем всего общества, умножая добрые дела, духовные радости и производительность, предупреждая злые мысли, намерения и всякие подлости, ...создавая духовно-телесную аристократию...».

Главным результирующим свойством личности врача, ее духовным стержнем всегда было и остается мировоззрение. Оно являет собой привилегию личности, поднимающейся до самого высокого уровня гуманитарности. Именно в гуманитарном самосознании медика, его социально-нравственной позиции в качестве важнейшего компонента проявляется направленность его мировоззрения на осмысление своей особой гражданской ответственности. Считается, что поведение врача и все его мировоззренческие ориентации обусловлены внутренним (духовным) миром. Поэтому медик как бы возвышается над своей собственной основой и в известном смысле даже преодолевает ее.

Одновременно с формированием «передового мировоззрения» у врача, как правило, складывается социальный характер – ментальный и психологический стержень личности. А ведь «только в характере индивидуум приобретает свою постоянную определенность», как справедливо считал Г. Гегель. Эти слова философа о специфике характера имеют самое прямое отношение к личности врача. Кстати, слово «характер» нередко употребляется в качестве синонима слова «личность». В данном случае речь идет о мере личностной силы воли. Действительно, абсолютно все волевые люди обладают и сильным характером. Без достаточной силы воли невозможны вообще никакие конструктивные действия врача. Именно ею определяются нравственность и гражданственность личности медика. Вся его внутренняя энергия (умения, знания, гуманизм и профессионализм) усилием воли направляется на благое дело – укрепление здоровья человека. На этой основе и совершается осознание медиком своих отношений с другими людьми, коллегами и пациентами и, конечно, своего собственного духовного мира.

Хочется надеяться на то, что для каждого студента слова клятвы врача при получении диплома, не останутся пустым звуком, бестолково сотрясающим воздух в столь торжественный момент. И каждый врач в течение всей своей жизни будет стремиться как к профессиональному, так и к духовно-личностному росту, никогда не останавливаясь на достигнутом, а следуя вечному «*per aspera ad astra*».

## **Проблемы профессионального и духовно-личностного роста врача (современный взгляд)**

*Тюрин С. А.*

В современных условиях развития здравоохранения очень важной выступает проблема профессионального и личностного развития врачей. Решение этой проблемы включает развитие личного потенциала сотрудника, его профессиональный рост, развитие его карьеры.

В учреждениях и организациях здравоохранения широко распространено мнение врачей и среднего медицинского персонала, что карьера для медицинского работника нужна, но она обозначает в основном служебный рост. Однако в рамках выполнения своих профессиональных обязанностей лишь отдельные врачи и средние медицинские работники имеют возможность такого роста [1]. Профессиональному развитию персонала, включая карьерный рост, может способствовать личный индивидуальный план развития сотрудника.

В целом врач – это специалист с законченным высшим образованием в области медицины. Для овладения профессией необходимо высшее профессиональное образование. Подготовкой врачей занимаются медицинские вузы и медицинские факультеты университетов. Врачебными специальностями являются: лечебное дело; медико-профилактическое дело; педиатрия; стоматология; фармация. Переподготовка, усовершенствование и специализация осуществляется через институты и факультеты усовершенствования врачей.

Назначение профессии врача заключается в оказании медицинской помощи больному; диагностике болезней и поиске причин их возникновения; определении методов лечения, назначении необходимых медицинских процедур; определении реабилитационных мероприятий; профилактике снижения уровня заболеваемости. Это достигается путем глубоких, постоянно пополняющихся знаний анатомии, физиологии человека, его болезней.

Характер и вид медицинской помощи определяется специальностью врача и типом учреждения здравоохранения. Основное при оказании врачебной помощи – своевременное установление диагноза, назначение необходимого лечения. Также огромную роль в успешном лечении играют взаимоотношения врача и больного.

Врач, занимаясь медицинской деятельностью, руководствуется врачебной этикой, которая включает понятие о врачебном долге. Работая, врач обязан сохранять врачебную тайну. Ответственность работы налагает традиционный специфический статус в обществе.

Размер заработной платы врача зависит от его категории – чем выше, тем больше. Категория присуждается аттестационной комиссией после определенного периода работы врача и прохождения им курсов повышения квалификации. Периодичность – не менее раза в пять лет [2].

В настоящее время в литературе осуществляются попытки сформулировать компетенции врача. Одна из них реализована в программах Совета по Аккредитации медицинского профессионального образования США. Среди этих компетенций следующие:

- 1) забота о пациенте, осуществление лечения, являющимся щадящим, эффективным и соответствующим для решения вопросов профилактики и здоровья; [3]
- 2) знания в медицине, т.е. знания о современном состоянии и направлениях развития клинических, биомедицинских и родственных наук и умение применять их при профилактике и лечении;
- 3) возможность развития профессионала и личности на основании практических знаний;
- 4) способность коммуникации, т.е. демонстрация навыков общения, обеспечивающих эффективный обмен информацией и подход к тем, кто лечится, их семьям и партнерам;
- 5) честное осуществление обязанностей профессионала, приверженность принципам этики, отклик к запросам пациентов и социума, ответственность перед ними, социумом и профессией;
- б) умение действовать по правилам корпоративной системы [4].

В современных условиях развития здравоохранения система подготовки специалистов и практика управления персоналом медицинских организаций должны быть ориентированы на формирование компетентного, конкурентоспособного специалиста, развитие потенциала сотрудников.

Особое место в профессиональном развитии занимает карьера. Планирование карьеры и управление ее развитием требует от сотрудника и организации (в том случае, когда поддерживает данное развитие) специальных усилий в должности, но в то же время предлагает целый ряд позитивных сторон, как самому работнику, так и учреждению, в которой осуществляется работа.

Карьерный рост врача во многом определяется опытом работы и квалификацией. Врач может сочетать практическую работу с научной деятельностью, иметь научную степень.

Для врача это может означать:

- более высокую возможную степень удовлетворенности от выполнения рабочих обязанностей в медицинском учреждении или организации;

- более верное видение личных профессиональных возможностей, перспективы планирования других сфер своей жизни;
- перспективы целенаправленной подготовки к возможной деятельности в рамках профессии;
- увеличение конкурентоспособности на трудовом рынке.

Организация или учреждение в сфере здравоохранения при этом получает:

- лояльных и мотивированных работников, которые связывают свою деятельность в профессии с этой организацией, что увеличивает производительность труда и уменьшает текучесть рабочих кадров;
- перспективы планирования профессионального развития работников и всей организации с учетом влияния их непосредственных интересов;
- планы формирования карьерного продвижения отдельных работников как основной источник выявления потребностей в обучении профессионала;
- коллектив мотивированных на профессиональный рост, заинтересованных, подготовленных сотрудников для осуществления продвижения на важнейшие должности.

Карьера представляет собой итог осознанного направления развития и поведения индивида в сфере труда, который связан с профессиональным или должностным повышением по службе.

Степень карьеры не всегда связана со степенью развития как профессионала. Индивид, который находится на этапе продвижения, в границах иной профессии может еще не быть высоким профессионалом.

Профессиональное развитие персонала является важнейшим условием успешной деятельности любой организации. Оно оказывает положительное влияние и на самих сотрудников, повышая их конкурентоспособность на рынке труда и давая дополнительные возможности для профессионального роста как внутри организации, так и вне нее. Но в отечественной практике медицинских учреждений эти вопросы рассматриваются не часто.

В медицинских учреждениях и организациях распространено мнение, что карьера – это рост в организации по вертикали: повышение в должности, увеличение заработной платы. Это мнение характерно как для непосредственно работающих врачей и средних медицинских работников, так, к сожалению, и для руководителей медицинских организаций, которые не видят возможности роста медицинских работников в своем учреждении.

Однако существует еще и горизонтальное продвижение, которое может способствовать на какое-то время удержанию перспективного специалиста на работе в том случае, когда возможностей для роста по карьерной лестнице в ближайшее время не предвидится. Не продвигая сотрудника «вверх», но позволяя ему развиваться в профессиональном плане, работодатель удерживает ценного специалиста. А сотрудник, в свою очередь, приобретает знания и умения, которые могут способствовать его последующему росту в должности по вертикали [5].

Среди приоритетных задач развития сотрудников чрезвычайно важны планирование личной карьеры и разработка плана профессионального развития. Они лежат в основе успешной карьеры, качественного и добросовестного выполнения своих обязанностей, а также достижения высоких результатов и кроме того именно они на первых этапах вызывают наибольшее число психологических и технических вопросов – планирование карьеры, составление плана, его использование и др.

Личный план развития необходим сотруднику для серьезного планирования и обдумывания собственных целей, а кроме того методов их реализации и достижения. Он позволяет ему отчитываться перед самим собой и контролировать свою работу, дает возможность человеку быть самому себе хозяином и определять самому себе задачи.

С другой стороны, план профессионального развития помогает сотруднику во взаимоотношениях с непосредственным руководителем при обсуждении работы, которая сделана, подготовке документов и постановке задач на следующий период времени, делает труд более результативным и заставляет осуществлять инициативу, дает возможность продвижения новых идей, стимулирует новые подходы к решению возникающих проблем, позволяет увидеть, справляется или не справляется сотрудник с работой.

Таким образом, план является эффективным инструментом личного и профессионального роста и развития врача, а также основой для проведения оценки деятельности сотрудника и его аттестации.

### *Литература*

1. Манерова О.А. Нужны ли инвестиции в профессиональное развитие медицинских кадров 20 века // Экономика здравоохранения. – 2008. – №4. – С.105.
2. Там же. – С.106.

3. Казанцева Д.Б. Особенности развития и профессионального становления личности врача // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2009. – №1. – С.87-88.
4. Балахонов А. В. Компетентность выпускника как критерий оценки качества высшего медицинского образования / А. В. Балахонов, М.Н. Молитвин // Вестник СПб госуд.мед.акад. им. И.И. Мечникова. - 2008. - № 2. - С. 74-78.
5. Манерова О.А. Качество кадрового потенциала здравоохранения в условиях реформы: формирование, сохранение и развитие. – М.: ООО «Цифровичок», 2005. – С.145.

## Образ врача-философа в творчестве Парацельса

*Белоусова Е. В.*

*Врач — философ;  
ведь нет большой разницы  
между мудростью и медициной.*

Гиппократ

Впервые образ врача-философа в античной культуре создается «отцом медицины» Гиппократом. В работе «О благоприличном поведении» Гиппократ писал: «Ведь врач-философ равен богу. Да и немного, в самом деле, различия между мудростью и медициной и всё, что ищется для мудрости всё это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха перед богами, божественное превосходство. То, что они имеют, они имеют против невоздержанности, против корыстолюбивой и грязной профессии, против непомерной жажды приобретения, против алчности, против хищения, против бесстыдства».

В культуре ренессансной представление о враче-философе развивает Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст из Гогенгейма, известный как Парацельс. Гогенгейм считал, что философия необходима для любого врача. Медико-философские эзерсисы мы находим в книгах «Парамирум» и «Парагранум». В одной из базельских лекций, прочитанных на латыни, рассказывается об отношении медицины и философии: «Там, где заканчивается врач, начинается философ... тем самым, философ рождается из врача, а не врач из философа» (V, 338). По мнению Гогенгейма, это правило наглядно демонстрирует себя на практике: «Из лечения истекает философия, а не наоборот» (IV, 120) [1].

Только практическим путём можно приобрести столь ценимую Парацельсом опытность, познать истинную философию, войти в понимание природы, научиться видеть корни болезней и распознавать способы их врачевания. В свою очередь дух мудрости, «который и формирует наш опыт», выступает как основа практических навыков. «Основа» имеет много общего с «пониманием болезней, которым должен обладать всякий врач». Если основа открывается вне философии, она, по мнению Парацельса, заведомо ложна.

Обобщённое понятие философии у Гогенгейма, включающее всё многообразные взаимосвязи, предполагающее гармонию внешнего и внутреннего, а также взаимное отражение микро- и макрокосма, заключено

в термине «знание». Термин «знание» позже был развит им в «Лабиринте заблуждающихся врачей». Именно в свете этого термина Парацельс говорил о том, что философ начинается там, где заканчивается врач. В «Лабиринте заблуждающихся врачей» этот тезис сформулирован с обратным знаком: «там, где заканчивается философ, начинается врач». Знание, или *scientia* является основным понятием философии Гогенгейма. Знание неразрывно связано с экспериментом и опытом, «опытностью». Поэтому философия Гогенгейма носит практический характер.

Создатель науки этики Аристотель относил ее к практическим знаниям. И. Кант называл этику «практической философией». В истории культуры неслучайна связь фундаментальной, философской этики и этики медицинской. В образе врача-философа соединяются как глубокие теоретические знания, так и практические умения и навыки, а также нравственные добродетели.

Парацельс подчеркивал такую черту характера врача, как *сила воли*. «Сила воли есть главное в медицине. Человек доброжелательный оказывает благотворное влияние. Тот, кто завидует всем и всему и ненавидит самое себя, может ощущать на себе последствия собственных злых мыслей. Изображения могут быть прокляты и наводить на тех, кого они представляют болезни, как то: лихорадку, падучую, апоплексию и прочие. Я говорю серьёзно, ибо врачам нашим ведомы лишь весьма немногие из тех сил, что даются волею. Воля творит духов (силы), не обладающих собственным разумом, но подчиняющихся слепо» [2].

*Сила воображения* есть также важнейшее качество врача-философа. Парацельс считал, что врачи должны знать причины некоторых таинственных болезней: «Например, порою колдуны создают изображение человека, которому желают нанести вред, и вбивают гвоздь в ногу этого изображения; при этом злая воля и дурные мысли вызывают у человека сильнейшую боль в ноге, и он не сможет ходить до тех пор, пока гвоздь из изображения не будет вынут. Ныне врач, сталкиваясь с подобным случаем и не ведая, что причиняет боль ноге больного, не может исцелить его; но знай он источник, он использовал бы силу своего воображения для противодействия злу, совершенному сходной силою» [3].

Конечно, сейчас этот пассаж может вызвать улыбку. Но иногда подобный ход мыслей, в соответствии с «естественной магией» Парацельса, приводил к предвосхищению открытий современной науки. Парацельс говорил о некой невидимой форме. «*Menstruum*, посредством которого воля может осуществлять доброе или злое воздействие, есть живая *Mumia*. *Mumia* – это форма, содержащая эссенцию жизни... В *Mumia* живого существа заключены свойства существа, из которого она извлечена... наиболее здоровая животная пища есть мясо птиц, ибо они живут в воздухе, воздух же есть возвышеннейшая из четырёх стихий...

Наибольшею силою обладает Mumia людей физически здоровых и умерших внезапною смертью, к примеру, повешенных, обезглавленных, или колесованных. Человек, медленно умирающий от болезни, теряет свои силы ещё до того, как умрёт, и гниение в подобных случаях зачастую начинается, когда больной ещё жив. Его Mumia будет никчемной. Но если бы врачи знали бы сокрытую силу Mumia людей, умерших внезапно, они не позволяли бы телам казнённых преступников по три дня висеть на виселицах, но забирали их и использовали для своих надобностей» [4]. Несмотря на фантастичность подобных рассуждений Парацельса, практика современной трансплантологии, как представляется, является практическим воплощением рекомендаций Парацельса.

При всей сложности и противоречивости своей натуры Гогенгейм был глубоко верующим человеком. *Вера* называлась им важнейшим условием деятельности врача-философа, ибо «нужна лишь глубокая вера в великую силу всеобщего блага, которая может совершить всё, если действует через разум человека, пребывающего в гармонии с нею, и без которой ни в чём нельзя добиться успеха. Истинная магическая сила заключена в истинной вере, истинная же вера основывается на знании, и без знания не может быть веры». В этом высказывании Парацельса отразилось несомненное влияние христианской этики, в которой *вера*, вместе с *надеждой* и *любовью* является важнейшей добродетелью.

Первые две исторические формы врачебной этики, выделенные известным отечественным специалистом по биоэтике Ириной Силуяновой, были названы именами Гиппократ и Парацельса: модель Гиппократ и принцип «Не навреди»; принцип «Делай добро» (модель Парацельса). И.В. Силуянова пишет о нравственной основе взаимоотношения пациента и врача во второй модели: «Модель Парацельса» – это форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как составляющая стратегии терапевтического поведения врача.

В границах «модели Парацельса» в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Медицинская культура использует латинское понятие *pater* – «отец», распространяемое христианством не только на священника, но и на Бога. Смысл слова «отец» в патернализме фиксирует, что «образцом» связей между врачом и пациентом являются не только кровнородственные отношения, для которых характерны положительные психо-эмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и «целебность», «божественность» самого «контакта» врача и больного.

Эта «целебность» и «божественность» определена, задана добродетелью врача, направленностью его воли к благу больного. Неудивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах

данной модели, является принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание – это организованное осуществление добра. Добро же по сути своей имеет божественное происхождение. «Всякое даяние доброе... нисходит свыше, от Отца светов» (Иак. 1, 17). Парацельс учил: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства - любовь»[5].

Таким образом, образ совершенного врача-философа наполняется глубоким духовным смыслом. Сам Парацельс стал его новым символом. Примеры тяжких соматических и психических заболеваний, описанные им, могли побудить даже верующего человека усомниться в разумности мироздания. Но, несмотря на жизненные трудности, бедность и разочарования, Парацельс оставался верен миссии врача. Вопреки всем историям об изготовлении золота, бедность, эта «лживая шлюха», по выражению самого Парацельса, следовала за Гогенгеймом по пятам всю жизнь. Пирмин Майер пишет: «Бедность приобрела в мировоззрении Гогенгейма экзистенциальную сущность и стала частью его жизненной философии: «Блажен и присноблажен тот человек, которого Бог благословил бедностью» (PS, 261). Бедность врача, сопряжённая с его «благочестием» (IX, 562) и постоянным странничеством, по прошествию нескольких поколений оказалась неразрывно связанной с образом Парацельса, созданным им самим» [6]. Известно, что ближайшие друзья Гогенгейма получили в память о нём «десять гульденов в монетах». *Бедность, благочестие и целомудрие* есть важнейшие качества врача.

Гогенгейм следовал традиции, заложенной Гиппократом. *Ars longa, vita brevis est*, то есть врачебное искусство – это в большей мере искусство, нежели наука. Притом искусство самое высокое и благородное.

В «Великой астрономии», изданной в 1537 году, Парацельс, глядя на мир с высоты всеобъемлющей космофизики, чрезвычайно высоко оценивает статус врача и пророка (*vates et medicus*): «Разве есть на свете что-нибудь скрытое от подлинного пророка и неизвестное ему? И кого можно поставить превыше доктора? Они словно бы объаты пламенем, и, подобно огню, сверкают они своими трудами» [7].

В нравственном отношении врач и пророк выступают защитниками правды и справедливости. Именно в этом смысле в книге «Парамирум» употребляется образное понятие огня. Человек и лекарство испытываются огнём. *Из огня рождается врач.*

Подводя итоги, скажем, что в творчестве и судьбе легендарного Парацельса отразился многогранный сверкающий образ врача-философа.

## *Литература*

1. Цит. По: Майер, Пирмин. Парацельс – врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенгейме / П. Майер: Пер. с нем. Е.Б. Мурзина. – М.: Алетейя, 2003. – С. 360.
2. Цит. по: Гартман Франц. Жизнь Парацельса и сущность его учения / Пер. с англ. – М.: Культурный центр «Новый Акрополь», 2009, 272 с: ил.– С. 154-155/
3. Там же, С. 153-154.
4. Там же, С. 159.
5. См.: Силуянова И.В. Предмет и методы биомедицинской этики. Этика науки и профессиональная этика. Исторические и логические модели биомедицинской этики // Избранные лекции по биоэтике РГМУ им Н.И. Пирогова. Лекция 1.
6. Цит. по: Майер, Пирмин. Парацельс – врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенгейме.– С. 51.
7. Там же, С. 36.

## Психологический портрет детского хирурга

*Огнёв С.И.*

*Пусть хирург действует умом и глазами прежде,  
чем вооруженной рукой.*

Человек в течение своего существования всегда стоит перед выбором, выбором своего жизненного пути. Выбор профессии и есть отражение жизненного пути.

Процесс профессионального самоопределения является динамичным и охватывает существенную часть жизненного пути человека, внося специфический вклад в развитие личности на каждом этапе ее становления. Он не ограничивается формированием профессиональной пригодности, а является составной частью личностного самоопределения в целом.

Вне зависимости от психологического, физического и социального содержания человека, выбор профессии сказывается на его личностном развитии, формируя те или иные черты. Можно выделить ряд причин, определяющих важное значение профессиональной деятельности как фактора, оказывающего существенное формирующее воздействие на личность. Личность – продукт общественного развития, субъект труда, общения и познания, детерминированный конкретно-историческими условиями жизни общества.

В процессе овладения профессией значительную перестройку претерпевает мотивационно-потребностная сфера личности. Особенности и направления ее развития определяются типом профессий, богатством их содержания, составом действий, сложностью задач, определяющих длительность обучения, уровень квалификации, представленность элементов творчества.

В профессиональном самоопределении можно выбрать стадии: выбор профессии, профессиональное обучение, овладение профессиональным мастерством и самореализация в ней, творческий вклад в развитие самой деятельности и передача профессионального опыта другим людям. Указанные фазы не являются строго разведенными во времени, в значительной степени они зависят от содержания профессии, индивидуальных и личностных качеств человека, сформировавшихся до вступления в профессию (задатки, интересы, мотивы, способности и пр.), внешних благоприятных или неблагоприятных обстоятельств, в том числе экономических и социально-психологических.

Итак, выбор пал на одну из сложнейших, многогранных профессий, как таковой – врач! Врач – детский хирург!

Безусловно, специальность- детский хирург стоит отдельной графой в широком выборе медицинских специальностей, не в коей мере не умиляя достоинств других.

Каким же должен быть детский хирург? Какими качествами характера должен обладать, в современных условиях существования общества? Постараюсь ответить на этот вопрос.

Замечательный русский писатель, врач А.П. Чехов подчеркивал: «Профессия врача – подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это». В настоящее время последняя фраза нуждается в некоторой коррекции: тот способен на это, кто систематически, непрерывно учится медицинскому искусству, воспитывает в себе все необходимые современному врачу нравственные качества.

Среди профессионально-важных качеств на первое место ставятся компетентность, высокий профессионализм (владение всем арсеналом средств медицинского воздействия), «клиническое мышление», а также выдержанность, хладнокровие, выносливость, умение принимать решения в условиях дефицита времени, гуманное отношение к больным. Также должны преобладать и такие качества как хорошее понятийное мышление, гибкость мышления, аналитичность, коммуникативность, толерантность, уверенность в себе, переключаемость (лабильность), устойчивость к фрустрациям, деловая направленность, активность, доминантность и др.

Вспомним постулат или принцип «не навреди». Старейшее и, вероятно, самое главное положение медицинской этики в латинской формулировке звучит так: *primum non nocere* («прежде всего – не навреди»). Любой врач, наверное, согласится с утверждением Е. Ламберта, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких, которым нельзя навредить». Ведь известно, что, порой, лечение может быть тяжелее болезни. И здесь, нужно отметить о той высокой ответственности, которую несет детский хирург перед маленьким пациентом и его родителями, от тонкости действий которого зависит исход операции и лечения в целом.

Необходимо подчеркнуть значимость деонтологии. Важную роль при этом сыграли труды английского философа и правоведа И. Бентама, который первым ввел термин «деонтология», обозначающий у него философскую теорию нравственности в целом. В настоящее время в медицине деонтология понимается как учение о долге, наука о моральном, эстетическом, и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу – заботе о здоровье человека, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе и целыми учреждениями, участвующими в борьбе за жизнь и здоровье людей.

Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совесть - всегда считались главными характеристиками врача. Впервые эти морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в своей знаменитой «Клятве». Конечно, исторические и социальные условия, классовые интересы сменявшихся эпох, многократно трансформировали «Клятву Гиппократа». Однако и сегодня она считается и воспринимается как вполне современный, полный нравственной силы и гуманизма документ.

Хороший детский хирург – это не только профессионал, обладающий энциклопедическими знаниями, взвешенными решениями и в совершенстве владеющий операционной техникой, но и умение говорить с больным.

Давно известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств. Авторитетное слово врача может оказывать влияние на самочувствие пациента: уверенность врача передается пациенту и его родителям.

Хочется процитировать Б. Сейгела: «Никогда нельзя говорить, что вы больше ничего не можете сделать, даже если единственное оставшееся у вас средство – быть рядом и помогать больному, надеяться и молиться».

К сожалению, навыками общения врачи овладевают «стихийно», это приходит с годами и приобретенным опытом. Специально в медицинских вузах этому практически не обучают. Горько видеть, если врач пренебрегает беседой с пациентом, становясь слепым заложником лабораторно-инструментальной диагностики или безвольным исполнителем схем лечения и директив, спущенных сверху. Искусство беседы с больным, умение вести с ребенком диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта.

Еще один важный момент во взаимоотношениях врача и пациента это эмпатия. Эмпатия включает в себя способность человека воспринимать эмоциональное состояние другого человека и сопереживать ему. Так, по мнению В.П. Петленко в практике с пациентом врач нередко способен почувствовать его переживание не столько на основании словесных сообщений, сколько по характеру его невербального поведения. Эмпатический подход врача проявляется в его способности чувствовать эмоциональное состояние больного в каждый момент общения с ним и, что немаловажно, вызвать доверие ребенка.

Следующей характеристикой психологического портрета детского хирурга является такое понятие, как самоактуализация. По мнению Е.П. Ильина понятие «человек» не существует без понятия «деятельность». Пока в теле человека присутствует жизнь, она непременно будет осуществлять себя вовне, через деятельность, что подтверждается

большим количеством исследований связи личности с производимой ею деятельностью согласно которому между субъектом и его деятельностью происходит взаимовлияние.

Деятельность можно классифицировать по разным признакам. Главным из них является качественное своеобразие деятельности и среди многообразных видов социальной внешней деятельности личности, профессиональная занимает особое место. Именно профессиональная деятельность образует основную форму активности субъекта, ей посвящена значительная часть жизни человека. Для большинства людей именно этот вид деятельности предоставляет возможность удовлетворить всю гамму их потребностей, раскрыть свои способности, утвердить себя как личность, достигнуть определённого социального статуса.

По словам Е.П. Ермолаева профессиональная деятельность, заполняя более 2/3 сознательной жизни человека, тем самым определяет её сущность как основы развития самой личности. Богатство внутренней структуры человека во многом зависит от его деятельности, а профессия составляет основную, наиболее существенную, целенаправленную её часть. Трудовая деятельность направленная не только на предмет труда, но и на социальную среду и на самоё себя, которая характеризуется в основном тем, что в процессе деятельности происходит идентификация и усвоение ценностей, которые обеспечивают самосовершенствование личности, как в личном, так и в профессиональном плане. Механизм этого процесса выступает в качестве своеобразного транслятора ценностей. На каждой стадии профессионального самоопределения личностью осознаются и формулируются определенные цели и задачи, которые соотносятся с общественно выработанными требованиями, нормативами и реализуются в соответствии с ними и собственными «ресурсами», интересами, потребностями и ценностными ориентациями. То есть, в определенной среде и условиях формируя личность врача - детского хирурга.

Профессия детского хирурга предъявляет требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации.

Г.Г. Караванов и В.В. Коршунова рассматривают следующие защитно-адаптационные механизмы и индивидуально-психологические качества врача позволяющие существовать в условиях, требующих от специалиста медицинского учреждения высокой эмоциональной устойчивости, стабильности, психологической надежности, умения противостоять стрессу, информационным и эмоциональным перегрузкам, а также сформированных коммуникативных навыков, развитых механизмов психологической адаптации и компенсации.

И.И. Косарев подчеркивает, что подвиг, самопожертвование, служение долгу расценивались в отечественной медицине как норма поведения врача. С.Л. Соловьева также подчеркивает, что к специфическому содержанию профессиональной врачебной деятельности добавляется характерная для России особенность, связанная с тем, что врач вынужден выполнять профессиональные обязанности не только находясь на работе, в отведенном для этого месте, в отведенное для этого время, но практически всегда и везде, где окружающие информированы о его профессиональной принадлежности.

Работа детского хирурга необычайно сложна, напряженность труда, протекающая в недостаточно благоприятных условиях. К последним относится режим труда, неблагоприятный микроклимат (высокая температура воздуха в операционной, увлажненность), необходимость выполнять свои обязанности в экстремальных условиях и дефиците времени, постоянно прямой контакт с больными. При этом бросается в глаза, что среди отрицательных сторон своей профессии очень часто появляются эмоциональные стороны, вызванные душевными переживаниями за пациентов.

Самоотверженность – детского хирурга проявляется во многих его действиях, начиная от обыденных для него дежурств у постели больного, до неожиданных выездов к больным независимо от времени суток и погоды, выполнения жизненно показанных больному сложных оперативных вмешательств в условиях отсутствия даже подобия операционной и заканчивая истинно героическими поступками, связанные с риском для собственной жизни.

Таким образом, профессия детского хирурга остается самой почитаемой и необходимой. Между тем, она предъявляет к медицинскому работнику свод этических принципов и требований, так как на нем лежит огромная ответственность за жизнь и охрану здоровья детей. Важную роль играет наличие определенных индивидуально-психологических особенностей: представляет ли собой врач гармонически развитую личность с морально – этическими устоями, обладает ли терпением и спокойствием, умение найти правильный подход к каждому больному – все это также является составляющим личности детского хирурга как профессионала.

## *Литература*

1. Соловьева С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача – СПб.: ГОУВПО, 2001.
2. Ермолаева Е.П. Психология социальной реализации профессионала. – М.: Инст-та РАН, 2008.
3. Ильин Е.П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. – СПб.: Питер, 2008.
4. Караванов Г.Г., Коршунова В.В. Индивидуально – психологические особенности личности врача – хирурга. – Львов: Медицина, 1974.
5. Платонов К.К. Методические проблемы медицинской психологии. – М.: Медицина, 1977.
6. Петленко В.П., Шамов И.А. Мудрость взаимности. – Л.: Лениздат: 1989.
7. Косарев И.И., Бухарина Т.Л. Путь в медицину. – Челябинск: Мед-пресс, 1983.

## **Представления врачей о позитивных и негативных аспектах своей работы как индикатор профессионализма**

*Петрова Л.Е.*

Современный статус такой социально-профессиональной группы, как российские врачи, весьма противоречив. С одной стороны, эта группа традиционно рассматривалась и рассматривается в обществе как одна из ключевых, обеспечивающих безопасность и стабильность граждан. Отсюда – высокий престиж профессии врача, как в советское время, так и в актуальной социальной ситуации. Индикатором сохраняющегося высокого статуса и престижа врачебной профессии могут служить данные о довольно высоких баллах ЕГЭ и отсюда – высоком конкурсе в медвузы по сравнению с другими специальностями.

С другой стороны, за последние десятилетия в российском обществе подорвано как доверие к врачам, так и к здравоохранению как социальному институту. По данным общероссийских опросов общественного мнения [1], до половины респондентов заявляют, что не удовлетворены системой здравоохранения, только каждый четвертый считает, что качество медицинских услуг улучшилось. Наконец, более 60% опрошенных заявили, что они лично и члены их семьи в случае необходимости не смогут получить качественную медицинскую помощь. Все это свидетельствует о низкой оценке населением эффективности функционирования института здравоохранения, негативном восприятии реформ в этой области, которые на протяжении последних 20 лет сопровождали развитие российской медицины.

Таким образом, конкретный врач (а особенно – врач со стажем) чувствует на себе институциональное давление двояко: пациенты недовольны, а работа становится все более интенсивной. В таких условиях – меняющихся правил игры, институциональных рамок – содержание профессионализма не может оставаться неизменным [2]. Вообще, «содержание профессионализма» – феномен, привязанный в первую очередь к социальным реалиям. В современном мире медицинская профессия испытывает на себе влияние:

1) технологических изменений (появление новых возможностей оказания помощи – инструментов, приборов, препаратов, коммуникативных ресурсов и пр.);

2) собственно социальных изменений (активизация менеджеральных трендов в управлении группой профессионалов – технократизм управления;

3) изменений поведения пациентов (они в существенной степени дифференцированы – континуум от «просвещенного и активного пациента» до пациента как объекта принудительной медицинской помощи – например, больные туберкулезом из определенных социальных слоев);

4) изменения в самоидентификации профессионалов (кризис альтруистской модели в связи с осознанием сервильности как ведущего элемента профессиональной деятельности).

Конечно, этим перечнем не ограничиваются тенденции перемен в профессии врача, требующие и междисциплинарных, и мультиметодологических усилий исследователей. Наш интерес локализован в области социологического анализа трансформаций профессии врача на институциональном уровне и уровне повседневных практик.

Указанные выше тенденции влияния на профессионализм медработников имеют соответственно значимые индикаторы в эмпирических исследованиях. При всей ограниченности использования данных самоотчетов, мы полагаем важным индикатором характеристики трансформации профессионализма рефлексию врача над своей профессиональной ролью. С ноября 2011 г. автор в сотрудничестве с факультетом повышения квалификации и профессиональной переподготовки УГМА [3] ведет исследование, посвященное качеству деятельности врача. В настоящей работе используются данные анкетного опроса (n = 404 чел.).

Итак, в качестве индикатора исполнения профессиональной роли используются 2 вопроса анкетного опроса:

1. «ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ В ПРОФЕССИИ ВРАЧА ДЛЯ ВАС ЛИЧНО?» Респондентам предлагалось выбрать не более 3-х вариантов ответа из 10 предложенных.

2. «ЧТО СОСТАВЛЯЕТ ОСНОВНУЮ ТРУДНОСТЬ ДЛЯ ВАШЕЙ РАБОТЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?» – с той же инструкцией выбора не более 3-х вариантов из 10 предложенных в закрытом вопросе. Однако, шкалы оценивания первого и второго вопроса совпадали не полностью.

Кстати, респонденты были внимательны к инструкциям в анкете. Так, среднее число ответов на одного опрошенного в первом вопросе составило 2,9, во втором – 2,6. Это можно рассматривать как дополнительный (вместе с выборкой, представительной по основным признакам) индикатор достоверности полученных данных.

Для большинства врачей главным в профессии врача по-прежнему является альтруистическая составляющая – помощь пациентам – таковы ответы 2/3 опрошенных. На втором месте в иерархии – статус самой профессии – стабильность, востребованность – это главное для каждого второго опрошенного. Почти такое же количество респондентов,

характеризуя главное в профессии врача, выбрали также возможность реализации личного потенциала в своей работе. Эти три характеристики отмечены не менее половиной опрошенных, и мы считаем это показательной картиной в оценке предпочтений врачебной профессии. Со времен Т. Парсонса ведутся споры о месте (и самой возможности) альтруизма в медицинской профессии. Как видно, опрошенные нами врачи в первую очередь указывают на альтруистскую составляющую – возможность улучшить здоровье пациентов, что вполне соответствует также и социальным ожиданиям общества от рассматриваемой социально-профессиональной группы. Однако на втором и третьем местах – уже более прагматичные мотивы, связанные с поиском (и нахождением) стабильности и самореализации.

Третья часть врачей указывает на сугубо личный мотив – помочь себе и близким в случае проблем со здоровьем. Каждый четвертый врач ценит в своей работе престиж профессии, уважение к ней в обществе. Каждый пятый опрошенный выразил прагматичный мотив – ценна возможность использования знаний, полученных в медвузе. Такая же доля респондентов ценит в работе материальный фактор – зарплату. Возможность работать в среде профессионалов-медиков назвали главным 18% опрошенных. И это – предпоследнее место в иерархии оценивания преимуществ профессии. На последнем – интерес к анатомии и физиологии человека – эту позицию выбрали только 5% респондентов.

Таблица №1

*Распределение ответов респондентов на вопрос «Что является главным в профессии врача для вас лично?»*

Варианты ответа	% от числа ответивших
Возможность помогать пациентам – улучшить их здоровье	68,8
Стабильность, востребованность моей профессии	50,4
Возможность реализовать свой личный потенциал в работе	47,1
Возможность обезопасить себя и близких в случае болезни	33,2
Уважение к моей работе, престиж профессии	25,7
Возможность использовать знания, полученные в медвузе	20,4
Материальный фактор – зарплата	19,7
Работа в коллективе профессионалов-медиков	18,0

Интерес к особенностям анатомо-физиологического строения человека	4,7
Другое	1,7
Итого ответивших:	289,8*

*\* Сумма превышает 100%, поскольку один опрошенный мог дать несколько ответов одновременно*

Есть некоторые различия в ответах врачей разного возраста. Притом, это касается маргинальных групп. Так, молодые врачи (до 30 лет) чаще указывают на прагматичные факторы (использование знаний из вуза, помощь себе и близким). Врачи старше 60 лет, наоборот, эти варианты ответа выбирают реже, а чаще указывают на возможность реализации личного потенциала в работе, зарплату и стабильность профессии.

Итак, картина оценивания врачами преимуществ своей профессии весьма показательна, потому что современна. Большинство врачей видит врачебную миссию в помощи другим, осознавая при этом возможность реализовать и личные потребности – в престиже, безопасности, комфорте и пр.

Оценивая, что является главным в профессии врача, респонденты не указывали на преимущества, позитивные характеристики своей работы. Однако главное – это первое в иерархии, это – лучшее, это – самое существенное. Поэтому можно с некоторой долей условности считать указанные главные характеристики врачебной профессии еще и преимуществами последней в оценках врачей-профессионалов.

Оценка трудностей – это характеристика барьеров в достижении стандартов работы. Мы писали выше, что существенное влияние на содержание повседневности врача оказывают сегодня технологические и технократические перемены. Естественно, что степень такого воздействия неравномерна – институциональное давление более или менее одинаково, а технологические новшества в сельской больнице, например, могут отличаться от условий работы врача в высокотехнологичном областном или федеральном медицинском центре. Тем не менее, субъективная оценка барьеров в профессии крайне важна и она может нивелировать «привязку к месту».

Больше всего неудовлетворенности вызывает у врачей низкий уровень оплаты их труда – такой ответ дали более половины опрошенных. Каждый второй полагает, что работа врача недооценена обществом. И эти две позиции, разделяемые большинством опрошенных, можно считать преобладающими. Таким образом, недооценка труда врача в обществе – и материальная, и нематериальная – указана как личная проблема, основная трудность в работе опрошенных врачей.

Третья часть респондентов указала непосредственно на то самое институциональное влияние, о котором мы писали выше – трудностью для них являются усиливающиеся требования к работе врача. Каждый четвертый указал на большой поток пациентов как на основную трудность в своей работе. Условия труда на рабочем месте (очевидно, неадекватные) беспокоят четверть опрошенных. 22% видят основную трудность в собственной психологической усталости от работы. Поведение пациентов (мы сознательно сформулировали именно так данный вариант ответа – нейтрально, чтобы не наводить на негативную оценку) лишь для 13% респондентов составляет трудность. Технологические нововведения – оборудование, препараты – проблемой являются для незначительной группы опрошенных врачей. На последнем месте, с минимальной группой выбравших – в 4% - стоит такая предложенная для оценки трудность, как конкуренция между врачами. Это лишний раз свидетельствует об отсутствии в российской медицине рыночных отношений, реальной конкуренции между врачами за пациента.

Таким образом, для врача трудность составляет внешняя оценка его труда и усиливающиеся институциональные требования. Внутри профессиональные тренды – нововведения, изменение характера взаимоотношений с коллегами и пациентами – не оцениваются как проблемы.

Таблица № 2

*Распределение ответов респондентов на вопрос «Что составляет основную трудность для вашей работы в настоящее время?»*

Варианты ответа	% от числа ответивших
Низкий уровень оплаты моего труда	64,4
Недооценка обществом работы врача	54,2
Усиливающиеся требования к работе врача	33,6
Большой поток пациентов	24,1
Условия труда на рабочем месте	22,9
Психологическая усталость от работы	22,1
Поведение пациентов	12,7
Другое	8,0
Большое число новых медпрепаратов	7,7
Освоение нового медицинского оборудования	7,0
Конкуренция между врачами	4,2
Итого ответивших:	260,9*

*\* Сумма превышает 100%, поскольку один опрошенный мог дать несколько ответов одновременно*

Противоречиво выглядит сопоставительная характеристика ответов на два анализируемых вопроса. Так, 20% считают главным в работе материальный фактор, зарплату, а 64% как проблему рассматривают низкий уровень оплаты. Как это интерпретировать? Притом, распределение материального статуса в массиве исследования по самооценке респондентов выглядит следующим образом:

Бедных - 6%, они выбрали вариант ответа «Мы живем от зарплаты до зарплаты, часто приходится занимать деньги на самое необходимое, а о сбережениях не может быть и речи».

На границе бедности – 19%, их ответ – «На ежедневные расходы нам хватает денег, но уже покупка одежды представляет трудности: для этого мы должны специально откладывать или брать в долг».

Срединная группа составляет 45%, их самооценка – «Нам в основном хватает денег, мы можем даже кое-что откладывать. Но при покупке дорогих вещей длительного пользования наших сбережений не хватает, и мы должны пользоваться кредитом или брать в долг».

Выше среднего - 23% - «Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает у нас трудностей. Однако покупка автомашины или дорогостоящий отпуск нам пока недоступны».

И, наконец, обеспеченные – таких 7%, они указали, что «В настоящее время, мы можем позволить себе некоторые дорогостоящие покупки, то есть, если нам захочется, мы могли бы собрать деньги на автомашину, дорогую мебель, дачу, словом, ни в чем себе не отказывать».

Принципиальных отличий в указании на материальный фактор, зарплату как главное в профессии врача нет по подмассивам, сформированным в соответствии с материальным статусом – разница статистически незначима и составляет 3-5%. В оценке трудностей в работе врача ответ «Низкий уровень оплаты моего труда» чуть чаще давали врачи с более низкой материальной самооценкой, однако, и в этом случае различия статистически незначимы. Можно предложить, что столь единодушные оценки демонстрируют 2 тенденции: реально низкий уровень зарплаты врачей и проявление «социальной обиды» – соотносительные оценки оплаты медицинского труда в совокупности с оценкой статуса и роли профессиональной деятельности.

Врачи как социально-профессиональная группа всегда имели высокий престиж, статус и авторитет в обществе. В современных условиях (даже российских, несмотря на лихорадку реформ и инерционное поведение пациентов и врачей, пролонгирующих патерналистскую модель взаимодействия) общество стремится к большему контролю над деятельностью врача, контролю за той властью, которую последний имеет и над отдельным больным, и – в совокупности – на уровне общества. Объем власти, к которому привыкли врачи, раньше был сопоставимо хорошо

оценен в материальной форме. Сегодня же зарплата врачей ниже, чем у «новых профессионалов» (банкиров, менеджеров, представителей шоу-бизнеса и пр.), что вызывает недовольство врачей, потому что социальная роль и значение профессионализма возрастает, а компенсация за труд – падает.

Полученные нами данные указывают на сохранение стандартов профессионализма в оценках врачей при общей неудовлетворенности статусом работы врача и условий для ее осуществления. Можно сказать, что это – картина кризисного профессионализма, этап переосмысления стандартов оценивания своей профессиональной деятельности российскими врачами. Картина «старого», советского профессионализма – альтруизм, служение при относительной небольшой зарплате в условиях низкой дифференциации. Картина «нового», постсоветского, профессионализма – осознание недостаточной компенсации за труд, сопряженный со служением и высокими технологиями. Находясь, на своего рода, перепутье, сегодняшние российские врачи как группа испытывают трансформацию статуса, переживаемую экзистенциально и структурно-институционально.

### *Литература*

1. Данные Левада-центра, 2004-2008 гг.
2. См., например: Кульман Э. «Ответственные профессионалы» и «разборчивые клиенты»: изменения во взаимодействии медицинских профессионалов, государства и общества // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под. ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2007.
3. Автор выражает благодарность декану факультета – д.мед.н., проф. С.А.Царьковой за самую возможность исследования и обсуждение его концептуальных основ.

## **Синдром эмоционального выгорания среди медицинских работников (философские и психологические аспекты)**

*Пермякова Н.В.*

К необходимым личностным качествам медицинского работника относятся внимательность и наблюдательность, пунктуальность и аккуратность, умение постоянно контролировать свои действия и поступки. Добросовестному работнику чужды самоуверенность и беспечность, действия по принципу «авось обойдется». Признакам профессиональной зрелости, мастерства и опыта являются быстрая ориентация в сложившейся ситуации, решительность и смелость. Важным принципом работы медицинских работников является товарищеская взаимопомощь, коллегиальное решение наиболее сложных и трудных вопросов в их практической деятельности. Тесное общение медицинского работника с коллективом не только помогает ему преодолеть трудности в работе, но и благотворно влияет на его профессиональные и личностные качества, общественное сознание. Во взаимоотношениях с коллегами медицинский работник должен быть честным, справедливым, признавать и уважать их знания, опыт, вклад в свою профессию. Вежливость, тактичность, сдержанность, спокойные ровные отношения с коллегами – вот что украшает любого медицинского работника. Пожалуй, самое страшное в медицинском работнике – это равнодушие, являющееся признаком интеллектуальной ограниченности и эмоциональной «тупости». Равнодушие к людям и их страданиям – качество, несовместимое с профессией медицинского работника. Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек. Что хочет получить пациент от медицинских работников – действенную медицинскую помощь и обязательно – уважение, и гуманное отношение, терпение и милосердие, доброту и понимание. Медицинский работник должен уважать права человека, оказывать действенную медицинскую помощь, быть правдивым и честным, быть компетентным, иметь терпение и понимание, иметь сострадание и уважение к жизни, соблюдать принцип «не навреди».

Неся на себе «груз общения» доктор вынужден постоянно находиться в гнетущей атмосфере чужих отрицательных эмоций – служить то утешением для пациента, то мишенью для раздражения и агрессии. Исходя из этого, медицинские работники вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента, становиться менее эмпатичными, чтобы избежать эмоционального выгорания.

Термин «эмоциональное выгорание» введен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной

атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально термин синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. В.В. Бойко под эмоциональным выгоранием понимает, выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. В настоящее время существует единая точка зрения на сущность психического выгорания и его структуру. Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах. В дальнейшем, развиваются более серьезные нарушения в эмоциональной и других системах организма. СЭВ включает в себя три основные составляющие: *эмоциональную истощенность* (чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой), деперсонализацию (циничное, безразличное отношение к труду и объектам своего труда) и редукцию профессиональных достижений (возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере).

Основными симптомами СЭВ являются

- 1) усталость, утомление, истощение после активной профессиональной деятельности;
- 2) психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства, бессонница);
- 3) появление негативного отношения к пациентам (вместо имевшихся ранее позитивных взаимоотношений);
- 4) отрицательная настроенность к выполняемой деятельности;
- 5) агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам);
- 6) функциональное, негативное отношение к себе;
- 7) тревожные состояния, пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности, происходящих событий, чувство вины.

Более всего риску возникновения СЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и личной жизнью. Были выделены три типа людей, которые более всего подвержены риску развития СЭВ.

Первый тип – «педантичный», характеризуется добросовестностью, возведенной в абсолют; чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка. Второй тип – «демонстративный», характеризуется стремлением первенствовать во всем, всегда быть на виду. Вместе с тем им свойственна высокая степень истощаемости при выполнении незаметной, рутинной работы, а переутомление проявляется излишней раздражительностью, гневливостью. Третий тип – «эмотивный», характеризуется протиеостественной чувствительностью и впечатлительностью. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением, и все это при явной нехватке сил сопротивляться любым неблагоприятным обстоятельствам. СЭВ включает в себя 3 стадии, каждая из которых состоит из 4-х симптомов: 1-я стадия – «напряжение», которая характеризуется неудовлетворенностью собой, «загнанностью в клетку», переживанием психотравмирующих ситуаций, повышенной тревожностью и депрессией. 2-я стадия – «резистенция» со следующими симптомами: неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей. 3-я стадия – «истощение» включает: эмоциональный дефицит, эмоциональную отстраненность, личностную отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения.

Говоря о профилактике выгорания среди медицинских работников, следует рекомендовать каждому из нас стать своим собственным высококвалифицированным специалистом по устранению стресса. Необходимо научиться переустанавливать приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в нашу повседневную рутину. Принимая на себя ответственность за характер переживания стресса, вы начинаете обретать контроль над собой и при этом душевно переходите из положения жертвы к состоянию уцелевшего. Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны направляться на снятие действия стрессора: снятие рабочего напряжения, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением. Существенная роль в борьбе с СЭВ отводится, прежде всего, самому человеку. В повседневной работе необходимо придерживаться нескольких рекомендаций, которые помогут предотвратить возникновение СЭВ, но и достичь снижения степени его выраженности:

- 1) определение краткосрочных и долгосрочных целей (это повышает долгосрочную мотивацию; достижение краткосрочных целей – успех, который повышает степень самовоспитания);

2) использование «тайм-аутов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);

3) овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь способствуют снижению уровня стресса, ведущего к выгоранию),

5) профессиональное развитие и самосовершенствование (одним из способов предохранения от СЭВ является обмен профессиональной информацией с представителями других служб, что дает ощущение более «широкого мира», нежели тот, который существует внутри отдельного коллектива; для этого существуют различные способы - курсы повышения квалификации, конференции и пр.);

6) уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению СЭВ);

7) эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным);

8) поддержание хорошей физической формы (не стоит забывать, что между состоянием тела и разумом существует тесная связь: неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение усугубляют проявления СЭВ). В целях направленной профилактики СЭВ следует стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки; учиться переключаться с одного вида деятельности на другой, проще относиться к конфликтам на работе, не пытаться быть лучшим всегда и во всем.

### *Литература*

1. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика /М.М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С.25-29.
2. Безносков С.П. Профессиональная деформация личности // Коллектив, личность, общение. - 1987. - С.42 - 43
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь - справочник по психодиагностике - СПб.: Питер, 2002. - 528 с.

5. Винокур В., Розанова М. Профессиональный стресс губит врача / В. Винокур, М. Розанова // Медицина Санкт-Петербурга. - СПб.: Издательство СПб ГУ, 1997. - № 11. - С.28.
6. Захаров С. Синдром выгорания у врачей. / С. Захаров // Интернет: <http://forums.rusmedserv.com/showthread.php?t=8748>
7. Караванов Г.Г., Коршунов В.В. Индивидуально - психологические особенности личности врача - хирурга. - Львов. - 1974. - 84 с.
8. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине/Р. Конечный, М. Боухал. - Прага: Авиценум, 1974. - 405 с.
9. Косарев В.В., Васюкова Г.Ф. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области / В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. - М.: Медицина, 2004. - № 3. - С.27-38.

## **Сравнительный анализ степени выраженности психофизиологической составляющей синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер стационара**

*Свеженцева Е.А.*

Актуальность исследования феномена «эмоционального выгорания» на современном этапе развития российского общества в условиях социально-экономической нестабильности, социальных стрессов, росте профессиональных требований постоянно растет. Современные психологические исследования, касающиеся специалистов социально ориентированных, «помогающих» профессий (медицинские работники, психологи, педагоги, руководители разных рангов, работники сфер обслуживания, юристы, военные и др.), доказывают подверженность этих сотрудников различным профессиональным изменениям (Б.Д. Новиков, 1993; А.А. Реан, 1994; А.Р. Фонарев, 1995; А.К. Маркова, 1996; С.П. Безносков, 1997; Е.Т. Лунина, 1997; С.Е. Борисова, 1998; Б.Д. Юрченко, 2000 и др).

Одним из частых негативных проявлений представителей названных профессий является феномен «эмоционального выгорания» или в другой редакции, синдром эмоционального сгорания.

Данный синдром возникает в ситуациях интенсивного профессионального общения под влиянием множества внешних и внутренних факторов. По данным исследований (Безноскова С.П., 2004, Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2004) категории работников, подверженных риску развития «эмоционального профессионального выгорания», подвергаются воздействию множества негативных факторов, приводящих к существенным личностным деформациям. В связи с этим, одной из приоритетных задач психологии развития, медицинской психологии, психологии труда является исследование специфических социально-психологических явлений, к числу которых относится и «эмоциональное выгорание» среди профессионалов, разработка программ по его предупреждению и коррекции.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных изучению отдельных форм данного синдрома, исследований эмоционального выгорания у медицинских сотрудников явно недостаточно, следствием чего является дефицит научного знания о сущностях и механизмах данного явления и отсутствие надежных, эффективных методик его профилактики и коррекции. Поэтому, актуальным представляется организация и проведение специального научного исследования, направленного на изучение «выгорания» медицинских работников, а также поиск мер по предупреждению и устранению этого феномена.

*Целью* исследования стало изучение степени выраженности психофизиологической составляющей синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер стационара в условиях непосредственного выполнения трудовых обязанностей.

*Задачи исследования:*

1. Изучить литературу по проблеме.
2. Провести сравнительное исследование составляющих синдрома эмоционального выгорания медперсонала.
3. Провести дифференцированную оценку состояний сниженной работоспособности у медперсонала больницы.

*Объект исследования* – синдром эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер различных отделений стационара ОКБ №1 города Екатеринбурга (средний стаж работы – 7 лет; средний возраст – 34 года).

*Предмет исследования* – оценка степени выраженности психофизиологической составляющей синдрома эмоционального выгорания и его особенностей у врачей-практиков и медицинских сестер различных отделений стационара.

*Гипотезы исследования:*

- 1) Существуют различия в степени выраженности психофизиологической составляющей синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер поливалентных отделений стационара.
- 2) Субъективное ощущение профессиональной успешности формирует устойчивость к развитию профессионального выгорания у медицинских работников.

*Методики исследования.* Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) диагностировался с помощью вопросника Н. Е. Водопьяновой «Профессиональное выгорание» (ПВ), являющегося аналогом трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон.

Для определения состояния сниженной работоспособности использовалась методика ДОРС А.Б. Леоновой и С.Б. Величковской – дифференцированная оценка состояний сниженной работоспособности. Методика является модифицированной версией немецкого теста BMSII Пласа и Рихтера (1984), используемого для оценки степени тяжести труда в различных видах профессиональной деятельности [4].

Для исследования основных видов стресса (физиологический, информационный, эмоциональный) мы использовали методику Ивановой Е.С. «Стресс-ФИЭ».

*Математическая обработка* результатов исследования включила анализ средних величин; критерий Т-Стьюдента; корреляционный анализ (критерий Пирсона).

*Практическая значимость* работы заключается в том, что результаты проведенного исследования позволят администрации и психологам, работающим в организациях здравоохранения, понять причины профессиональных трудностей у сотрудников, работающих в ситуациях разной эмоциональной насыщенности, способствующие развитию у них явления «эмоционального выгорания», и принять соответствующие меры по его предупреждению и устранению.

*Перспективы* данной работы предполагают сравнительный анализ признаков симптоматики профессионального выгорания у медиков, работающих с разными эмоционально насыщенными нагрузками, например сотрудников реанимационных, хирургических, онкологических отделений, хосписов и сотрудников терапевтических, поликлинических отделений. Также возможна разработка, с учетом выявленных особенностей, программы по устранению изучаемого феномена в данных учреждениях.

*Анализ* результатов проведенного исследования анкетирования врачей и медицинских сестер первой областной больницы г. Екатеринбурга показал, что 80% обследованных врачей имеют ярко выраженные симптомы СЭВ и 95% медицинских сестер. Критические значения коэффициентов корреляции Пирсона для данной выборки – 0,32.

У врачей значимые корреляции мы видим по субшкале эмоциональное истощение с такими субшкалами как деперсонализация – 0,57; утомление – 0,36; пресыщение – 0,63; информационный стресс – 0,51. При том, что критическое значение равно 0,32. Из этого можно сделать вывод, что эмоциональное истощение врача ведет к нарастанию утомления, пресыщения, вызывает трудности в переработке информации, а как следствие приводит к деперсонализации врача.

У медицинских сестер эмоциональное истощение значимо коррелирует с такими субшкалами как деперсонализация (0,72), утомление (0,59), монотония (0,58), пресыщение (0,75), стресс (0,61), физиологический стресс (0,68), информационный стресс (0,52), эмоциональный стресс (0,68), стресс-ФИЭ (0,72). Это означает уязвимость медсестер и повышенную чувствительность к действию информационных, эмоциональных, физических нагрузок. При этом наступает утомление от однообразной работы, начинается пресыщение и как следствие – это тяжелое состояние – деперсонализация. В то же время имеется отрицательная корреляция

эмоционального истощения с профессиональной успешностью (-0,39), по которой ясно, что при наличии профессиональной успешности вряд ли наступит эмоциональное истощение и наоборот.

Профессиональная успешность, которую врач имеет, отрицательно связана со всеми показателями. У профессионально успешного человека не развивается СЭВ. Профессиональная успешность и утомление (-0,61), монотония (-0,46), пресыщение (-0,50), стресс (-0,52), физиологический стресс (-0,12), информационный стресс (-0,07), эмоциональный стресс (-0,08), стресс-ФИЭ (-0,11).

Профессиональная успешность у медсестер так же отрицательно коррелирует со всеми показателями субшкал использованных методик: утомление (-0,42), монотония (-0,26), пресыщение (-0,36), стресс (-0,26), физиологический стресс (-0,41), информационный стресс (-0,22), эмоциональный стресс (-0,33), стресс-ФИЭ (-0,37). Вывод – у профессионально успешной медсестры СЭВ не развивается.

Для того, чтобы увидеть различия в проявлении отдельных симптомов синдрома эмоционального выгорания мы использовали критерий Стьюдента. Критическое значение критерия 1,99. По результатам подсчетов мы видим, что достоверные различия наблюдаются между врачами и медицинскими сестрами по уровню самооценки профессиональной успешности (субшкала «профессиональная успешность» в методике «Профессиональное выгорание» (2,24). А именно, врачи достоверно выше оценивают свою профессиональную успешность, чем медицинские сестры.

Эмоциональное истощение (методика «Профессиональное выгорание») у медсестер по тестовым нормам имеет 17,5% у врачей 2,5. Высокий уровень имеют 12,5% медсестер и 17,5% врачей. Средний уровень 37,5% врачей и 27,5% медицинских сестер. И низкий уровень эмоционального истощения имеют 42,5% врачей, 42,5% медсестер.

Профессиональная успешность (методика «Профессиональное выгорание»). Врачей, имеющих очень высокий уровень 0%, медсестер 2,5%, высокий уровень среди врачей 5%, среди медсестер 17,5%, средний – у врачей и медицинских сестер по 40%. И низкий уровень у 55% врачей и 40% медсестер.

По методике «Стресс-ФИЭ» врачи, имеющие высокий уровень стресса не обнаружили 0%, медсестры 12,5%. Средний уровень у врачей 55%, у медсестер 45%. Низкий уровень стресса у врачей 45%, у медсестер 42,5%.

Субшкала «общий стресс» (методика «ДОРС») показала следующие результаты: высокий уровень 0% и у врачей и у медицинских сестер. Выраженный стресс у врачей 12,5%, у медсестер 2,5%. Умеренный уровень стресса у 65% врачей и медсестер. И низкий уровень у врачей 22,5%, медсестер 32,5%.

*Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы:*

1. Гипотеза номер 1 данного исследования о существовании различий в степени выраженности психофизиологической составляющей синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер – подтвердилась.

2. Исходя из результатов критерия Стьюдента, мы видим, что врачи оценивают свою профессиональную успешность более высоко, чем медицинские сестры.

3. Субъективное ощущение профессиональной успешности формирует устойчивость к развитию профессионального выгорания у медицинских работников. Гипотеза номер 2 подтвердилась частично: наличие профессиональной успешности у врачей в данном исследовании конечно не приводит к полному отсутствию СЭВ, но значительно снижает его уровень, по сравнению с медсестрами, у которых ощущение профессиональной успешности не так высоко.

4. Наличие синдрома эмоционального выгорания преобладает у медицинских сестер (95% - медсестры, 80% - врачи) стационара.

5. Высокие цифры по субшкалам эмоциональное истощение и деперсонализация в методике «Профессиональное выгорание» у медсестер так же говоря о том, что проявление СЭВ у них выше, чем у врачей.

6. Общий уровень стресса по методике «Стресс-ФИЭ» средний и низкий уровень у половины врачей и медсестер. Высокий уровень только у медсестер 12,5%.

7. Исходя из результатов критерия Стьюдента, мы видим, что врачи оценивают свою профессиональную успешность более высоко, чем медсестры.

8. Так же выявлена отрицательная связь профессиональной успешности со всеми показателями субшкал. Что может свидетельствовать о том, что у профессионально успешного человека СЭВ не развивается или находится на низком уровне.

9. Выявлена взаимосвязь профессионального выгорания с признаками симптоматики СЭВ в рабочих условиях, что усугубляет их психоэмоциональное состояние и затрудняет успешную профессиональную и социальную адаптацию.

### *Выводы*

Результаты исследования степени выраженности СЭВ среди врачей стационара областной клинической больницы №1 г. Екатеринбурга показали, что синдром эмоционального выгорания в равной степени присутствует у большинства обследованных врачей (80%). У медицинских сестер выраженность СЭВ составила 95%.

Результаты исследования указывают на необходимость проведения психопрофилактических мероприятий, направленных на оптимизацию работы и психического состояния медицинских работников. Важную роль должны играть информирование специалистов о ранних признаках «выгорания» и факторах риска, эмоциональная поддержка со стороны коллег и руководства, тренинговые занятия, направленные на обучение навыкам совладания со стрессом.

Исследования показали, что для снижения стресса и предупреждения эмоционального выгорания необходима многоуровневая комплексная профилактика.

В рамках этой профилактики профессионального стресса полезным будет организация тренинговых мероприятий, которые базируются на интеграции рефлексии и переживания специалистами собственной профессиональной идентичности [8].

Здесь важно понимать процедуру рефлексии, которая позволяет обновить ценностные ориентации, устремления, способы деятельности, представления о себе, отношения к себе. Рефлексивный подход предполагает ежедневный анализ и оценку итогов профессиональной деятельности, в которой учитываются как негативные, так и позитивные факторы. Последние выступают как важные ресурсы, и могут использоваться специалистом в процессе саморегуляции.

В качестве форм осуществления рефлексивных мероприятий наряду с широко известными релаксационными аутотренингами (целенаправленное мышечное и психическое расслабление) могут использоваться «балинтовские группы», супервизии.

Балинтовская группа представляет собой тренинг для специалистов, чья профессиональная деятельность сопряжена с активной эмоциональной включенностью в коммуникацию с пациентом (клиентом) [9].

Процесс супервизии предполагает взаимодействие и сотрудничество коллег, находящихся на разных уровнях профессионального развития, где интервенции супервизии осуществляются опытными профессионалами (супервизорами) по отношению к менее опытным (супервизируемым) [10].

В заключении целесообразно отметить, что важен интегрированный подход в сохранении профессионального здоровья, который включает не только учет трудностей нарушения профессиональной адаптации личности и соблюдение профилактических мероприятий, но и проверку эффективности работы по сохранению профессионального здоровья специалистов на основе изучения динамики состояния профессиональной идентичности, развития симптоматики СЭВ и механизмов саморегуляции.

## *Литература*

1. Авхименко М.М. некоторые факторы риска труда медика / М.М. Авхименко // медицинская помощь. – М.: Медицина, 2003. – № 2. – С. 25 – 29.
2. Афанаскина М.С. Формирование у медицинской сестры клинического мышления / М.С. Афанаскина // Медицинская сестра. – М.: Русский врач, 2001. – № 6. – С. 34.
3. Бабанов С.А. Образ жизни медицинских работников // Врач. – 2007. – Май (спец. выпуск).
4. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми. Учебное пособие под ред. Эйдемиллера Э. Г., Винокура В. А. и др. – СПб.: Санкт-Петербургская академия МВД России, 1998. – 83 с.
5. Водопьянова Н.Е. Психическое выгорание / Н.Е. Водопьянова // Стоматолог. – М.: Медицина, 2002. – № 7. – С. 12.

## **Причины низкой приверженности к терапии у пациентов с эпилепсией.**

*Вагина М.А*

Знакомство человека с эпилепсией произошло в незапамятные времена. Наиболее старый из известных документов, касающихся эпилепсии – глиняная дощечка, написанная на шумерском языке и датированная 1067-1046 годами до н.э. Упоминание об эпилепсии встречается и Евангелии от св. Марка и св. Луки, где описано исцеление Христом мальчика от вселившегося в его тело дьявола. Отец ребенка пришел к Христу со словами: «Учитель, я привел к тебе моего сына, в которого вселился злой дух. Когда дух овладевает его телом, он терзает его, и тогда он падает, изнемогая, испуская пену изо рта, крепко стискивает зубы... Иисус сказал: «Ты, дух злобный и темный, заклинаю тебя, выйди из него и никогда не входи вновь». И дух закричал и вышел из тела мальчика, а тот упал, как будто бездыханный. Но когда Иисус прикоснулся к нему, мальчик очнулся».

В работах ученых, а порой и в обыденной жизни эпилепсия именуется то «черной немощью», то «священной болезнью» (болезнь святого Валентина, болезнь святого Иоганна), то «болезнью Геркулеса» (по преданию, известный мифический герой страдал этим заболеванием) и т.д. До сих пор, несмотря на 21 век, это заболевание окружено множеством предрассудков и тайн и вызывает у непосвященных людей если не ужас, то всё же чувство страха и неприятия.

Распространенность эпилепсии и риск ее возникновения зависят от возраста. Наиболее часто эпилепсия встречается у детей и подростков до 15-ти лет, а также у людей старше 65 лет.

Результаты большинства исследований подтверждают, что с большей частотой эпилепсия встречается у мужчин, нежели у женщин.

Независимо от этнических и географических признаков эпилепсия встречается у 1-2% людей. Это значит, что в России эта цифра равна 1,5-2 млн. Около 20% популяции хотя бы один раз в жизни имели припадок, подозрительный на эпилепсию и требующий дифференциальной диагностики. Эти состояния наступают в результате провоцирующих причин, например при высокой температуре – фебрильные судороги, при длительном хроническом алкоголизме судорожные абстинентные приступы, или при хронической наркомании – судороги, вызванные дефицитом наркотиков. Однако, только 20% людей, которые в своей жизни имели хоть один приступ, заболевают эпилепсией.

Основной целью медикаментозного лечения эпилепсии является избавление от эпилептических приступов при условии сохранения оптимального для пациента качества жизни.

К сожалению, не всегда усилия врачей приводят к желаемой цели, в том числе из-за отсутствия комплаентности (то есть приверженности к терапии). Считается, что от 30 до 40% страдающих эпилепсией, не во всем следуют советам врача (Белоусова Е.Д., 2009 г). Нарушение комплаентности обуславливает неблагоприятные исходы эпилепсии. Кроме того доказано, что рано или поздно некоторые пациенты совсем отказываются от приема антиэпилептических препаратов, сводя к нулю усилия врача.

Термин «комплаентность» является производным от англ. «patient compliance», которое означает «соблюдение больным режима и схемы лечения». Дать четкое определение комплаентности или ее отсутствию довольно сложно. В Оксфордском словаре английского языка комплаентность интерпретируется как повиновение или действие в соответствии с запросом или указанием. Обычно под этим термином понимается совокупность мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций в целях максимально быстрого и полного выздоровления (в случае острого заболевания) или стабилизации состояния (при хронической болезни).

I.E. Lerpik дает довольно широкое определение комплаентности из трех составляющих: тип поведения, степень комплаентности и степень целеустремленности пациента. При этом тип поведения включает прием препарата, регулярность визитов в клинику и правильное выполнение других врачебных рекомендаций. Более узкое понятие отсутствия комплаентности можно сформулировать следующим образом: пациент принимает неправильную дозу препарата (слишком маленькую или слишком большую), не соблюдает кратность и продолжительность приема препарата или применяет другие (не рекомендованные врачом) препараты.

Весьма широко используется и термин «приверженность к терапии» (в англоязычной традиции *adherence to therapy*), который означает «соблюдение указаний врача». Несмотря на незначительные различия, термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» и в клинической практике часто его заменяет. «Приверженность к терапии» обычно определяется как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты, изменение образа жизни, посещение клиники) и ее соответствие рекомендациям врача.

Несоблюдение режима лечения приводит к увеличению частоты эпилептических приступов. Около 50% пациентов с эпилепсией сообщают о том, что пропущенная доза препарата приводит к развитию приступа.

Согласно Manjunath R. et al. [2009] риск развития приступов при отсутствии комплаентности возрастает на 21%. Увеличение частоты приступов, в свою очередь, влечет за собой более частые врачебные

консультации и госпитализации, обращения за неотложной помощью, то есть увеличение прямых расходов здравоохранения. Непрямые расходы из-за отсутствия комплаентности также возрастают, так как увеличивается число травм, дней, проведенных на больничном листе и т.д. Так, Ettinger A.V. et al. (2008) в своем исследовании у пожилых пациентов, страдающих эпилепсией, показали, что отсутствие комплаентности увеличивает госпитальные расходы на 872 доллара, расходы неотложной помощи на 143 доллара, поликлинические расходы на 1 741 доллар на одного пациента в год. Возрастает риск летальности, связанной с эпилепсией – в три раза по сравнению с комплаентными пациентами; в том числе повышается и риск развития синдрома внезапной смерти при эпилепсии.

Для того, чтобы бороться за приверженность пациентов к лечению, необходимо знать наиболее распространенные факторы, влияющие на этот феномен. С демографической точки зрения наиболее подвержены отсутствию комплаентности очень юные и очень пожилые пациенты с эпилепсией, а также подростки.

Есть несколько исследований, посвященных проблемам комплаентности у пожилых пациентов. Как причины отсутствия комплаентности приводятся проблемы со зрением, слухом и памятью в данной возрастной группе. Могут наблюдаться трудности глотания, открывания контейнера с лекарством, удержания в руках очень маленьких таблеток, различения цветов или надписей, маркирующих упаковки лекарств. Несмотря на существующие проблемы, пожилые пациенты с эпилепсией, как правило, заботятся о своем здоровье, то есть отсутствие у них комплаентности – вынужденное явление. При адекватной помощи врачей или членов семьи эти сложности вполне преодолимы.

Подростковый период часто осложняется элементами бунта в поведении, несогласием с родителями и борьбой с авторитетами. Родители иногда не в состоянии контролировать прием АЭП подростком, а он сам не настолько ответственен, чтобы самостоятельно соблюдать режим приема препарата.

На комплаентность может влиять продолжительность лечения. Большинство пациентов вполне комплаентны в первый месяц лечения, об этом свидетельствует исследование Modi A.C. et al. (2008). В данном исследовании комплаентность пациентов, страдающих впервые диагностированной эпилепсией, в первый месяц лечения была высока и составляла 79,4%. Увеличение сроков течения заболевания и продолжительности лечения приводит к ухудшению комплаентности. По данным Trostle J. (1988), при продолжительности лечения эпилепсии, равной 10 годам и более, уже 70% пациентов самопроизвольно меняют дозу препарата (увеличивают, уменьшают ее) или совсем отменяют препарат. Хорошо известно, что увеличение числа приступов (и утяжеление течения

эпилепсии) не приводят к улучшению комплаентности. Наоборот, комплаентность становится хуже, когда число приступов уменьшается, и пациент начинает себя чувствовать лучше.

Существуют предикторы отсутствия приверженности к лекарственной терапии, перечень которых постоянно пополняется (Osterberg and Blaschke, 2005): (1) наличие психологических проблем, особенно депрессии; (2) наличие когнитивных нарушений (пациент просто не может понять, зачем ему назначили лечение или в связи со снижением памяти забывает принять лекарственное средство); (3) бессимптомное заболевание (пациент не понимает, почему он должен принимать препарат, если его ничего не беспокоит, тем более, если он обладает побочными эффектами); (4) неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке; (5) побочные эффекты; (6) недостаточная вера больного в пользу лечения; (7) недостаточная информированность пациента о его заболевании; (8) плохие отношения между медицинским персоналом и больным (возможны также и со средним медицинским персоналом, о чем врач сможет не знать); (9) наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи; (10) сложность терапии; (11) высокая стоимость лечения, включая сопутствующие затраты.

Существуют и другие факторы риска отсутствия комплаентности, например, сложности с получением АЭП (пациенту трудно добраться до аптеки или препарат в аптеке отсутствует). Выделяют так называемые медицинские факторы риска – снижение комплаентности в связи с наличием побочных эффектов (особенно тяжело пациентами переживаются нейротоксические и косметические побочные эффекты); забывчивость (иногда связанная с поражением головного мозга) и др. Многие психологические факторы могут, как ухудшать, так и улучшать комплаентность. Отчетливая мотивация самого пациента на соблюдение режима лечения и поддержка со стороны родителей и друзей играют важную положительную роль. Н. Kungas (2001) показал, что подростки с эпилепсией, получавшие психологическую поддержку со стороны родителей, были в 10,47 раза более комплаентны, чем те, кто не получал психологической помощи от родителей. То же самое касалось и мотиваций приема АЭП – если пациенты считали эпилепсию угрозой для своего будущего благополучного существования, то они были в 8,38 раза более комплаентными, чем пациенты контрольной группы.

Имеются исследования, что более привержены к терапии женатые и замужние пациенты. Особых различий по половому признаку выявлено не было. Так же не была установлена четкая связь между расовой принадлежностью и приверженностью к терапии, большую роль может оказать социальная неустроенность и языковой барьер в стране проживания для иностранцев/переселенцев. Были попытки выяснить, влияет

ли уровень образования на комплаентность. По одним исследованиям было показано, что пациенты с высшим образованием более комплаентны в связи с тем, что они больше читают и стараются узнать о своем недуге. По другим исследованиям наоборот, лица с низким уровнем образования были более комплаентны в связи с большим уровнем доверия к лечащему врачу.

Комплаентность невысока при сложных режимах приема препарата (несколько АЭП одновременно и/или 3- и 4-кратный прием препаратов). Сложность медикаментозного режима (высокая кратность приема препарата и прием нескольких препаратов) негативно сказываются на комплаентности пациентов, а следовательно, и на эффективности лечения. J. A. Cramer (2005) показали, что наибольший риск пропуска приема АЭП и связанного с этим рецидива приступов отмечался у пациентов, принимавших АЭП 4 раза в сутки. D. Buck et al. (1997) продемонстрировали, что при однократном приеме антиконвульсантов комплаентны 87% пациентов, при двукратном – 81%, при трехкратном – 77%, при четырехкратном – всего 39%. Имеется обратная зависимость между такими показателями, как количество принимаемых препаратов и приверженность к лечению. Это связано с тремя основными причинами: (1) субъективным неприятием больного, включая страх относительно большого количества препаратов и соответственно некорректный их прием; (2) большей стоимостью терапии, являющейся многокомпонентной; (3) также сложностью режима приема и соответственно большей вероятностью отклонений; (например, при увеличении количества принимаемых таблеток в день от одной до четырех вероятность соблюдения приверженности снижается вдвое).

Что можно сделать для улучшения комплаентности?

Пациенты с эпилепсией должны быть хорошо информированы о своем заболевании и необходимости длительного медикаментозного лечения. Консультация пациента должна включать обсуждение частоты и характера возможных побочных эффектов, что, как правило, избавляет пациента от страхов по этому поводу. Информация о переносимости АЭП должна быть взвешенной и тщательно продуманной. С одной стороны, пациент должен знать о возможности развития серьезных побочных эффектов и об их симптомах. С другой стороны, следует подчеркнуть, что серьезные побочные эффекты редки и встречаются менее, чем у 1% пациентов, получающих АЭП. Большинство побочных эффектов, если и возникают, то не угрожают жизни пациента и служат поводом не к отмене препарата, а к уменьшению его дозы. Пациент должен иметь возможность быстро связаться с врачом (например, по телефону) для того, чтобы получить квалифицированный совет, если побочный эффект все же возникнет.

Важны подробные письменные рекомендации по поводу приема АЭП с указанием доз, кратности и времени приема препарата. Обязательно следует подчеркнуть необходимость длительного и непрерывного приема АЭП и возможность рецидива приступа даже после однократного пропуска приема препарата. Более частые визиты к врачу также улучшают комплаентность. Таким образом, неременным условием хорошей комплаентности пациента является достижение взаимопонимания между ним и врачом; не следует экономить время при достижении этой цели.

Следует избегать сложных режимов применения АЭП. Одним из путей упрощения режимов применения АЭП является прием препаратов с контролируемым высвобождением активного вещества (так называемых пролонгированных АЭП). АЭП с немедленным высвобождением активного вещества требуют частого приема для поддержания концентрации активного вещества в крови. Но даже при частом приеме происходят существенные колебания концентрации препарата в течение дня. Концентрация максимальна после приема препарата, и это может приводить к проявлениям токсичности. В то же время минимальная концентрация АЭП в крови создается перед следующим приемом препарата, на этом фоне могут возникать рецидивы эпилептических приступов. Ситуация усугубляется, если пациент пропускает прием АЭП. Использование АЭП с пролонгированным высвобождением активного вещества позволяет осуществлять прием препарата 1–2 раза в сутки с минимальными колебаниями концентрации в течение суток. Это не только обеспечивает эффективность, но и оптимальную переносимость АЭП.

Все исследования, посвященные данному вопросу, показывают, что антиконвульсанты с пролонгированным высвобождением активного вещества позволяют:

- осуществлять более удобный режим лечения эпилепсии с одно– или двукратным приемом препарата;
- избежать скачков концентрации препарата в крови, что увеличивает эффективность лечения и снижает частоту побочных эффектов терапии;
- улучшить комплаентность пациентов, страдающих эпилепсией.

Эпилепсия считается хорошо изученным заболеванием. По мировой статистике можно добиться положительных результатов от лечения: до 80% пациентов могут полностью избавиться от любых видов приступов в случае регулярного длительного приема антиконвульсантов.

Но все усилия врача и современной фармацевтической промышленности будут напрасны, если не получится достигнуть взаимопонимания между пациентом и врачом, не будет разработана четкая стратегия терапии, а пациент в силу ряда вышеуказанных причин станет систематически нарушать схему лечения.

Врач не должен забывать, что нет одинаковых пациентов и схем лечения. Каждый человек, обращаясь за медицинской помощью, имеет свои представления о медицине и о болезни, жизненные интересы и приоритеты. Необходимо быть тонким психологом, чтобы соизмеряясь с возрастом, социальным статусом, уровнем образования пациента дать необходимые рекомендации, которые будут правильно истолкованы.

Между врачом и пациентом должно быть доверие. Вера и доверие играют такую важную роль в нашей жизни, что мы принимаем их как должное, как воздух, которым дышим. К счастью, большинство из нас склонно к доверию – в разумных пределах.

Из толкового словаря Ушакова: «Доверие – это убежденность в чьей-нибудь честности, порядочности; вера в искренность добросовестность кого-нибудь; уверенность в наличии каких-нибудь положительных качеств».

Доверие возникает постепенно. Если мы верим случайному прохожему на улице, то это потому, что у него не было возможности разочаровать нас. Для того чтобы перейти от этого хрупкого доверия к более глубокому, нужно какое-то время. Поэтому при первичном обращении пациента на прием важно как можно ранее назначить ему повторный визит, чтобы пациент «не варился в собственном соку» и не искал совета у соседок и в сомнительного свойства печатных изданиях.

Слова не должны расходиться с делами. Надежность – словно хрупкая ваза: стоит один раз поскользнуться, и она исчезнет навсегда. Как сказал Шекспир: «Не доверяй тому, кто однажды нарушил слово».

Если мы хотим, чтобы нам всегда доверяли, надо быть аккуратнее с обещаниями. Мы можем даже не осознавать, что дали обещание. Не оправдав чьих-то ожиданий, мы терпим неудачу, даже если считаем, что не сделали ничего плохого. Здесь очень важно подобрать нужные слова. К примеру, можно сказать:

1. «Я постараюсь...»
2. «Я надеюсь...»
3. «Я сделаю все, что в моих силах...»

Конечно же, мы и не подозреваем, что, произнося их, берем на себя обязательства. Эти уклончивые слова обычно используют политики. Они позволяют оправдаться, если дела пойдут наперекосяк. Говорим мы одно, а собеседник слышит совсем другое: «Я сделаю...». Если мы не справились с задачей, несмотря на все свои усилия, значит, не смогли

сдержанность слово. Доверие – единица влияния и ее надо использовать в благих целях, в частности, применяя весь свой профессионализм, убедить пациента в необходимости принимать определенный препарат в нужной дозе на протяжении длительного времени. Человек сам по себе самодостаточен, но поскольку он обратился к врачу, значит, не считает себя в силах самостоятельно справиться с недугом. Врач в этом случае выступает в качестве учителя, в какой-то степени наставника. Эпилепсия – заболевание коварное и не дает поблажки при легкомысленном отношении к терапии. При условии доверительных отношений, необходимо настроить пациента на соблюдение всех рекомендаций. Нет «вкусных» и «удобных» лекарств, но есть цель – вылечиться, к которой нужно стремиться. Для молодых пациентов важно, чтобы они не отличались от сверстников. Им нужно помочь включить прием лекарств в повседневную жизнь, приурочив их например, к приему пищи, в некоторых случаях на однократный «домашний» прием, чтобы не возникало стеснения в приеме лекарств «на публике». Врач должен объяснить, что лекарство может быть другим, избавляющим от приступов, это поможет не быть белой вороной в кругу здоровых сверстников. Есть современные препараты, лишенные косметических побочных эффектов, которые выпускаются с изначальным расчетом на молодых девушек, так пристально следящих за своей внешностью. Об этом тоже не должен забывать врач.

Немаловажной проблемой является прием препаратов во время беременности, многие пациентки прекращают лекарственную терапию из-за боязни навредить будущему ребенку. Но врачу необходимо ещё на этапе планирования беременности рассказать о современных данных, в частности рисках припадков у матери для ребенка, которые превышают риск приема препаратов. Если женщина любит своего ребенка, она должна лечиться ради него.

Что касается пожилых пациентов, нет нужды перегружать их приемами сложных схем лекарств. Важны визиты родственников на прием врача, которые помогут такому больному в приеме терапии в домашних условиях (заранее раскладывая лекарства на приемы, используя разные способы напоминания в виде записок, SMS и т.д.) Многие пожилые пациенты падки на разного рода добавки, значит, они уже морально готовы принимать таблетки, нужно им только дать уверенность, что больше пользы будет именно от настоящего лекарства. Тем более, что эпилепсия вошла в список социально значимых болезней и независимо от наличия или отсутствия группы инвалидности, любой пациент может лечиться бесплатно, наблюдаясь по месту жительства.

Для всех пациентов важны современные источники знаний , но чтобы не потеряться в информационных потоках, лучше заранее рекомендовать сайты с достоверной информацией, не вводящие в заблуждение. Для жителей Свердловской области – [www.epiur.ru](http://www.epiur.ru)

Заблуждением считается, что эпилепсию можно вылечить приёмом витаминов и других вспомогательных средств, усилием воли, заговорами, немедикаментозными процедурами. Только прием современных антиконвульсантов даст желаемый результат. До сих пор проблема низкой комплаентности очень актуальна даже в развитых странах и знание всех её причин поможет улучшить исходы заболевания и вернёт немалое количество людей к полноценной жизни.

Примечания:

АЭП - антиэпилептические препараты.

### *Литература*

1. Leppik I.E. compliance during treatment of epilepsy. *Epilepsia*; 1988; V.29 (suppl2); P. 79–84.
2. Paschal A.M., Hawley S.R., Romain T.S. et al. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions. *Epilepsia*; 2008; V.49 (7); P. 1115–1122
3. Белоусова Е.Д. Проблема комплаентности у пациентов, страдающих эпилепсией. 2009
4. Мухин К.Ю. Эпилепсия. Атлас электро-клинической диагностики. [Текст] / К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин, Л.Ю. Глухова. – М.:Альварес Пабблишинг, 2004.- 440 с.

## **Приверженность лечению в кардиологии. Философский взгляд на проблему**

*Евсина М.Г.*

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти населения большинства развитых стран, доля смертности от ССЗ в общей смертности составляет 55%, при этом 48,5% приходится на случаи, обусловленные ишемической болезнью сердца (ИБС) [1]. За последние два десятилетия в России отмечается рост смертности от ИБС и инсультов мозга, являющихся основными осложнениями артериальной гипертензии (АГ). По данным Рабочей группы Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (2003), Россия по смертности от ИБС и инсультов мозга занимает одно из первых мест в Европе.

В лечении хронических заболеваний, к которым и относится большинство болезней сердечно-сосудистой системы (ССС), огромную роль имеет приверженность пациентов к терапии. Под термином приверженность к лечению («adherence») или комплаентность («compliance») понимают степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача [2]. В узком смысле под комплаентностью в лечении ССЗ понимают корректный прием сердечно-сосудистых препаратов (80%-120% от должного).

Связь между успехом в лечении АГ и приверженностью больного к терапии не вызывает сомнения [3]. Вероятность успешной нормализации артериального давления (АД) напрямую зависит от регулярности приема антигипертензивных препаратов. Однако, несмотря на постепенное осознание важности соблюдения комплаентности и врачами, и пациентами, проблема приверженности к терапии остается нерешенной. Сегодня мы можем констатировать, что около половины назначенных лекарственных препаратов при хронических заболеваниях реально не принимаются пациентами [4].

Актуальность проблемы обусловлена связью между недостаточной приверженностью к лечению и сердечно-сосудистым риском.

Кроме этого, следует учитывать то, что плохая приверженность к лекарственному лечению, как правило, подразумевает и плохую приверженность в отношении не медикаментозных методов лечения [5]. Наконец, недостаточная приверженность к лечению, сопровождающаяся частой отменой и последующим возобновлением лечения, увеличивает вероятность осложнений, связанных с первой дозой приема препаратов и синдромом отмены [2].

Низкая приверженность к лечению – это скорее осознанное решение многих больных, основанное на недопонимании серьезности осложнений заболевания, общем неприятии лечения и лишь в части случаев – это желание минимизировать побочные эффекты терапии. В ряде исследований показано, что приверженность выполнению врачебных рекомендаций тесно ассоциирована со знаниями пациента о болезни, собственным восприятием здоровья и преимуществ, получаемых от лечения и изменения образа жизни.

Перспективные наблюдения за больными с ССЗ показывают, что независимо от характера рекомендованной терапии, приверженность лечению снижается с увеличением стажа заболевания [6].

Последнее, делает актуальной обсуждение проблемы приверженности к лечению, качества жизни и причин их ухудшения в силу негативного влияния ССЗ и их осложнений на медико-демографическую ситуацию, сложившуюся в стране к настоящему моменту.

Очень часто перед врачом встает вопрос: если у пациента не наблюдается ответа на назначаемую терапию, является ли больной действительно резистентным к терапии, или он недостаточно комплаентен и почему?

К сожалению, достаточно надежного метода, который позволял бы оценивать приверженность к лечению в повседневной практике, не существует. Принципиальным моментом является то, что АД в достаточной мере не может служить отражением приверженности к лечению [7]. Прежде всего, даже у чрезвычайно комплаентного больного возможна резистентность к назначенной терапии, тогда как у ряда больных может иметь место снижение или даже нормализация АД при условии плохого соблюдения рекомендаций по лечению. Однако, другие объективные данные в виде снижения АД, изменений частоты сердечных сокращений (ЧСС), динамики массы тела все же могут служить дополнительным косвенным признаком хорошего или плохого следования рекомендациям. Например, уменьшение ЧСС отражает регулярность приема  $\beta$ -блокаторов и увеличения физической активности [2].

Если пациент достаточно открыт при разговоре или активно возражает против проводимого лечения, то соблюдение комплаентности может быть легко оценено при непосредственном опросе. Однако объективная информация не будет получена в случае, если у больного имеется какая-то причина скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов. В качестве таких причин чаще всего выступает наличие обстоятельств, приводящих к желанию больного продемонстрировать неэффективность терапии. Подобные факторы могут быть чрезвычайно разнообразны (от простого желания получить группу инвалидности до сложных психологических проблем, связанных

с «уходом в болезнь» и манипулированием поведением близких людей, а также врача). В такой ситуации прямой вопрос не имеет смысла и необходимы более объективные методы оценки приверженности. Кроме этого, пациент может скрывать перерывы в лечении и несоблюдение других рекомендаций в силу боязни навлечь на себя гнев со стороны лечащего врача или его расстроить, что также нередко служит причиной не вполне откровенного ответа на вопросы, касающиеся приверженности к лечению. Иллюстрацией такого поведения служит так называемый феномен зубной щетки, который выражается в том, что больные лучше соблюдают рекомендации по приему препаратов накануне визита к врачу, подобно тому, как мы особенно тщательно чистим зубы перед походом к стоматологу. Таким образом, расспрашивая больного, мы нередко можем получить ту информацию, которую хотим услышать, а не ту, что отражает действительность.

Косвенными признаками хорошей или плохой приверженности служит отношение больного к тем записям, которые были сделаны врачом в качестве назначений, ведение дневника самоконтроля АД, отметки на нем приема препаратов и т.д. Существуют наблюдения о том, что самым ранним признаком ухудшения комплаентности служит прекращение больными занесения информации о приеме препаратов в индивидуальный дневник [8]. В ряде случаев может быть полезной беседа с родственниками (или соседями по палате). Наконец, следует помнить о том, что плохая приверженность к лечению – скорее норма человеческого поведения, чем какая-то личная особенность. Больные могут просто не отдавать себе отчет в том, что они плохо соблюдают предписанные рекомендации по приему препаратов, особенно если речь идет о многократном приеме в течение суток. Для того чтобы повысить информативность опроса больных в отношении приверженности к лечению создаются специализированные вопросники и шкалы оценки приверженности. Они, как правило, включают в себя не только вопросы, имеющие непосредственное отношение к соблюдению рекомендаций по приему препаратов и не медикаментозных методов лечения, но и вопросы общепсихологического характера, касающиеся готовности больного к взаимодействию, ответственности, следованию советам и т.д. Некоторые из таких шкал сегодня уже валидизированы и рекомендованы к широкому применению [9].

Одним из самых простых тестов оценки приверженности к лечению является тест Мориски–Грина [10], включающий в себя четыре прямых вопроса, касающиеся приема препаратов. Одними из развивающихся сегодня направлений в оценке приверженности становятся телемедицинские технологии. Другие методы оценки приверженности, как правило, используются в клинических исследованиях (подсчет количества выданных и возвращенных препаратов, прямое измерение концентрации

препаратов или их метаболитов в крови и других биологических средах, применение электронных устройств, которые монтируются во флакон с препаратом и фиксируют в памяти время и кратность открытия крышки флакона, позволяет обеспечить ежедневный мониторинг не только регулярности приема препаратов, но и отследить интервал между дозами).

Как ни странно, такие факторы, как пол, уровень образования и социально-экономический фактор, не являются предикторами приверженности к лечению [11]. Больные пожилого возраста, как правило, лучше соблюдают рекомендации по лечению, но это эффект нередко нивелируется количеством прописанных препаратов (а их обычно достаточно много!), что всегда ухудшает комплаентность [8]. Нездоровый образ жизни, в частности курение, злоупотребление алкоголем и гиподинамия в большей степени связаны с плохой приверженностью к терапии. В целом приверженность к лечению снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях.

Существуют предикторы отсутствия приверженности к лекарственной терапии, перечень которых постоянно пополняется. Наиболее частыми причинами являются наличие психологических проблем, особенно депрессии; наличие когнитивных нарушений (пациент просто не может понять, зачем ему назначили лечение или в связи со снижением памяти забывает принять лекарственное средство); бессимптомное заболевание (пациент не понимает, почему он должен принимать препарат, если его ничего не беспокоит, тем более, если он обладает побочными эффектами); неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке; побочные эффекты; недостаточная вера больного в пользу лечения; недостаточная информированность пациента о его заболевании; плохие отношения между медицинским персоналом и больным (возможны также и со средним медицинским персоналом, о чем врач может и не знать); наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи; сложность терапии; высокая стоимость лечения, включая сопутствующие затраты.

Приведенные выше факторы формируются путем тесных взаимоотношений между тремя субъектами лечебного процесса: пациентом, врачом и системой здравоохранения.

В паре «врач-пациент» ключевой проблемой является отсутствие нормальной коммуникации, результатом чего со стороны пациента будет недостаточное понимание сути заболевания, пользы лечения, правильности приема препарата, со стороны врача – назначение сложных режимов терапии.

На взаимодействие пациента и системы здравоохранения оказывают влияние низкая доступность медицинской помощи, низко квалифицированное лечение, недоступность эффективных препаратов, высокая стоимость терапии.

Также отдельного внимания заслуживают непростые взаимоотношения врача и системы здравоохранения, проблемы в которых предпочитают особо не афишировать, что, на мой взгляд, в настоящее время особо актуально. К таким факторам относятся: низкий уровень профессиональной образованности врача, нежелание учитывать стоимость препаратов и затраты на лечение в целом (или некомпетентность в этом вопросе), неудовлетворенность своей работой, низкая оплата труда, коррумпированность системы здравоохранения и т.д.

Следует отметить, что осознание проблемы плохой приверженности к лечению существенно различается между врачами и пациентами. Так, если 70% врачей считают, что некомплаентность – причина недостаточной эффективности терапии, то лишь 16% соответствующих пациентов разделяет эту точку зрения [12].

Выяснение причин плохой приверженности к лечению – важнейшая задача врача. Необходимо оценивать наличие у больного предшествовавшего опыта терапии и ее результативность, убеждения пациента и его отношение к лечению и болезни, мотивацию к лечению.

Необходимо отметить, что готовность к регулярной терапии может существенно варьировать у различных больных. Ряд исследований показал, что некоторые пациенты предпочитают жесткий режим приема препаратов, тогда как другие проявляют большую готовность к гибкому режиму в соответствии с симптомами и своей социальной активностью, для того чтобы у них сохранялось ощущение «нормальной жизни» [13].

К важнейшим негативным факторам, которые определяют дальнейшую готовность к лечению, является отношение к заболеванию как к безнадежному состоянию, тревожность, вызываемая, например, частыми измерениями АД, а также фрустрация в достижении поставленной цели контроля АД [14].

Существует ряд психологических приемов, которые позволяют оценить вклад восприятия проблемы пациента. К примеру, была создана определенная классификация больных на основе различных стадий процесса изменения мотивации к лечению.

Стадия 1 («до размышления») – лица, даже не интересующиеся тем, как можно изменить что-либо в своей жизни с целью улучшения здоровья;

Стадия 2 («размышление») – те, у кого есть интерес к проблеме;

Стадия 3 («подготовка») – лица, готовые начать изменение жизни. Затем следуют лица, уже начавшие процесс лечения и изменения образа жизни («действие»), и лица, делающие это регулярно («удержание»). Исследования в этой области показали, что независимо от патологии около 40% лиц, имеющих образ жизни высокого риска, находятся в стадии 1, 40% – в стадии 2 и только 20% – в стадии 3 [15]. Переход их из одной стадии в другую зависит от индивидуального соотношения аргументов

«за» и «против». Недавно было показано при интервьюировании больных, что 76% из них прежде чем начать антигипертензивную терапию взвешивают имеющиеся у них «за» и «против» [16], что еще раз свидетельствует о важности создания должной мотивации.

Существует достаточно доказательств того, что прием препаратов однократно в сутки сопровождается лучшей приверженностью, чем двукратный прием, и тем более, чем многократный. Так, в одном из исследований, в котором использовали электронный мониторинг комплаентности [17], было показано, что хорошая приверженность к лечению с соблюдением интервала между дозами  $24\pm 6$  ч может быть достигнута у 49% больных, тогда как при двукратном приеме соблюдение интервала  $12\pm 3$  ч успешно выполняется лишь 5% больных. Даже если не учитывать соблюдение междозового интервала, доля больных, которые реально принимают препарат, назначенный дважды в сутки, в течение 4 недели составляет 45%, при аналогичном показателе 70% при однократном приеме [18].

Данные целого ряда исследований отчетливо показали, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем приверженность больного к этому лечению. Это является одной из причин, почему современные рекомендации не приветствуют подхода последовательной смены лекарственных препаратов с целью повышения ответа на монотерапию, хотя такой подход является патогенетически обоснованным. Результаты недавних исследований показали, что быстрое достижение контроля АД и меньшее число смен препаратов оказывает позитивный психологический эффект на больного и способствует его комплаентности. Так, если в течение первых 6 месяцев лечения наблюдали только одно изменение в терапии, то число некомплаентных пациентов в последующие 6 месяцев составило лишь 7%. Если терапию изменяли дважды, то соответствующее уменьшение приверженности было уже в пределах 25% [19].

К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести множество общегосударственных мероприятий, направленных на повышение информированности населения о сердечно-сосудистых заболеваниях, изменению общественного сознания в плане отношения к здоровью, а также изменение системы финансирования лекарственных препаратов. Наиболее эффективным, по моему мнению, является система обучения больных и изменение самого подхода к терапии, совершенствованию препаратов и лекарственных форм и других мер, связанных с собственно эффективностью лечения, которые могут положительно воздействовать на приверженность больных.

Следует иметь в виду, что само внимание врача к проблеме комплаентности, соответствующий опрос больного и оценка этого показателя в динамике способствует его повышению.

Говоря о воздействии на приверженность к лечению, следует иметь в виду два основных аспекта. Первый касается собственно следования больным рекомендациям врача и зависит в первую очередь от мотивации к лечению. В данном аспекте основные усилия должны быть направлены на создание этой мотивации, что требует в первую очередь установления контакта с пациентом и обучения. В данном случае наиболее существенным нарушением комплаентности будет отказ от лечения, временный или полный. Ряд данных свидетельствует о том, что до 50% больных прекращают лечение в течение года даже в развитых странах [20]. В последние годы благодаря усилиям специализированных программ удержание больных на терапии может достигать 78% [21].

Одним из путей решения этой проблемы является обучение больных основам самоконтроля заболевания в “Школах пациента”. На сегодняшний день применение обучающих программ для пациентов с гипертонической болезнью уже становится стандартом в лечении этой категории больных. Имеющийся мировой опыт демонстрирует высокую эффективность обучения больных гипертонической болезнью по структурированным программам по сравнению с традиционным подходом.

Вторым аспектом комплаентности является реальный ежедневный прием препаратов без существенных отклонений от дозы и режима приема. Этот аспект может быть существенно улучшен за счет упрощения самой схемы лечения и введения специальных приемов, помогающих больному не пропускать прием очередной дозы.

Существует ряд методических приемов, которые можно использовать с целью улучшения комплаентности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с «забывчивостью» больного. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня – бритье, чистка зубов и т.д. Напоминание по телефону, почте и при помощи электронных средств может быть чрезвычайно полезным. Весьма эффективным оказывается соответствующая упаковка лекарственных препаратов в блистеры с указанием дней недели, что позволяет всегда обратить внимание больного на пропущенную дозу. В настоящее время существуют и широко используются в Европе специальные коробочки для лекарств, которые имеют отсеки разного цвета для разных дней недели и позволяют принимать несколько препаратов по схеме без существенных отклонений даже пожилым пациентам. Входят в клиническую практику и автоматические системы телефонного

мониторинга больных [22]. Следует отметить, что внешний вид препарата и его органолептические характеристики также играют немаловажную роль в соблюдении приверженности.

Очень часто при сердечно-сосудистых заболеваниях выявляются нервно-психические реакции соответствующие адаптивным; соматогенная астения наименее выражена. Поэтому часто у таких больных нужно использовать антидепрессанты в сочетании с рациональной психотерапией, которые улучшают клиническое состояние, психологический статус больных, повышается приверженность к лечению (оказывает позитивное влияние на медико-социальную информированность, адаптированность, коммуникативность, нивелирует стремление к медико-социальной дистанцированности), повышает качество жизни.

### *Литература*

1. Погосова Ю.С., Белова А.Н., Рославцева А.Н. 2. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Т. 1, № 6. – С.99-103.
2. Vander Stichele. Measurement of patient compliance and the interpretation of randomized trials. Eur J Clin Pharmacol 1991; 41: 27–35.
3. Lahdenpera TS, Wright CC, Kyngas HA. Development of a scale to assess the compliance of hypertensive patients. Int J Nurs Stud 2003 Sep; 40 (7): 677–84.
4. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. Med Care 1986; 24: 67–73.
5. Waeber B. Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patients. Blood pressure 2001; 10: 62–73.
6. Murlow PJ. Detection and control of hypertension in the population: the United States Experience. Am J Hypertens 1998; 11: 744–6.
7. Strelec MA, Mion AM. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. Arc Bras Cardiol 2003; 81: 349–54.
8. Mashru M, Lant A. Interpractice audit of diagnosis and management of hypertension in primary care: educational intervention and review of medical records. BMJ 1997; 314: 942–6.

9. Neutel J, Smith D. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. *J Clin Hypertens* 2003; 5: 127–32.
10. Эйдельман С.Е. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Петроградском районе Санкт-Петербурга. *Артериальная гипертензия* 2003; 9.
11. Moser M. *Clinical management of hypertension*. 6th ed. Caddo, OK: professional communications. Ins.; 2002.
12. Menard J, Chatellier G. Limiting factors in the control of blood pressure: why is there a gap between theory and practice? *J Hum Hypertens* 1995; 9 (suppl. 2): 19–23.
13. Townsend A, Hunt K, Wuke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ* 1993; 327: 1–6.
14. Jokasalo E, Enlund H, Halonen P et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive therapy. *Blood Pressure* 2002; 12: 22–7.
15. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz K editor. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, 2nd edn. San Francisco; Jossey-Bass. 1997.
16. Benson J, Britten N. Patients decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ* 2002; 325: 873.
17. Lee JY, Kusek JW, Greene PG et al. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. *Am J Hypertens* 1996; 9: 719–25.
18. Waeber B, Erne P, Saxenhofer H et al. Use of drugs with more than 24-hour duration of action. *J Hypertens* 1994; 12 (Suppl. 8): 67–71.
19. Caro JJ, Speckman JL, Salas M et al. Effect of initial choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data *CMAJ* 1999; 160: 41–6.
20. Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH. Understanding and improving patient's compliance. *Ann Int Med* 1984; 100: 258–68.
21. Caro JJ, Stepped care for hypertension: are the assumption valid? *J Hypertens* 1997; 15 (Suppl. 7): 35–9.
22. Frerdman RH, Kazis LE, Jette A et al. A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure control. *Am J Hypertens* 1996; 9: 285–92.

## «Улыбка и смех как орудие бога на земле»

*Ведерникова Л.В.*

Любите ли вы улыбаться? Как часто вы улыбаетесь в течение дня? Много ли у вас поводов для улыбки? Если на все эти вопросы у вас ответ «как-то не очень», вспомните, пожалуйста, слова песенки, которую все мы пели в детстве: «От улыбки хмурый день светлей». Ведь это действительно так – улыбка как солнышко способна осветить каждый день нашей жизни.

Когда человек улыбается доброй искренней улыбкой, он практически всегда воспринимается окружающими положительно. Ведь с улыбчивыми людьми намного приятнее общаться, чем с хмурыми. Улыбчивые люди, как батарейка, способны зарядить нас позитивной энергией. Таких людей мы зачастую склонны наделять теми добродетелями, которыми они на самом деле не обладают – просто потому, что нам с ними хорошо, они нам нравятся. А вот хмурые люди, пусть даже очень красивые внешне, всё равно подсознательно воспринимаются нами как отрицательные.

Самые улыбчивые создания – это дети. Улыбку у них может вызвать даже незначительная мелочь. А ведь все мы тоже были когда-то детьми, а значит, тоже часто улыбались, а когда выросли, то улыбаться стали реже. Но ведь если задуматься, то даже в период трудностей всегда можно найти сотни поводов для того, чтобы улыбнуться. Улыбнулись – и настроение поднялось. Это так просто...

Мы часто слышим от иностранцев, что русские редко улыбаются (особенно люди, живущие в больших городах). Мы не замечаем этого, но по сравнению с другими восточными и западными странами это так. Что это значит? Русские грубы, невежливы, невоспитанны, не гостеприимны и т.п.??

Думаю, всё глубже – в национальных традициях. Посмотрим, как обстоит дело! Я обнаружила в Интернете замечательную работу профессора Воронежского университета И.А. Стернина. Думаю, он дал хорошее научное обоснование этого явления.

Он указывает 14 отличительных черт типичной русской улыбки:

1. Улыбка в русском общении не является признаком вежливости.

В коммуникативном поведении американцев, англичан, немцев и финнов это так. Улыбки необходимы при приветствии или при вежливом разговоре. Русские писатели неоднократно отмечали, что типичная американская улыбка многим русским кажется ненатуральной и фальшивой. Они говорят: «Американцы улыбаются так, как будто они электрические лампочки, которые включили», «Их улыбка – это что-то хроническое», «Американское лицо – это, главным образом, зубы».

Русские люди не улыбаются из вежливости. Наоборот, считается плохим улыбаться без каких-либо существенных причин. Русское выражение: «Он улыбнулся просто из вежливости» подразумевает негативное отношение к улыбающемуся».

Постоянная вежливая улыбка считается в России «дежурной улыбкой» и демонстрирует неискренность человека, закрытость и нежелание показать настоящие чувства.

2. Русские не улыбаются незнакомым.

Русские улыбаются только своим хорошим знакомым. Вот почему продавцы в магазинах никогда не улыбаются покупателям (они не знакомы с ними лично!) Если продавщица знает покупателя, она улыбнётся ей (ему).

3. Для русских нетипично улыбаться в ответ.

Некий американец пишет в газете «Известия»: «Не знаю, почему, но когда я смотрю на русских таможенников, проверяющих наши паспорта, и улыбаюсь им, они никогда не улыбаются в ответ. Когда вы в России встречаетесь глазами с каким-нибудь прохожим на улице, вам никогда не улыбаются в ответ». Это верно: если русский видит улыбающегося ему/ей незнакомоего человека, он, несомненно, будет искать причину веселья. Может, что-то в его/её одежде или причёске заставило этого типа так веселиться?

4. Для русских нехарактерно улыбаться человеку, с которым встречаешься глазами случайно. Американцы улыбаются в таком случае, а русские отводят глаза.

5. Русские, в общем, не улыбаются при взгляде на детей или домашних животных (думаю, это противоречивое утверждение).

6. Русская улыбка – это знак личной симпатии.

Русская улыбка показывает, что вы нравитесь тому, кто улыбается. Он/она очень дружелюбно к вам расположены. Вот почему русские улыбаются только знакомым людям, потому что они не могут быть пристрастными к незнакомцам.

7. Русские не улыбаются, когда работают или занимаются чем-то серьёзным.

Таможенники не улыбаются, потому что заняты своим серьёзным делом. То же самое относится к продавцам и официантам. Это уникальная особенность русской улыбки. В «Чейз Манхеттен Бэнк» висит большой плакат: «Если ваш оператор вам не улыбается, сообщите швейцару и получите от нас доллар!»

Детям нельзя улыбаться во время учёбы. Взрослые русские говорят своим детям: «Не улыбайся, будь серьёзным в школе, когда готовишь домашнее задание, и когда с тобой говорят старшие!». Одно из самых обычных замечаний русского учителя – это: «Что за улыбки? Прекратили и начали писать».

Обслуживающий персонал в России не улыбается никогда. С давних времён клерки, продавцы, официанты и слуги были вежливы и воспитаны, но всегда неулыбчивы.

Сейчас нам приходится делать улыбку профессиональным требованием для всех членов обслуживающего персонала, т.к. в противном случае её так и не дождёшься.

8. Русская улыбка искренняя. Это выражение либо хорошего настроения, либо хорошего отношения к партнёру.

Русские не улыбаются без причины (например, чтобы улучшить настроение партнёра, вызвать у него/неё удовольствие или поддержать). Необходимо, чтобы человек, которому ты улыбаешься, действительно нравился, либо быть в очень хорошем настроении, чтобы иметь право улыбаться.

9. Чтобы русский улыбался, у него должна быть для этого достаточная причина, очевидная для других. Это даёт человеку право улыбаться – с точки зрения других. В русском языке появилась уникальная поговорка, которой нет в других языках: «Смех без причины – признак дурачины». Люди с западным мышлением не способны понять логику этой поговорки. Одному немецкому учителю объяснили её так: «Если человек смеётся без причины, у него что-то с головой не в порядке». Он не понял и спросил: «Каким образом второе утверждение следует из первого?»

Причина улыбки должна быть очевидна и ясна для других. Если они не понимают этой причины или считают её неудовлетворительной для улыбки, они могут прервать её и упрекнуть: «Чему тут улыбаться?»

10. Единственная стоящая причина для улыбки при общении русских – это здоровье того, кто улыбается.

Призыв Карнеги улыбаться вызывает у русских вопросы: «Чему улыбаться? Денег не платят, кругом одни проблемы, а вы говорите «улыбайтесь...» Таким образом, для русских улыбка – это не обязательная часть общения, а отражение их обстоятельств, настроения и материального благосостояния.

11. Для русской культуры общения не типично улыбаться для того, чтобы взбодриться или приободрить других. Русский человек едва ли будет улыбаться, если у него нет очевидного богатства, либо очень хорошего настроения.

Русское общественное мнение осуждает улыбку самоподдержки. «Её муж бросил, а она улыбается», «Кучу детей нарожала и улыбается» и так далее. Все эти слова осуждают улыбку женщины, которая пытается не потерять мужество в тяжёлой ситуации.

12. В чисто русском понимании, для появления улыбки нужно своё время. Она считается независимым действием, которое часто является необязательным и раздражающим. Ещё одна русская поговорка гласит: «Делу время, потехе час».

13. Улыбка должна быть уместна в данной ситуации с точки зрения окружающих. Наиболее обычные ситуации при общении русских не способствуют улыбкам. Люди не улыбаются в напряжённой ситуации. Они говорят: «Улыбаться не время». Считается, что нехорошо улыбаться, если рядом люди, у которых серьёзные проблемы или заботы (если, конечно, об этом предупредили другие): болезнь, личные проблемы и так далее.

14. Русские, вообще говоря, не делают различия между улыбкой и смехом. Они часто смешивают оба этих явления.

Очень часто в России улыбающемуся говорят: «Что тут смешного? Не понимаю!» или «Я что, сказал что-то смешное?»

С моей точки зрения, всегда отличается улыбка и смех. Улыбка всегда идет как «смягченный, умиротворенный, ослабленный, женственный смех». Смех же наоборот подчеркнута брутальность. И, насколько бы он не был обоснован и интеллектуален, он все равно звучит грубее, чем мягкая улыбка. Она – знак мистической радости, знак благорасположения и уважения. Улыбка – знак доброжелательности, желания быть понятым и понять другого.

Но, несмотря на все сказанное выше, улыбка столь же многозначительна, как и любой другой знак чувства. Например, в произведении М. Горького «Мать» я нашла шесть разнообразных типов употребления слова улыбки (и я не думаю, что этими шестью типами улыбка себя исчерпывает, это всего лишь шесть, которые открылись мне). Первый – это как раз тот, о котором я говорила: улыбка, выражающая мистическую радость и уважение. «На ее губах явилась довольная, тихая улыбка, хотя в морщинах щек еще дрожали слезы. В ней колебалось двойственное чувство гордости сыном...». Или же попытка использовать улыбку, чтобы добиться расположения собеседника: «Спросил он ласково, с ясной улыбкой в глазах...». Здесь улыбка направлена не на себя, как в первом, но на собеседника: она ждет от него откровенности, открытости. Другой же смысл улыбка получает, когда человек «виновато улыбается». Чего он ждет от этой улыбки? Прощения? Или же это просто улыбка-покаяние. Возвращаясь к христианской теме, улыбка очищает человека, как и слезы. В то же время улыбка может значить полностью противоположное –

прощение обиды («Тогда она улыбалась тихой, всепрощающей улыбкой»). Кроме того, довольно распространено употребление улыбки как символа мечтательности: «Дай господи!» – думала она. И улыбалась...» или же «...и все мечтательно, с улыбками на лицах, долго говорили о французах, англичанах и шведах как о своих друзьях, о близких сердцу людях...». Во второй цитате мечтательность и улыбка приближают людей, казалось бы далеких (французов, англичан, шведов), делают их «друзьями, близкими сердцу». В первой же цитате улыбка тоже направлена во вне, но она ничего не ждет от другого, а лишь позволяет надеяться, верить, а главное – мечтать. Помимо положительных значений, улыбка может нести в себе ненависть, ехидство и презрение: «Они улыбнутся и повесят, а потом – опять улыбаться будут». Такая улыбка характеризует человека не с лучшей стороны.

Самое главное отличие улыбки и смеха в том, что смех – это, прежде всего звуки. Даже определение из словаря тому подтверждение: «Смех – выражающие полноту удовольствия, радости, веселья ил иных чувств отрывистые характерные звуки, сопровождающиеся короткими и сильными выдыхательными движениями». Если смех беззвучен, то это некая аномалия, которую отдельно надо оговорить: «беззвучный смех». Улыбка, в отличие от смеха, тиха и не слышна, она не бывает громкой или кричащей. Улыбка появляется раньше смеха. Возможно, что смех – это некое внешнее, бурное проявление внутренней улыбки.

Что есть смех.

Смех – чувство положительное, но само по себе являющееся реакцией на какое-то событие, в котором наш разум обнаружил нечто, подлежащее порицанию

Смех – это некий итог ошибки, в котором побеждает радость, показывающая то, что зло не опасно. И все же, соединяясь во внешних проявлениях с яростью и страданием, смех позволяет понять, что речь идет о зле – каком бы то ни было, но зле.

Смех – выражение жизнерадостности, жизненных сил и энергии.

Стоит сейчас пояснить, о каком зле здесь и дальше я буду говорить. О зле в широком смысле слова, начиная с «животного» смеха над безобидными падениями на банановой кожуре в цирке (где просто возникает «несоответствие формы и содержания») и кончая реальной угрозой, единое определение смеха дать просто невозможно.

Для того, чтобы понять смех как универсалию или как идею можно рассмотреть противостояние блага и зла. Смех находится между ними. С этой позиции существует две точки зрения на смех. Первая – смех колеблется между добром и злом (ни то, ни другое не рождает смеха), живет «их взаимопритяжением и взаимоотталкиванием», чем обуславливается двойственная природа смеха. Он принимает то одну, то другую

сторону, одновременно «является всем и ничем». Но главное, что в этом случае смех лишается нравственного начала. Другой же взгляд на смех состоит в том, что он обретает нравственный смысл, «противопоставляя себя полюсу зла». Подлинный смех рождается на стыке блага и зла, как ответ блага на зло.

Как смех раскрывает характер человека.

Энергия смеха приходит извне. Человек незаметно для себя изменяет точку зрения на мир, она делается двойственной. Он не может принять ни одного, ни другого - смех существует на стыке блага и зла, но ни к одному из них не принадлежит. Смех, сочетая в себе черты интеллектуального и чувственного начал, представляет собой нечто третье, существующее как раз на их стыке.

Смех – это одновременно продукт равнодушия и спокойствия

Один смех способен раскрыть тайну человека, показать его ум и душу, дает возможность раскрыть тайну лица. Ничто не открывает сути человека как его смех

Смех может открывать как положительные, так и отрицательные стороны в характере героя.

А. Бергсон, исследуя его таким образом, пришел к неожиданному выводу, что смех – это чувство противоречивое само по себе. Смех – это одновременно продукт равнодушия и спокойствия, а в то же время – сильнейшая эмоция, имеющая выраженное «общественное значение». Кроме того, смех – дитя интеллекта, но бессознателен и неосознаваем в своих истоках. Он родствен эстетике, но не уместается в ее границах. Чаще всего в литературных произведениях это несовпадение границ отдельно подчеркивается словами вдруг, резко, неожиданно и т.п.

«Этакий человек и смеется и готов смеяться, но вам почему-то с ним никогда не весело. Со смешливого он быстро переходит на важный вид, с важного на игривый или подмигивающий, но все это как-то раскидчиво и беспричинно...». Эти слова создают перед воображением читателя героя скорее отрицательного, чем положительного. Ведь что за положительный герой, не умеющий заразительно посмеяться!

Значение смеха во времени.

Все люди живут в том или ином времени, поэтому ни один из живущих не может отнестись к нему равнодушно.

Смех выступает в роли символа защиты человека перед неизбежностью. В этом выражается борьба смеха со злом. А замедленная съемка, наоборот, словно оттягивает момент смерти.

Смех сопровождает человека в течение всего времени жизни.

Раньше я уже говорила, что христианство считало смех человека смехом отчаяния, неизбежности. Современный человек, видя убыстренное действие на экране телевизора, произвольно смеется. Здесь осущест-

вляется момент дистанции, отдаления, и это тоже вызывает непроизвольный смех. Аналогично с маленьким ребенком, надевшим ботинки, которые ему не по размеру. Я не зря сказала именно так, поскольку с возрастом мы все меньше и меньше смеемся, все меньшим можно нас удивить. Смех следит за временем, он измеряет время нашей жизни. Смех тянет человека в будущее, ибо знает, что оно возможно и осуществимо. Человек мыслит о своем будущем как о чем-то желанном, светлом и свободным. Смех – это радость, свет. В любой эпохе и в любой культуре существует такая метафора, как «светлое будущее». Были ли вы когда-либо счастливы без улыбки, без, с улыбкой сказанного друг другу «да»? Тем не менее, счастливыми нас делает не всякая улыбка...

Стоит лишь вымолвить слово «улыбка», и каждый тут же представляет себе милое, приветливое лицо с несказанным выражением здоровья и доброжелательности. Искра счастья – для себя и для других. Пусть хотя бы немного облегчения, утешения, а может быть, даже любви... Так бывает порою. Но так бывает далеко не всегда.

Улыбка «играет» не только вокруг рта; она «играет» на всем лице и особенно в глазах, из которых она лучится. Когда улыбается лишь рот, а глаза остаются серьезными или застывают, нам становится как-то неуютно и даже жутко. Когда же улыбаются одни глаза, то мы нередко наслаждаемся скрытым, сдерживаемым юмором. Но мертвые, с закрытыми глазами, улыбаются лишь чуть-чуть – выражая общее для них блаженное успокоение.

Поэтому улыбка не так уж и проста и не всегда говорит о счастье. Существуют, можно сказать, бесчисленные разновидности улыбки. Стоит только, например, принять во внимание, что преобладает в улыбке — собственное здоровье или доброжелательность к другому. Здоровье переносит акцент на дражайшее «я» улыбающегося: он подразумевает самого себя, дела у него идут хорошо, чувствует он себя уютно. Доброжелательность, напротив, переносит акцент на отношение к другому; тогда улыбка подразумевает «тебя», ближнего.

«Я – улыбка» чаще всего самодовольна, отвергающая, бессердечна и несимпатична. Она может совершенно по-детски, наивно означать: «я здоров и наслаждаюсь, что мне до других?» Или самодовольно: «все во мне и на мне превосходно». Или, более того, заносчиво и высокомерно: «чего стоят остальные по сравнению с моим совершенством?» Далее улыбка может стать даже насмешливой и язвительной: «что, кто-то осмеливается сравнивать себя со мной?» Или — презрительной: «и вы тут, низменные создания?»; разочарованной, обиженной и т. д. И когда эта обиженная, презрительная ирония обращается против «верхов», она становится саркастичной и богохульной: «эти там, наверху», или «тот там,

на небесах». Пропитанная затаенной злобой, рассеивая черные лучи ненависти, зависти, неутоленного чувства мести, улыбка становится inferнальной и сатанинской – судорожная гримаса неудавшегося самообожествления... Так, самоутверждающееся «хорошее здоровье», не связанное с сердечной доброжелательностью, из-за примитивного эгоизма скатывается в ад, чтобы улыбаться еще и из ада...

«Улыбка тебе», напротив, улыбка сердечной симпатии во всех своих оттенках, от наивно-чувственного желания до навеянной потусторонним миром жертвенной, духовной любви, улыбающейся издали неверному возлюбленному на счастье. Бывает улыбка целомудренной скромности: «Я – цветок в саду» и улыбка бесстыдной навязчивости. Бывает улыбка дразнящего кокетства и улыбка святой тайны; улыбка вопроса, изнемогающей тоски, пробудившейся ревности, прощения, утешения, благодарности. Бывает улыбка блаженного просветления и улыбка счастливой матери. Бывают случаи, когда уродливое лицо спасает улыбка и когда самое прекрасное лицо она искажает и компрометирует. В целом – неисчерпаемое богатство выражения.

Но истинная улыбка всегда вызвана вполне конкретными условиями. Улыбка – это выражение, продиктованное чувством «да», и это «да» должно светиться полно, живо и искренно. Неискренняя улыбка – всегда фальшива и отвратительна: она отравлена изнутри и обессилена отрицанием «нет». Настоящая улыбка, однако, должна быть полноценной – внешне, светясь на лице, и внутри – лучась от души. Ясность и искренность образует ее душевное благоухание. Человек в своей улыбке должен быть весь на виду, подобно ребенку, вести себя чистосердечно и свободно. Только тогда он предстает как «дитя сердца» и его улыбка действует чарующе. Легкая, светлая нить протягивается тогда от человека к человеку; сразу возникает взаимное расположение душ, а по мере того как улыбка становится все сердечнее и ласковее – дружба и любовь.

Такая улыбка может и вправду стать орудием Бога на земле.

### *Литература*

1. Карасев Л.В. Философия смеха. РГГУ. 1996 – 214 с.
2. Энциклопедия для детей. Русская литература. Аванта плюс. М. 1998 - 659 с.
3. Энциклопедия для детей. Языкознание. Русский язык. Аванта плюс. М. 1998 – 693 с.

4. Николай М. Федь. Жанры в меняющемся мире – М.: Сов. Россия. 1989 – 544 с.
5. Хализев В. Теория литературы. Высшая школа. 1999. 398 с.
6. Аверинцев С.С. Поэтика ранневизантийской литературы. М.: «Coda», 1997 – 344 с.
7. Преподобного отца нашего Иоанна, игумена Синайской горы, Лествица. Сергиев Посад. Типография Св.-Тр. Сергиевой Лавры. 1991. 363 с.
8. С.И. Ожегов. Словарь русского языка. Москва. «Русский язык». 1984. – 816 с.

## **Формирование культуры репродуктивного поведения у студентов**

*Куликов С.Н., Росюк Е.А., Лаврентьева И.В.*

О низком уровне репродуктивной культуры российских граждан, стихийности их репродуктивного поведения свидетельствуют низкая рождаемость; относительно высокий показатель материнской и детской смертности, по сравнению с экономически развитыми странами; рост заболеваний, передающихся половым путем; большое количество аборт, остающихся основным способом регулирования деторождения; дисгармония браков; рост числа бесплодных пар; деструктивные детско-родительские отношения как следствие рождения нежеланных детей [1]. Представляется возможным и необходимым привлечь междисциплинарные усилия преподавателей, прежде всего медицинского университета, в направлении формирования репродуктивной культуры и поведения, охраны репродуктивного здоровья студентов.

С этой целью сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии и кафедры социальной работы УГМУ в течение 5 лет проводятся лекции и занятия со студентами 2-3 курсов по направлению подготовки «Социальная работа» и со студентами 1 курса по специальностям группы «Здравоохранение».

Контент направления подготовки 040400.62 – Социальная работа, реализуемого в ГОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ, включает в себя программные, организационные, учебные, информационные, контролирующие материалы, устанавливающие содержание обучения, воспитания, а также методологические принципы преподавания [2,3]. В целом контент представлен на официальном сайте УГМА в рубрике «Дистанционное обучение» <http://do.teleclinica.ru/>, а в данной работе его наполнение рассматривается на примере электронного ресурса одной из дисциплин вариативной части профессионального цикла Б.3.В.ДВ.4.2 Социально-медицинские аспекты планирования семьи, охраны материнства и детства. После авторизации на сайте можно ознакомиться с этим электронным ресурсом дисциплины по адресу <http://do.teleclinica.ru/1764112/>.

Учебная дисциплина «Социально-медицинские аспекты планирования семьи, охраны материнства и детства» формирует компетенции социальной работы в области охраны репродуктивного здоровья, представление о решении социальных проблем, связанных с репродуктивным поведением человека, раскрывает роль системы охраны материнства, отцовства и детства в нашей стране.

Задачи дисциплины включают:

- изучение общественных и индивидуальных процессов, определяющих уровень рождаемости;
- определение особенностей современной модели репродуктивного поведения молодежи в России;
- изучение концепции безопасного материнства и ее организационного обеспечения в РФ;
- знакомство с учреждениями, занимающимися вопросами планирования семьи, охраны материнства и детства в России и в Свердловской области;
- формирование установки на безопасные сексуальные отношения и осознанное родительство;
- расширение представлений о роли специалистов социальных служб в развитии и осуществлении программ сохранения репродуктивного здоровья и повышения репродуктивной культуры населения.
- воспитание навыков деонтологии и медицинской этики, связанных с особенностями социальной работы в области охраны репродуктивного здоровья.

К обязательным разделам электронного учебно-методического комплекса дисциплины относятся рабочая программа, учебно-тематический план занятий, обязательный понятийный минимум дисциплины, задания студентам для самостоятельной работы: контрольные работы, темы рефератов, вопросы для подготовки к зачету, компьютерные тестовые задания, а также методические рекомендации по изучению дисциплины, контрольные мероприятия, отчетность, библиографический список, ресурсное обеспечение.

Рабочая программа содержит цели, задачи, объем и виды работы, содержание тем, план 9 семинарских занятий, задания и контрольные вопросы к ним, список литературы и нормативно-правовых документов. Лекционный курс объединяет 45 вопросов для подготовки к зачету. В папке контрольно-измерительных материалов «КИМ» содержатся тесты по охране материнства и детства, защите прав ребенка, социальной работе с одаренными детьми, социальной работе с социально-дезадаптированными детьми, организации опеки и усыновления. Тесты даны в обучающем варианте. На занятиях студентам и для зачета эти компьютерные тесты могут быть представлены в режиме контроля. Учебно-методический комплекс дисциплины включает также глоссарий с определением содержания основных понятий.

Темы занятий следующие: рождаемость с учетом интересов личности и государства; значение мер планирования семьи; методы контрацепции; аборт как этико-правовая проблема; проблема сохранения и восстановления фертильности; профилактика заболеваний, передающихся половым путем; концепция безопасного материнства и ее организационное обеспечение в России; рождение здорового ребенка; направления социальной работы по повышению репродуктивной культуры населения.

В заданиях к контрольным работам внимание студентов обращается на план изучения по темам семинаров, с подготовкой презентаций и докладов. Свои готовые контрольные работы студенты импортируют на сайт в папку «Выполнение контрольных работ». Для интерактивного общения по предмету изучаемой дисциплины открыт раздел «Класс виртуальных консультаций».

Содержание учебно-методического комплекса дисциплины на учебном интернет-сайте удобно студентам и преподавателям, имеющим индивидуальный аккаунт и доступ, включает основную и дополнительную литературу. Сохраняется возможность постоянного и своевременного дополнения и переработки учебного материала. При наличии аналогичных учебных электронных источников по учебной дисциплине, возможно, их объединение с помощью гиперссылок, что придает содержанию наиболее полный, удобный и современный характер. Но главное, что содержание одной учебной дисциплины наглядно и компактно взаимосвязано с общим полным электронным контентом специальности.

Таким образом, электронный ресурс дисциплины «Социально-медицинские аспекты планирования семьи» может быть использован студентами не только при изучении и подготовке к занятиям и зачету, но и в практической медико-социальной работе для проведения профилактических учебных занятий с молодежью.

Кроме того, вопросы, связанные с репродуктивным поведением, планированием семьи, контрацепцией, абортами, бесплодием, новыми медицинскими технологиями безопасного материнства, а также вопросы демографической безопасности страны, связанные с рождаемостью и смертностью, раскрываются на лекциях для первокурсников в рамках дисциплин по выбору (элективов). Анонимный опрос слушателей курса показал, что 95,4 % студентов считают освещение вопросов репродукции полезным и востребованным.

Формирование культуры репродуктивного поведения является необходимым и актуальным для студентов, что требует, по нашему мнению, большего внимания во всех вузах; также в этом целесообразен междисциплинарный подход и межкафедральные усилия.

## *Литература*

1. Беляева М.А. Репродуктивное поведение человека / Уч. Пособие для студентов вузов. – Екатеринбург: УГПУ, 2010. – 264 с.
2. Ивачев П.В. Социальная работа в сфере охраны здоровья населения. – Екатеринбург: Изд-во УГМА Росздрава, 2010. – 237 с.
3. Ивачев П.В., Кузьмин К.В. Анализ опыта использования в образовательном процессе контента ООП ВПО 040101.65 Социальная работа // Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения. – Сб. 2-й Межрегион. науч.-практ. конф. / УГМА, Екатеринбург. – с. 22-25.

## «После ночного дежурства...»

*Ракова С. М.*

После бессонного дежурства в реанимации хирургии в голову приходят разные мысли. Их много, и в то же время чувствуешь себя опустошенным морально и физически. Нескончаемый поток людей, ощущающих дискомфорт в своем брэнном теле и жаждущих помощи. Помощи от нас – медицинских работников. А мы, каждый со своим багажом дискомфорта по жизни, отбросив все, стремимся на помощь...

Проработав четырнадцать лет в реанимации родильного дома, я искренне была убеждена, что подвиги совершаются исключительно там. Тепло в душе, светло, начало новой жизни, а то и двух сразу. Состояние праздника внутри себя и вокруг. Мы прикасаемся к чему-то великому, необычному, стоим вблизи природного таинства. Рождение человека...

Сама атмосфера в родильном доме особенная: приятно ждущая, волнующая. Даже боль физическая и муки особенные, во имя ни чего-нибудь, а жизни новой. Новая жизнь – это кричащий комочек с дрожащими ручками и ножками с пипкой-носом. Трогательный, нежный, беспомощный, завернутый в кулек. Будущий КТО-ТО в этой жизни, человеческий детеныш. А мы помогаем ему появиться на свет, пройти «извилистый» путь, чтоб крикнуть миру: «Люди, я родился, ура, принимайте и любите меня!!!» Иногда этот путь очень нелегок.

Много раз думала о том, что помогая малышу родиться, чувствуешь нечто большее, чем гордость от выполненного профессионального долга. Кто кому помогает? Да, кто кому...

Спасибо каждому дрожащему комочку за те искренние живые чувства, пронизывающие сознание взрослых циников. Яркая вспышка надежды, соприкасаясь с теплыми впечатлениями из своего детства, а ведь в душе мы так и остались детьми, дарит ощущение полноты сил и окрашивает смыслом будущее... Вот за это я любила, боготворила, обожала свой родильный дом!..

...И вот бессонное дежурство в реанимации хирургии. Здесь я уже год. Кто бы мог подумать?! Да никто, и я в первую очередь. Фанат роддома... Судьба порой преподносит такие сюрпризы... То, чего не хочешь, чего боишься больше жизни, не избежать рано или поздно. Вселенная преподаст тебе этот урок, а ты его обязательно выучишь. Если не с первого раза, значит, будет второй урок и т.д. Еще говорят, что люди возвращаются туда, где что-то недоделали, недопоняли. Пятнадцать лет назад я уже была в этом месте, и вот я опять здесь... Что же недопонято, недоделано? Вначале было ощущение, что это злой рок. Холодно, пусто, страшно...

Первый раз прочитав «Мастера и Маргариту» я хохотала над проделками Кота Бегемота, удивлялась «чудесам» Воланда, главы про Иешуа читала поверхностно, скорей нетерпеливо перелистывала, чтоб побыстрее добраться до смешных страничек. С количеством прочитанных раз этой книги легкий юмор превратился в сатиру, а придуманный переполох в реальный кавардак, в том числе сегодняшней жизни...

Я долго присматривалась к жизни в реанимации хирургии, была со всеми, но была отдельно, со стороны, что ли. Нет идеи, нет великого смысла, нет света и радости, как в родильном доме. Там Жизнь, а здесь больше Смерть. То, от чего бежала когда-то. Смерть, Смерть, Смерть... Все пропиталось Ею: стены, потолки, кровати. Дыхание Её близко-близко. Здесь, Она здесь, Её дыхание совсем рядом. Мне в лицо...

Много лет назад, оставшись ночью одна с больными, проходя по темному коридору мимо палат, я Её увидела. Я видела Смерть!.. Она прошла сквозь кровать, точно разрезав ее пополам. Большая, в потолок, черная тень в плаще. Утром женщина, лежавшая на этой кровати, умерла. Фамилия ее – Булатова. Я помню это спустя почти шестнадцать лет. Ничего в моем видении этой реанимации не изменилось с тех пор. Темный коридор, черный плащ смерти, проходящий насквозь кровать, отнимающий жизнь. Легко. Прошла – и жизни нет, человека нет и больше не будет. А кто-то ведь ждет и надеется, что все будет по-другому. А ему приносят соболезнования. Вот от этого я убежала и убежала в «праздник» родильного дома. Цветы, жизнь! Смерть, цветы...

Я начала понимать и чувствовать по-другому не сразу. Это произошло, когда я стала вместе с ними, одной из них. Нет, не одной из них. Те, кто там работает, они сильнее, мужественнее, умнее меня, на голову выше. Это тяжелый труд. Борьба за жизнь человеческую, когда она на грани жизни и смерти. Достаточно одного взмаха черным плащом, но нет. Сколько раз Ты могла пройти сквозь кровать, но не прошла все-таки. Сколько тяжелых, безнадежных пациентов вопреки всем, всему и Смерти на зло, благодаря людям, работающим в реанимации, выжили. Нечеловеческое напряжение, колоссальная физическая нагрузка каждую минуту борьбы. Очень важно, чтобы духом сопротивления болезни и смерти заражен был сам пациент. Мы нужны друг другу, чтоб поддерживать в нас этот дух жизни и надежды. Ласковое, ободряющее слово так важно и весомо, оно лечит наравне с хорошими лекарствами. Его надо говорить всегда, даже молча, взглядом. Все время. Ни на секунду не прекращать посыл к жизни в глаза пациента. Тогда есть надежда, что Она не пройдет сквозь кровать.

Случайных людей в реанимации нет, а если и попадают, то точно ненадолго. Не задерживаются. Профессиональные глубокие знания и умения, сердце с любовью, душа до краев наполненная состраданием и заботой, умение делать болезненные вещи так, чтобы не чувствовалась

эта боль, а только то благо, которое они приносят. Быть таким и делать так сможет далеко не каждый. Да каждому и не нужно... И очень важно всегда быть наполненной чашей светлого и доброго, а иначе кому ты сможешь помочь опустошенный. Не всем дано отдавать. Хотя отдавать гораздо приятнее, чем брать. Только это нужно осознать каждой клеточкой себя. Отдавать приятнее. Сорок дней и ночей ты отдаешь себя во имя чьей-то, болезненной сейчас жизни, безнадежной, висящей на волоске. И вот эта Живая уже жизнь встречает тебя на лестнице, и ты радуешься вместе с ней ее первым самостоятельным шагам. И если б не ты, как знать, черная тень могла бы пройти и сквозь эту кровать...

Я знаю теперь, подвиги совершаются не только в родильном доме, там, где рождается жизнь, но и в реанимации хирургии, там, где жизнь, бывает, кончается!..

### Авторская справка

<i>Абдулина Юлия Николаевна</i>	аспирант ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-стоматолог ООО «АБ-Дент»
<i>Акимова Марина Александровна</i>	аспирант кафедры токсикологии ГБУ ЗСО «Областной наркологический диспансер», врач-психиатр, нарколог
<i>Алексейцев Андрей Владимирович</i>	аспирант кафедры хирургии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Альтман (Таничева) Ксения Сергеевна</i>	аспирант кафедры внутренних болезней №4 ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Анкудинова Анна Владимировна</i>	соискатель кафедры детских инфекционных болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-эпидемиолог ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии Свердловской области
<i>Аристов Алексей Юрьевич</i>	аспирант кафедры ортопедии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-рентгенолог МБУ ЦГКБ №24
<i>Балукова Надежда Алитетовна</i>	соискатель, кафедра медицинской физики, м.н.с. ЦНИЛ ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Басс Евгения Ароновна</i>	аспирант кафедры детских болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-аллерголог ОДКБ№1
<i>Белоусов Виталий Витальевич</i>	аспирант кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Белоусова Елена Валентиновна</i>	кандидат культурологии, доцент каф. философии, культурологии и биоэтики ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

<i>Березин Александр Владимирович</i>	аспирант кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-офтальмолог ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»
<i>Бетц (Белалиева) Анна Евгеньевна</i>	аспирант кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач травматолог-ортопед отделения неотложной хирургии МБУ ЦГКБ №23
<i>Бирюкова Галина Леонидовна</i>	аспирант кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, зав. офтальмологическим отделением ЦГКБ №1
<i>Богачев Александр Евгеньевич</i>	аспирант кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Борзунова Наталья Сергеевна</i>	аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач - терапевт ГБУЗ СОКБ №1
<i>Бородина Ирина Эдуардовна</i>	аспирант кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-терапевт ГБУЗ «СОКБ №14»
<i>Булаева Элина Ильдаровна</i>	соискатель кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-хирург ЦГКБ №1
<i>Вагина Марина Аркадьевна</i>	аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-невролог консультативно-диагностической поликлиники ГУЗ СОКБ №1
<i>Ваняева Екатерина Петровна</i>	соискатель кафедры эпидемиологии ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Свердловской области»

<i>Ведерникова Людмила Викторовна</i>	соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-стоматолог ООО «Мегадент-Клиник»
<i>Власова Елена Владимировна</i>	к.ф.н., доцент, зав кафедрой философии, культурологии и биоэтики ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Власова Лариса Александровна</i>	аспирант кафедры биологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Гайфутдинов Евгений Азатович</i>	аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Гафуров Бахромджон Бободжонович</i>	аспирант кафедры хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Глазырина Юлия Александровна</i>	заочный аспирант кафедры терапии ФПК и ПП, гастроэнтеролог, ГБУЗ СО «СОКБ№1»
<i>Гончаренко Ирина Михайловна</i>	соискатель ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, врач-невролог
<i>Гребнева Оксана Сергеевна</i>	соискатель ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, МУ ЦГКБ №24
<i>Гурковская Елена Петровна</i>	соискатель кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Демидов Сергей Михайлович</i>	д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии и медицинской радиологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Добротин Василий Евгеньевич</i>	аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-нейрохирург МБУ ЦГКБ №23

<i>Евсина Мария Геннадьевна</i>	аспирант кафедры внутренних болезней и эндокринологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Есина Ольга Борисовна</i>	аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-психотерапевт, областная психиатрическая больница
<i>Жовтяк Полина Борисовна</i>	аспирант ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-стоматолог ООО «Третье поколение»
<i>Заболотских Ксения Игоревна</i>	к.ф.н, доцент кафедры философии, биоэтики и культурологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Зорников Данила Леонидович</i>	аспирант кафедры микробиологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Зюзгина Екатерина Александровна</i>	аспирант кафедры педиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-невролог РЦ «Здоровое детство».
<i>Ильина Мария Юрьевна</i>	аспирант кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, преподаватель Алапаевского филиала ГБОУ СПО «Свердловский областной медицинский колледж»
<i>Ирих Тимур Османович</i>	аспирант кафедры онкологии МАУ ГКБ №40, ОМО, врач-онколог
<i>Исмаилов Александр Шевкетович</i>	соискатель кафедры педиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-уролог МАУ «ДГП №13»
<i>Киселев Вячеслав Алексеевич</i>	к.ф.н., доцент кафедры философии, культурологии и биоэтики ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Князев Валентин Михайлович</i>	д.ф.н., профессор кафедры философии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

<i>Кожина Оксана Валентиновна</i>	соискатель кафедры ультразвуковой диагностики ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач функциональной диагностики ГБУЗ СО СОКБ №1
<i>Козьменко Анастасия Николаевна</i>	соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-стоматолог
<i>Колотова Наталья Николаевна</i>	заочный аспирант кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-стоматолог
<i>Косарева Ольга Викторовна</i>	аспирант кафедры фтизиатрии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач КЛД ФГБУ УНИИФ №3
<i>Костров Ярослав Викторович</i>	соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-стоматолог
<i>Кох Елена Сергеевна</i>	аспирант кафедры фармакологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры фармации
<i>Кудрявцева Елена Владимировна</i>	аспирант ФГБУ ГУ НИИ ОММ, врач акушер-гинеколог
<i>Кудряшов Иван Николаевич</i>	аспирант кафедры гигиены ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, научный сотрудник ЕМНЦ
<i>Кузнецова Наталья Александровна</i>	соискатель кафедры внутренних болезней №3 ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-ревматолог ревматологического центра МАУ ГКБ №40
<i>Кузнецова Ольга Алексеевна</i>	аспирант ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Кузнецова Татьяна Геральдовна</i>	соискатель ЕМНЦ ПОЗРПП, врач-физиотерапевт Медсанчасти ФКУЗ МВД по Свердловской области

<i>Куликов Сергей Николаевич</i>	к.м.н., доцент кафедры социальной работы ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Лаврентьева Инна Вадимовна</i>	к.м.н., ассистент кафедры акушерства-гинекологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Лейдерман Марк Вадимович</i>	аспирант кафедры психиатрии УГМУ
<i>Логина Надежда Владимировна</i>	аспирант ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, врач-токсиколог
<i>Лукьянова Мария Александровна</i>	соискатель кафедры детской неврологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, невролог ООО «Здоровое детство»
<i>Маленьких Галина Александровна</i>	аспирант кафедры психиатрии ФПП и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Малыгин Аркадий Георгиевич</i>	аспирант кафедры педиатрии и неонатологии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, м.н.с., гистологической лаборатории ЦНИЛ УГМУ
<i>Мейлах Борис Львович</i>	д.м.н., главный врач ЦГБ № 20
<i>Минин Виталий Владимирович</i>	аспирант кафедры внутренних болезней №2 ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Некрасова Вероника Юрьевна</i>	соискатель кафедры психиатрии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-психиатр ГБУЗСО Психиатрическая больница №6
<i>Николаева Анастасия Александровна</i>	аспирант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, стажер Ludwig-Maximilians-Universität, München (Германия)
<i>Овчаренко Павел Александрович</i>	аспирант ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, биолог химико-токсикологической лаборатории психиатрической больницы

<i>Огнёв Сергей Иванович</i>	соискатель кафедры детской хирургии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Папулова Маргарита Александровна</i>	аспирант кафедры ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Пашинина Ирина Юрьевна</i>	соискатель кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Пермякова Надежда Викторовна</i>	соискатель кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Петрова Лариса Евгеньевна</i>	канд.социол.наук, доцент, докторант кафедры теоретической и прикладной социологии УрГПУ
<i>Петрова Ольга Юрьевна</i>	соискатель кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач лабораторно-клинической диагностики ГБУЗСО (СООД)
<i>Подоляк Татьяна Леонидовна</i>	аспирант кафедры управления и экономика фармации ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, коммерческий менеджер ООО «KRKA»
<i>Пономарёва Анастасия Владимировна</i>	соискатель кафедры педагогики и психологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, директор ООО «Маконда»
<i>Попов Алексей Николаевич,</i>	соискатель кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России (МБУ ГКБ №14)
<i>Попова Ольга Евгеньевна</i>	соискатель кафедры ОЗО ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-офтальмолог СОКБ №1
<i>Ракова Светлана Михайловна</i>	аспирант кафедры ОЗО ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

<i>Росюк Елена Александровна</i>	ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач акушер-гинеколог отделения охраны репродуктивного здоровья КДП ГПЦ МУ «ДГБ № 10»
<i>Русанова Мария Юрьевна</i>	аспирант кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, хирург ГБУВСО «Алапаевская ЦРБ»
<i>Сандырева Татьяна Павловна</i>	аспирант кафедры клинической лабораторной диагностики ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ОЦ «СПИД», зав. лабораторией диагностики
<i>Саперова Екатерина Валерьевна</i>	аспирант ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России ( <i>областная детская больница</i> )
<i>Свеженцева Елена Александровна</i>	соискатель кафедры клинической диагностики ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Селезнева Елена Леонидовна</i>	аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Сиротюк-Ординат Елена Александровна</i>	соискатель кафедры хирургических болезней стоматологического факультета ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Смирнова Мария Вячеславовна</i>	аспирант кафедры фармации ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, инженер-технолог ООО «ОЛИМП»
<i>Смолкин Андрей Дмитриевич</i>	врач-интерн ОКБ №1
<i>Соколова Анастасия Юрьевна</i>	соискатель кафедры внутренних болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-эндокринолог МАУ ГКБ №40
<i>Солдатов Дмитрий Анатольевич</i>	аспирант кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

<i>Сомова Анна Викторовна</i>	аспирант кафедры эпидемиологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-эпидемиолог ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии Свердловской области
<i>Трофимова Юлия Юрьевна</i>	соискатель кафедры эпидемиологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Тюрин Сергей Анатольевич</i>	соискатель ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии МАУ ГКБ № 40.
<i>Ушенин Антон Владимирович</i>	соискатель кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-невролог
<i>Феоктистов Эдуард Львович</i>	соискатель кафедры ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России ООО «Уральский центр кинезиотерапии», директор, врач мануальной терапии
<i>Филимонова Анна Викторовна</i>	аспирант кафедры фармации ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ассистент кафедры
<i>Цыпушкина Татьяна Сергеевна</i>	соискатель кафедры скорой помощи ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-невролог ГБУ №33
<i>Шабакеев Руслан Октябрьистович</i>	соискатель кафедры онкологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-онколог ГБ №41
<i>Шадурский Николай Николаевич</i>	аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, Центр косметологии и пластической хирургии ФПК и ПП, врач-анестезиолог-реаниматолог
<i>Шаламова Елизавета Сергеевна</i>	соискатель кафедры педиатрии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-аллерголог-иммунолог ДГКБ №9

<i>Шатров Илья Михайлович</i>	соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач ООО «Мегадент-Клиник»
<i>Шулева Ольга Михайловна</i>	соискатель кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач акушер-гинеколог ГKB №24
<i>Щанова Наталья Олеговна</i>	соискатель кафедры поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России
<i>Щербинина Мария Николаевна</i>	аспирант кафедры УЭФ ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, провизор-технолог МБУ ЦГБ №20
<i>Юшкова Оксана Анатольевна</i>	соискатель кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, зам.директора ООО «Уральский центр кинезиотерапии», врач –невролог
<i>Яковлева Полина Николаевна</i>	аспирант ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, врач-невролог ГБУЗ СОКБ №1

**Философия медицины – самосознание терапии. Вызовы времени  
и современная российская медицина**

Сборник статей и тезисов докладов.

Рекомендовано к изданию Ученым Советом медико-профилактического  
факультета протокол №7 от 28 марта 2014 года.

Редактор Кривонищенко В. В.