



федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра нормальной физиологии

Кувшинов Д.Ю.

«Этические основы медицины»

Учебно-методическое пособие по проведению практических занятий для аспирантов, обучающихся по Федеральному государственному образовательному стандарту высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации (аспирантура), утвержденного приказом Минобрнауки от 3 сентября 2014 года № 1200, и учебному плану подготовки аспирантов в ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура) по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина, направленности (профилю) 14.01.01 - акушерство и гинекология

ЗАОЧНОЕ ОБУЧЕНИЕ

Кемерово 2019

УДК [61:17](075.9)(076.5)

ББК 5:87.75я73

К 885

Кувшинов, Д. Ю. Этические основы медицины: учебно-методическое пособие по проведению практических занятий для аспирантов, обучающихся по Федеральному государственному образовательному стандарту высшего образования по подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура), утвержденного приказом Минобрнауки от 3 сентября 2014 года № 1200, и учебному плану подготовки аспирантов в ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура) по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина, направленности (профилю) 14.01.01 - акушерство и гинекология ЗАОЧНОЕ ОБУЧЕНИЕ / Д. Ю. Кувшинов. – Кемерово, 2019. – 129 с.

Учебно-методическое пособие включает в себя цель, задачи, тематику практических занятий, вопросы и тестовые задания для самоконтроля, рекомендуемый список литературы для очных аспирантов.

Учебно-методическое пособие подготовлено в соответствии с действующим Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура), утвержденного приказом Минобрнауки от 3 сентября 2014 года № 1200.

Учебно-методическое пособие предназначено для заочных аспирантов, обучающихся по учебному плану подготовки аспирантов в ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура) по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина, направленности (профилю) 14.01.01 - акушерство и гинекология, заочное обучение.

Автор:

Кувшинов Дмитрий Юрьевич – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой нормальной физиологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России

Рецензенты:

Лисаченко Г.В. – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой патологической физиологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России

Начева Л.В. – д-р биол. наук, профессор, заведующая кафедрой биологии с основами генетики и паразитологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России

Рекомендовано Центральным методическим советом Кемеровского государственного медицинского университета в качестве учебно-методического пособия по проведению практических занятий для аспирантов, обучающихся по Федеральному государственному образовательному стандарту высшего образования по подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура), утвержденного приказом Минобрнауки от 3 сентября 2014 года № 1200, и учебному плану подготовки аспирантов в ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура) по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина, направленности (профилю) 14.01.01 - акушерство и гинекология, очное обучение, протокол № от " " 2019 года.

© ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	4
Раздел 1. Основные биоэтические и этические проблемы в системе здравоохранения.....	5
ТЕМА 1 Тема 1. Введение в биоэтику. Возникновение и развитие биоэтики.....	5
Раздел 2. Клиническая биоэтика.....	21
ТЕМА 1 Человек и болезнь	21
ТЕМА 2 Врач и больной.....	35
ТЕМА 3 Жизнь - биоэтические аспекты.....	57
ТЕМА 4 Биоэтические аспекты проблемы умирания и смерти.....	70
ТЕМА 5 Этические проблемы дефектов оказания медицинской помощи.....	88
ТЕМА 6 Биоэтические проблемы современной генетики	102
ТЕМА 7 Эксперименты на человеке и на животных с биоэтическими позициями.....	113
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	128

ВВЕДЕНИЕ

«Этические основы медицины» являются элементом программы по направлению подготовки по направленности подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина, направленности (профилю) 14.01.01 - акушерство и гинекология, заочное обучение, входит в вариативную часть Б1.В.ДВ дисциплины по выбору.

Цель обучения – заочная подготовка специалиста высшей квалификации, способного самостоятельно выполнять научные исследования и вести педагогическую деятельность с использованием современных достижений медицинской науки и практики, формирование у аспирантов знаний в области биоэтики; представлений о современных морально-этических проблемах, существующих в медицине; воспитании глубокой убежденности в необходимости неукоснительного соблюдения деонтологических норм и правил в своей профессиональной деятельности.

Задачи изучения дисциплины

- формирование целостного представления о новейших зарубежных и отечественных разработках в области биомедицинской этики, нормах и принципах международного и российского права, касающихся рассматриваемых проблем;
- формирование биоэтического отношения к профессии медицинского работника;
- выработка умений проводить анализ ситуаций сложного морального выбора и принимать правильные решения;
- овладение технологией преподавания вопросов этики, права в высшем учебном заведении;
- формирование навыков общения и взаимодействия с пациентами и их родственниками, коллегами.

РАЗДЕЛ 1. ОСНОВНЫЕ БИОЭТИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тема 1. Введение в биоэтику. Возникновение и развитие биоэтики

Цель занятия

Формирование представления об общих этических ценностях, связанных с такими понятиями как долг, честь, достоинство, правдивость, справедливость.

Задачи занятия

- формирование у аспирантов представлений о моделях, принципах, правилах медицинской этики, восприимчивости аспирантов к этической проблематике;
- обучение аспирантов практическим умениям в области медицинской этики.

План практического занятия

1. Контроль исходного уровня знаний.
2. Выполнение учебных задач.
3. Контроль практических навыков.
4. Выходной контроль уровня знаний.

В результате изучения темы **аспирант должен**

Знать	Уметь	Владеть
- основные этические термины и понятия; - морально-этические нормы профессиональной	- использовать методы и приемы анализа этических проблем; - использовать морально-этические нормы, правила и принципы врачебной деонтологии и медицинской этики и	- знаниями для решения проблемных этических правовых вопросов профессиональной деятельности

врачебной этики;	профессионального поведения в своей деятельности	врачебного практической
------------------	--	----------------------------

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ И БЮДЖЕТ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. Дайте понятие биоэтики.
2. Предмет и функции биоэтики.
3. Основные принципы биоэтики.
4. Укажите разницу между нравственностью и моралью.
5. Назовите этические аспекты в клинической медицине.
6. Этика, медицинская этика, деонтология и биоэтика: соотношение понятий и проблем.

Самостоятельная работа аспирантов - выполнение учебных задач по теме "Введение в биоэтику. Возникновение и развитие биоэтики".

Задача 1.

В ЛОР-отделение поступил ребенок со снижением слуха. После полного обследования поставлен диагноз "двусторонняя нейросенсорная тугоухость", ребенок нуждается в слуховом аппарате. Родители беженцы, денег на покупку слухового аппарата нет. Врачи отделения нашли фирму, оплатившую в виде спонсорской помощи покупку слухового аппарата.

Назовите принцип, которым руководствовались врачи?

Задача 2.

Больной 80 лет, ветеран ВОВ поступил в стационар. В связи с отсутствием свободных мест в палатах был определён в коридор. Больной требовал перевести его в палату, ссылаясь на заслуги перед отечеством. Больной в последствие первым из пациентов, находящихся в коридоре, был переведен в палату.

Какой принцип биоэтики определил такое решение? Назовите основные критерии этого принципа?

Задача 3.

После выполнения профилактической прививки возникли поствакцинальные осложнения.

Какой из принципов биоэтики был нарушен? Обоснуйте ответ.

Задача 4.

Во время проведения хронического гемодиализа произошло заражение больного ВИЧ-инфекцией.

Какой из принципов биоэтики был нарушен? Обоснуйте ответ.

Задача 5.

При обследовании больного врач допустил неосторожное высказывание о неизлечимости заболевания, которое впоследствии оказалось неправильным.

Какой из принципов биоэтики был нарушен? Обоснуйте ответ.

Тестовые задания к занятию

1. Становление этики как науки в западной культуре произошло:

1) *в классический период в Древней Греции;

- 2) в эллинистический период Древней Греции;
- 3) в период формирования монотеистических религий.

2. Третий этап развития медицинской этики связан с:

- 1) *созданием медицинских факультетов университетов;
- 2) развитием капиталистических отношений;
- 3) формированием монотеистических религий.

3. Деонтология – это:

- 1) *раздел этики, занимающийся проблемами долга и должного;
- 2) раздел этики, изучающий мораль в различных типах общества;
- 3) раздел медицины, занимающийся философскими проблемами врачевания.

4. Термин “биоэтика” впервые использовал:

- 1) *В.Р. Поттер;
- 2) И. Бентам;
- 3) А. Швейцер;

5. Философ, который выдвинул учение о категорическом императиве, где признавалось за этикой право формулировать абсолютные требования:

- 1) Аристотель;
- 2) *И. Кант
- 3) И. Бентам;
- 4) Д. Юм.

6. Утилитаризм – это:

- 1) *принцип оценки всех процессов, явлений и предметов только с позиции их полезности;

- 2) нравственная теория справедливости;
- 3) теоретическая концепция этики, в основе которой лежит автономное и свободное следование сознанию долга.

7. Какое из приведенных ниже определений соответствует первоначальному значению термина “биоэтика”:

- 1) этика врача;
- 2) *наука выживания, “мост в будущее” – “мост между биологией и этикой”;
- 3) деонтология;
- 4) культурология.

8. Назовите новейшую биоэтическую проблему начала XXI века:

- 1) *клонирование животного, человека и его органов;
- 2) пересадка органов и тканей;
- 3) новые репродуктивные технологии (зачатие в пробирке, суррогатное материнство и др.);
- 4) врачебная тайна;
- 5) аборт.

9. Медицину и этику объединяет:

- 1) *человек как предмет изучения;
- 2) методы исследования;
- 3) овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях;
- 4) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им.

10. Этика – это:

- 1) наука об отношении живых существ между собой;
- 2) *наука о морали;
- 3) наука о минимизации зла в человеческих отношениях;
- 4) наука об умении правильно себя вести в обществе.

11. Долг – это то, что исполняется в силу:

- 1) профессиональных обязанностей;
- 2) веления времени;
- 3) *требования совести и следствия морального идеала;
- 4) идеологического обоснования общественного прогресса;
- 5) приказа начальника;
- 6) обоюдной выгоды;
- 7) требования близких людей.

12. Мораль – это:

- 1) *отклассифицированные культурой по критерию “добро-зло” отношения и нравы людей;
- 2) совокупность научных фактов;
- 3) область научного знания, касающаяся всеобщих законов развития общества;
- 4) философское учение;
- 5) строгое соблюдение законов и конституции.

Дидактический материал к практическому занятию

БИОЭТИКА представляет собой важную часть философского знания. Формирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще и медицинской этики в частности. Оно обусловлено, прежде всего, резко усиливающимся

вниманием к правам человека (в медицине - это права пациента, испытуемого и т. д.) и созданием новых медицинских технологий, порождающих множество острейших проблем, требующих юридического и морального регулирования, таких как: определение начала и конца человеческой жизни, проведение искусственного оплодотворения, экстракорпорального оплодотворения (зачатие в пробирке), пренатальной (дородовой диагностики), применение контрацепции и стерилизации, оказание помощи психически больным, ВИЧ-инфицированным, умирающим больным, решение допустимости или недопустимости эвтаназии (активной и пассивной), аборта, экспериментов над людьми, клонирования человека. Решение многих выше указанных проблем ставит под сомнение ценность человеческой жизни, её уникальность и неповторимость. Некоторые медицинские манипуляции имеют слабо регулируемую правовую базу, либо вообще её не имеют. До сих пор официально не определен правовой статус человеческого эмбриона. Остается неопределенной судьба «сверх числа» эмбрионов в случае экстракорпорального оплодотворения. Кто имеет право на ребенка: «суррагатная мать», выносившая и родившая его, или родители, заказавшие рождение этого ребенка?

Так же очень остро медицина сталкивается с вопросами морально-этического характера по отношению к смерти, в частности, определение надежного критерия смерти, «ассистируемое врачом самоубийство» - добровольная активная эвтаназия, длительное продление умирания с применением жизнеподдерживающей терапии, право на «святую ложь» в онкологии, право на донорство в трансплантологии и многое другое.

В условиях нового времени врач вынужден решать неоднозначные проблемы, делая сложный выбор на основе морально-нравственных норм и этических ценностей. Ещё со времен Гиппократов общепризнано, что нравственная культура врача - это не просто заслуживающее уважение

свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм.

Основные понятия

Этика - наука о морали и нравственности, которая определяет взаимоотношения людей в семье, в трудовом коллективе, в обществе. Этика учит понимать добро, зло, справедливость, оказывает влияние на интересы и поступки людей. Вся целенаправленная деятельность человека, особенно медицинская, имеет этическую основу.

Человек должен жить и поступать в соответствие с золотым правилом этики, то есть относиться к другим людям так, как бы он хотел, чтобы относились к нему. Особенностью профессиональной деятельности медика является сохранение здоровья и спасение жизни людей. Эта деятельность регламентируется специальным разделом общей этики – медицинской этикой.

Медицинская этика - совокупность этических норм, правил, принципов поведения медицинского персонала по отношению к пациентам и их родственникам. Прямое же руководство к действию "как должно поступать в той или иной конкретной ситуации или как поступать нельзя" содержится в подразделе медицинской этики – деонтологии.

Термин «деонтология» происходит от греч. *deon* – должное, долг и *logos* – учение, слово, т.е. учение о должном. Впервые это понятие было предложено юристом, философом И.Бентамом, в начале 19-го века в Англии. В отечественную медицинскую литературу впервые термин «деонтология» был введен выдающимся хирургом - онкологом Н.Н.Петровым.

Медицинская деонтология – это учение о долге и принципах поведения медицинского персонала, направленное на создание максимально благоприятных условий для эффективного лечения больного. Деонтология должна рассматриваться как наука о моральном,

эстетическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу – заботе о здоровье и жизни человека. Основой изучения медицинской деонтологии является подготовка хорошего врача профессионала, владеющего медицинскими знаниями и морально – этическими нормами. Знающий врач – это хорошо подготовленный в профессиональном отношении специалист. А хороший врач, кроме этого, должен обладать необходимыми для своей профессии душевными качествами, которые определяют его нравственный облик, положительно влияют на его профессиональные взаимоотношения с пациентом, семьей и родственниками пациента, сотрудниками по работе, коллегами. Другими словами, деонтология рассматривает специфические критерии долга, является собранием правил, инструкций, то есть того, что является кодексом чести и обязывает выполнение установленных для профессиональных медиков норм. Врач обязан действовать только во благо своему пациенту. В настоящее время это оказывается не всегда возможным. Дело в том, что современная медицина владеет новейшими технологиями (трансплантация, реаниматология, генотерапия, искусственное зачатие и т.д.), разнообразием лекарственных средств, которые активно внедряются в практическую медицину, что не всегда приносит пользу, а зачастую даже вред. Это значит, что наука научилась давать жизнь, сохранять жизнь, продлевать жизнь, а также нашла эффективные способы эту жизнь отнимать. Между врачом и пациентом складываются особенные отношения, возникает большое количество конфликтов морально–этического и правового характера в основе которых лежит нарушение прав человека в вопросах его жизни и здоровья. К тому же медицина становится платной, а известно, где речь идет о деньгах - там реже рассматриваются вопросы нравственности. Защитить каждого отдельно взятого человека в целом на всех этапах его развития, от рождения и до смерти, призвана биоэтика.

Термин "биоэтика" предложил американский биолог В. Поттер. В книге "Биоэтика мост в будущее" (1971) он определил эту науку как новую дисциплину, как науку выживания, как мост между биологией и этикой - отсюда "биоэтика".

Биоэтика – новое мультидисциплинарное этическое учение, обобщающее опыт медицины, философии, этики, психологии, религии и права в решении моральных, юридических и социальных проблем, вызванных современными достижениями медицины и биологии. Она защищает пациента от зла, которое мог бы причинить ему медицинский работник, используя новые технологии. Биоэтика учит ученого, врача, провизора, фельдшера, медсестру достигать блага для пациента, не допускать нанесения вреда, уважать его личность и свободу выбора, поступать в соответствии с принципом справедливости. Эта наука нужна любому человеку независимо от возраста, от уровня образования, от вида профессиональной деятельности потому, что она учит правильно относиться к самым большим ценностям человека - жизни и здоровью и жить в гармонии с этим миром.

Основная цель биоэтики: защитить каждого отдельно взятого человека от возможных негативных влияний на его жизнь и здоровье со стороны медицины и биологии.

Основные разделы

1. Общая (пропедевтическая) биоэтика
2. Специализированная (клиническая) биоэтика

Основные принципы

1. Принцип "не навреди" ("*primum non nocere*")

Принцип "не навреди" называют Гиппократовым принципом. Это старейший принцип в медицинской этике. В своей знаменитой клятве Гиппократ писал: "Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого

вреда и несправедливости". Вред есть зло – уничтожение, разрушение блага; все что противоречит нравственному идеалу, препятствует достижению счастья и гуманности в отношениях между людьми.

Медицинская, врачебная профессия является одной из самых гуманных профессий. Она направлена на сохранение жизни и восстановления здоровья человека. В клинической практике существуют ситуации, когда действия врача причиняют пациенту вред. Например, врач проводит обследование и причиняет пациенту боль или назначая лекарственный препарат неминуемо получает побочные реакции. Невнимательное отношение врача к пациенту, грубое обращение, насмешливая интонация, некорректно сформулированная фраза способны причинить вред и вызвать не желаемые последствия. В некоторых ситуациях вред может оказываться не в прямом общении с врачом, а через третье лицо. Например, разглашение врачебной тайны (нарушение правила конфиденциальности) Проявление небрежности, отсутствие профессионализма в медицинской деятельности, также причиняет вред. Однако опасным бывает не только действие, но и бездействие врача. Например, пациенту необходима срочная медицинская помощь, но врач занят с другим тяжелым пациентом. В этом случае можно говорить о случайных негативно сложившихся обстоятельствах. Совершенно по другому расценивается ситуация, когда врач делает себе отдых, откладывая оказание помощи, или проходит мимо пострадавшего на дороге (внештатная ситуация).

В большинстве случаев причинение вреда врачом является не умышленным, не желаемым, но иногда врач может воспользоваться своим положением и действуя из корыстных побуждений назначать биологически активные добавки, заменяя ими лекарственные препараты, или необоснованно увеличивать объем платной медицинской помощи.

Пациент обращается к врачу исключительно за помощью, при этом

врач, воздействуя на пациента, даже при желании, не всегда может избежать вреда. В таком случае говорят об объективно необходимом вреде.

Вывод, если медицинский вред и неизбежен, то он должен быть минимальным.

2. Принцип "делай благо"

Принцип "делай благо" - восходящий к учению Парацельса. Принцип "делай благо" (или "твори добро") – это норма, требующая позитивных действий. Добро есть все, что направленно на созидание, сохранение и укрепление блага. Исходя из того, что гуманистическая этика отдает предпочтение Человеку, его уникальности и неповторимости, его интересам и потребностям, первый критерий добра – все, что способствует самореализации сущности человека, его самораскрытию, самовыявлению; второй критерий добра – гуманизм и все, что связано гуманизацией человеческих отношений.

В категории добра воплощаются представления людей о наиболее положительном в сфере морали, о том, что соответствует нравственному идеалу. Врачевание это тот вид деятельности, который призван нести добро, исцелять тело и душу больного. Но благо для одного человека может быть злом для другого. Например, врач назначает современное дорогостоящее лечение, с его позиции это благо, пациент не может его оплатить – нет блага. Понимание блага врачом и пациентом может быть разным. Возникает вопрос: "Как следует направлять медицинскую практику на принесение существенного блага?" Ответ: "При принятии важных профессиональных решений врач должен полагаться на *"Золотое правило"* этики (*"относись к другим людям так, как бы ты хотел чтобы они относились к тебе"*)". Для того, чтобы содействовать благу пациента, врач должен соблюдать его права и выполнять свои обязанности.

Вывод: принцип благотворительности и милосердия составляет

сердцевину призвания врачей и других медицинских работников. Он ориентирует медиков из чувства сострадания руководствоваться прежде всего благом конкретного пациента, отодвигая на второй план иные мотивы своей деятельности: познавательные, педагогические, коммерческие и т. д.

3. Принцип уважения автономии пациента

В настоящее время этот принцип в биоэтике является основополагающим. Автономия – это свобода, которая проявляется в выборе направления и способов деятельности. В свободе выбора человек проявляет себя как личность – самостоятельная и творческая.

Уважение человека как личности исходит из признания и уважения самодовлеющего значения его свободной воли, права и возможности играть определяющую роль при принятии решений, затрагивающих его телесное и (или) социальное благополучие. Человек должен рассматриваться как «хозяин» своего тела, без чьего осознанного и добровольного разрешения в принципе, не должны проводиться никакие манипуляции: исследовательские, профилактические, диагностические и лечебные. Ему также принадлежат определенные права на доступ, контроль и распоряжение клинической, медико-биологической и иной информацией, полученной медиками в рамках проводимого ими исследования.

Человек уважается как личность, если он на деле признается в качестве ответственного «автора» своей неповторимой и уникальной истории жизни (биографии) .

Выбор является свободным, когда к нему подключены все интеллектуальные и волевые способности личности и когда моральные требования сливаются с её внутренними потребностями. Выбор считается не свободным, когда присутствуют чувство страха или долга, вызванные внешним принуждением или произволом, а волеизъявление между *хочу*,

могу и надо. Свобода и ответственность находятся в прямой зависимости: чем шире свобода, тем больше ответственность. Врачу важно знать и понимать, что следствием свободы выбора является ответственность пациента, прежде всего ответственность за конкретные действия и поступки перед врачом и перед самим собой. Только в этом случае можно рассчитывать на эффективный результат взаимодействия.

В биоэтике под автономией пациента понимают его право:

- на выбор лечения,
- на полную и правдивую информацию о состоянии своего здоровья,
- на контроль за медицинским вмешательством,
- на отказ от медицинского вмешательства.

Другими словами, у пациента есть свобода выбора, свобода действия, способность эффективно обдумывать ситуацию.

Принцип уважения автономии пациента в биоэтике означает обязанность медицинского работника уважительного обращения к пациенту, раскрывая информацию и способствуя автономному принятию решения.

Следует отметить, что действие принципа уважения автономии пациента имеет ограничения в отношении тех, кто не в состоянии принимать самостоятельные правильные рациональные решения. Это касается детей (в возрасте до 15 лет), пациентов с некоторыми психическими заболеваниями, пациентов, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, пациентов без сознания. В этом случае интересы пациента представляют родственники или законные представители. Ограничение автономии может быть оправданным если выбор пациента (или его законных представителей) ставит под угрозу общественное здоровье.

4. Принцип справедливости

Справедливость – это принцип, регулирующий отношения между людьми как членами сообщества и в качестве таковых имеющими определенный статус, наделенными обязанностями и правами. Справедливость это то, что содействует общему благу.

Этот принцип необходим в решении вопроса о распределении благ, услуг в сфере здравоохранения. Речь идет о справедливом распределении, если есть ограничения ресурсов. Любая концепция распределения вынуждена учитывать следующие обстоятельства: уважение личности человека, потребность как основа права на благо, допущение некоторого неравенства, последствия (экономические, политические) реализации любого стандарта распределения.

Если исходить из положения о том, что все люди от природы равны, следовательно, распределять блага надо поровну, но это противоречит с наличием неравных потребностей.

Распределение благ по достоинству допускает неравенство распределения. Чем больше у человека достоинств и заслуг перед обществом, тем он больше получает благ. На первый взгляд это распределение кажется справедливым. Но как можно судить о достоинствах маленького ребенка перед обществом? Следовательно, несправедливо будет проводить границу между "достойным" и "недостойным", т.к. это отрицает достоинства человека, основанные на уникальности его личности.

В настоящее время очень многие услуги в медицине платные, т.е. имеются ограничения в их получении. "Имущий" пациент негласно имеет право на медицинскую помощь, а "неимущий" – нет. Такое отношение препятствует сохранению достоинства личности.

Если взять за основу распределения критерий потребности, будет ли это справедливым? Когда пациент демонстрирует потребность в специализированном лечении в большом объеме просто потому, что он так

хочет. Сложность заключается в правильном разделении потребности и желания. Желания могут намного превышать реальные потребности, поэтому использовать данный критерий будет ошибочным, т.к. это разорит ресурсы любого общества.

Вывод наиболее предпочтительным в системе распределения ресурсов здравоохранения должен являться критерий базовых потребностей. Общество, проявляя заботу о своих гражданах, должно стремиться обеспечить каждому достойный минимум медицинского обслуживания независимо от финансовых, расовых, национальных и любых других различий. Справедливость предполагает принципиальное равенство возможностей для людей с точек зрения:

а) доступности медицинской помощи и распределяемых медицинских услуг;

б) вероятности разделить бремя риска для здоровья и жизни, страданий и ответственности.

РАЗДЕЛ 2 КЛИНИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

ТЕМА 1 Человек и болезнь.

Цель занятия

Подготовка врачей, способных эффективно анализировать и разрешать этические проблемы, возникающие в профессиональной деятельности медицинского работника, в том числе в клинической практике.

Задачи занятия

- обучение аспирантов биоэтическим аспектам понимания болезни;
- формирование у аспирантов представления о влиянии болезни на физическое, психическое и социальное состояние человека.
- обучение правилам профессионального взаимодействия врача с пациентом на различных этапах оказания медицинской помощи

В результате изучения темы **аспирант должен**

Знать	Уметь	Владеть
1. Определение здоровья, факторы на него влияющие. 2. Определение болезни, её этической значимости. 3. Влияние болезни на физическое, психическое и социальное состояние человека. 4. Права пациента	1. Использовать в практической деятельности основные медико-этические особенности профессионального взаимодействия врача с пациентом на различных этапах: обследование, постановка диагноза, назначение лечения, осуществления медицинского вмешательства 2. Применять различные этические способы разрешения конфликтов	1. Знаниями для решения конфликтов во врачебной деятельности в системе "врач-пациент"

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ И БЮДЖЕТ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. Дайте понятие здоровья и перечислите факторы, влияющие на него, их значение и взаимосвязь.
2. Дайте понятие адаптации, ее виды и причины дезадаптации.
3. Влияние болезни на физическое, психическое и социальное состояние человека. Особенности поведения больного.
4. Медико-этические особенности профессионального взаимодействия врача с пациентом на различных этапах медицинского вмешательства.
5. Права пациентов.

Самостоятельная работа аспирантов - выполнение учебных задач по теме " Человек и болезнь".

Задача 1.

Больная Н. Возраст 10 лет.

Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна – с ней случится приступ. Девочку мучит бессонница. Из-за страха ночных приступов. Постоянно думает о своем заболевании. Мама вынуждена была уволиться с работы. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями: девочка не может ходить в школу, не приглашает в гости друзей (боится подхватить простуду, которая спровоцирует приступ)

Определить тип реакции на болезнь.

Задача 2.

Больная М. Возраст 26 лет, по специальности – врач.

Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Больная решила, что у нее сепсис, возникли обвинения в адрес врачей. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период больная восприняла как признаки инфекционного процесса.

Определить тип реакции на болезнь.

Задача 3.

Больной Л., 19 лет.

Имеет незначительный кожный дефект на носу – след перенесенного в детстве абсцесса. Больной испытывает чувство собственной неполноценности, не может сосредоточиться на учебе. Хирурги отказываются делать пластическую операции., поскольку дефект совсем незначительный.

Оцените правильность действий медицинского персонала.

Задача 4.

Больному свойственно снижение настроения, возникновение напряженности, пониженная самооценка, ослабление побуждений к деятельности, пессимистическая оценка перспективы. Для больного характерны такие утверждения: « Мне не хватает уверенности в себе», «Меня одолевают мрачные мысли», «Я недостаточно способен и сообразителен».

Какому из вариантов отношения к болезни соответствуют данная задача.

Задача 5

У больного присутствуют беспокойство за состояние своего здоровья, которое возникает на фоне высокого уровня тревоги. Пациент испытывает ощущение неблагополучия, состояние неопределенной угрозы, немотивированные опасения. Характерны следующие высказывания: «Я не раз бросал начатое дело потому, что считал, что не справлюсь с ним», «У меня есть привычка считать разные ненужные мне вещи, например, лампочки, освещенные окна и т.д.».

Какому из вариантов отношения к болезни соответствуют данная задача.

Задача 6

У больного присутствует постоянная озабоченность своим физическим состоянием: пессимизм, склонность к жалобам, неверие в успех лечения, постоянное самонаблюдение. Исходное повышенное внимание к себе сочетается с недостаточной способностью контролировать свои эмоции. По отношению к окружающим характерны несговорчивость, упрямство.

Какому из вариантов отношения к болезни соответствуют данная задача.

Тестовые задания к занятию

1. Одним из основных принципов биоэтики является:

- 1) *принцип автономии личности;
- 2) принцип патернализма;
- 3) деонтологический принцип.

2. Одним из основных правил биомедицинской этики является:

- 1) правило “не убий”;
- 2)*правило правдивости;
- 3) правило бескорыстия.

3. Компетентным в этическом отношении является лицо, достигшее возраста:

- 1) 18 лет;
- 2) *15 лет;
- 3) 14 лет;
- 4) 21 года.

4. Оказание медицинской помощи является формой проявления:

- 1) привилегии для определенных слоев обществ;
- 2) *милосердия и социальной справедливости;
- 3) экономической заинтересованности профессионалов;
- 4) рыночно-ориентированного разделения труда и источник прибыли.

5. Какой из перечисленных принципов является основным для деонтологической модели биомедицинской этики:

- 1) *исполняй долг;
- 2) не прелюбодействуй;
- 3) храни врачебную тайну;
- 4) помоги коллеге.

6. Что отличает моральное регулирование медицинской деятельности от правового:

- 1) *свобода выбора действия;
- 2) произвольность мотива деятельности;
- 3) уголовная безнаказанность;
- 4) социальное одобрение.

7. К формам социальной регуляции медицинской деятельности не относятся:

- 1) этика;
- 2) мораль;
- 3) право;
- 4) этикет;
- 5) *искусство.

8. Ценность человеческой жизни в биоэтике определяется:

- 1) возрастом (количество прожитых лет);
- 2) психической и физической полноценностью;
- 3) расовой и национальной принадлежностью;
- 4) финансовой состоятельностью;
- 5) *уникальностью и неповторимостью личности.

9. Для современной модели профессиональной морали (биоэтики) – основным принципом является:

- 1) принцип исполнения долга;
- 2) принцип «не навреди»;
- 3) принцип приоритета науки;
- 4) *принцип приоритета прав и уважения достоинства пациента;
- 5) принцип невмешательства.

10. Вмешательство в сферу здоровья человека может осуществляться:

- 1) *на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного;
- 2) на основании медицинских показаний;
- 3) на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности;
- 4) на основании требования родственников;
- 5) на основании извлечения финансовой выгоды.

11. Реклама лекарственных средств не должна касаться показаний по таким заболеваниям, как:

- 1) *туберкулез и заболевания, передаваемые половым путем;
- 2) онкологические заболевания и заболевания суставов инфекционной природы;
- 3) психические заболевания и вирусные заболевания,
- 4) сахарный диабет и болезни кожи.

Дидактический материал к практическому занятию

Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. (ВОЗ). В настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию. Определяя здоровье, берем за основу три компонента: физический, психический и социальный.

Определить степень физического здоровья (или другими словами *внешнюю картину здоровья*) человека возможно, используя методы исследования, контролирующие работу органов и систем. Психическое состояние человека очень сложно оценить в отличие от физического компонента здоровья. В целом состояние психического здоровья определяют как *внутреннюю картину здоровья*.

Внутренняя картина здоровья – это составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном, которая позволяет оптимально без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность.

Социальный компонент определяется условиями жизни человека, уровнем образования, культуры, семейным положением, неразрывно связан с понятием физического и психического здоровья.

Все 3 компонента тесно взаимосвязаны между собой.

Состояние, которое стоит на границе между здоровьем и болезнью, называют предболезнью или *преморбидным*. Преморбидное состояние сопровождается едва заметными расстройствами функций организма, протекающими либо скрыто, либо с ощущениями легкого недомогания, общей усталости, слабости, утомляемости и др. *Болезнь* – это жизнь поврежденного организма при участии процессов компенсации нарушенных функции. Болезнь – категория противоположная здоровью, которая изменяет существование организма в целом.

Различают *внешнюю и внутреннюю картину болезни*.

Внешняя картина болезни складывается из внешнего вида больного и показателей, характеризующих нарушения функций (например, боль, тошнота, рвота, потеря сознания и т.п.).

Внутренняя картина болезни (ВКБ) (или ее еще называют аутопластическая) – это то, что испытывает и переживает больной, всю

массу его ощущений не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самоанализ, самонаблюдения, его эмоции, переживания. Все это выражается в психологической реакции личности на сам факт заболевания и его последствия.

В формировании внутренней картины болезни выделяют несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1. ***болевая сторона болезни (уровень ощущений)*** – локализация боли, неприятных ощущений, их интенсивность, длительность и т.п.;
2. ***эмоциональная сторона болезни*** ощущения и переживания болезни и всей ситуации, с ней связанной;
3. ***интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень)*** – связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениях причинах и последствиях;
4. ***волевая сторона болезни (мотивационный уровень)*** - связана с определенным отношением к своей болезни, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, направления деятельности для излечения болезни.

На основании перечисленных сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет "масштаб переживаний" и поведение в целом.

Между существующей реальностью и "моделью заболевания" больного часто нет соответствия. Значение болезни в восприятии больного может быть как преувеличенным, так и уменьшенным вплоть до полного отрицания болезни как таковой.

Внутренняя картина болезни характеризует целостное отношение пациента к заболеванию, что определяет поведение человека во время болезни.

Это очень важно понимать врачу, чтобы выстраивать доверительные отношения со своим пациентом и эффективно взаимодействовать.

Стороны ВКБ определяется двумя группами факторов:

1. социально-конституциональными (пол, возраст, профессия);
2. индивидуально-психологические (темперамент, характер, личностные особенности).

Различают следующие виды *масштабов переживания* болезни:

1. Нормозогнозия - когда больные правильно оценивают свое состояние их оценка совпадает с оценкой врача;
2. Гипернозогнозия – когда больные переоцениваю значимость отдельных симптомов;
3. Гипонозогнозия – когда больные недооценивают тяжесть заболевания;
4. Диснозогнозия – когда у больных наблюдается искажение восприятия и отрицание наличия болезни и её симптомов. Например, симуляция, диссимуляция, аггравация;

Симуляция – притворство, с помощью которого "больной" стремится создать впечатление о наличии болезни.

Например, призывник не желающий служить в армии.

Аггравация – сознательное преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб.

Например, когда человек не желает возвращаться в привычную ему обстановку. Бездомный человек принимает за благо находиться в больничном учреждении, или одинокий пожилой человек не желающий возвращаться в пустое жилье.

Диссимуляция – сознательное скрывание болезни и её признаков. Больной не желает признавать наличие у себя заболевания, отрицает серьезность болезни, отказывается от лечения, проявляет необоснованный

оптимизм в отношении прогноза. Другими словами больной положительно относится к болезни, поскольку не допускает факт её существования.

5. Анизогнозия – когда больные полностью отрицают болезнь как таковую; типична для больных с алкоголизмом, наркоманией.

Выделяют три главных типа реакций больного на свое заболевание: стеническая, астеническая, рациональная

Стеническая реакция характеризуется активной жизненной позицией к лечению и обследованию.

Астеническая – характеризуется склонностью к пессимизму и повышенной мнительности.

Рациональная реакция характеризуется реальной оценкой ситуации и рациональным уходом от фрустрации.

Классификация личностной реакции на болезнь по характеру взаимодействия между врачом и пациентом.

1. *Содружественная реакция.* Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они с первых же дней заболевания становятся помощниками врача. Они пунктуальны, доброжелательны, исполнительны, послушны, безгранично доверяют своему врачу.

2. *Спокойная реакция.* Эта реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально – волевыми процессами. Они пунктуальны, спокойно реагируют на все указания врача, исполнительны, легко контактны. Основное отличие от первого типа в том, что эти больные могут не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

3. *Неосознаваемая реакция.* Эта реакция характерна для лиц с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями и имеет роль психологической защиты.

4. *Следовая реакция.* Эта реакция характерна для лиц с повышенной мнительностью, внушаемостью. Несмотря на то, что заболевание

закончилось благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещают лечебное учреждение и считают, что стали хроническими не излечимыми больными.

5. *Негативная реакция.* Эта реакция характеризуется подозрительностью, недоверчивостью больных. Сложно контактируют с врачом не прислушиваются к советам врача, часто вступают в конфликт с медицинским персоналом.

6. *Паническая реакция.* Больные легко внушаемы, всего боятся, непоследовательны, лечатся сразу в нескольких учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны ошибочны.

7. *Разрушительная реакция.* Эта реакция характеризуется неадекватностью, неосторожностью больных. Такие больные игнорируют все указания врача, не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятны.

Типы отношения к болезни

1. *Гармонический* – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. *Эргопатический* – "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность.

3. *Анизогностический* – активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется".

4. *Тревожный* – непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.

5. *Ипохондрический* – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. *Неврастенический* – поведение по типу "раздражительной слабости". Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.

7. *Меланхолический* – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

8. *Апатический* – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. *Сенситивный* – чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. *Эгоцентрический* – "уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) с медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информацию о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката и ли иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на представление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

Тема 2 Врач и больной.

Цель занятия

Подготовка врачей, способных эффективно анализировать и разрешать этические проблемы, возникающие в профессиональной деятельности медицинского работника, в том числе в клинической практике.

Задачи занятия

- обучение аспирантов искусству этического анализа;
- формирование у аспирантов представления о моральных ценностях (как профессиональные и личные, так и ценности своих пациентов), основополагающих в условиях регулирования и разрешения этических конфликтов.

План практического занятия

5. Контроль исходного уровня знаний.
6. Выполнение учебных задач.
7. Контроль практических навыков.
8. Выходной контроль уровня знаний.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ И БЮДЖЕТ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ

В результате изучения темы **аспирант должен**

Знать	Уметь	Владеть
1.принципы и правила взаимоотношения «врач-пациент»	1.использовать в практической деятельности основные	- знаниями для решения конфликтов во

<p>«врач – родственники» в акушерстве и гинекологии;</p> <p>2.основные этические документы отечественных и основных международных профессиональных акушеро-гинекологических общественных организаций;</p> <p>3.основные философские и религиозные концепции в современном обществе</p>	<p>этические документы отечественных и основных международных профессиональных врачебных общественных организаций;</p> <p>2.применять различные этические способы разрешения конфликтов в акушерстве и гинекологии</p>	<p>врачебной деятельности</p>
--	--	-------------------------------

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. В чем заключаются этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины?
3. В чем состоит понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности врача с этических позиций?
4. В чем заключается этика общемедицинского обследования при общеклиническом обследовании пациента?
5. В чем заключается этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к программам формирования здорового образа жизни, к повышению медицинской активности пациента?

Задача 1.

Больной, 61 год, музыкант-виртуоз, перенёс кровоизлияние в мозг, в результате чего наступил частичный паралич левых верхней и нижней конечностей. Врач назначил лечение, больной тщательно соблюдал все рекомендации. С удивительной настойчивостью он разрабатывал руку постоянными тренировками, все свои действия консультируя с врачом.

Результат такого взаимодействия: музыкант вновь занимается своим любимым делом, выступает с концертами.

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 2.

Консультируя женщину, принимавшую во время беременности талидомид, врач говорит: "Шансы не в пользу рождения нормального ребёнка, и, говорю Вам как врач, - в данной ситуации риск не оправдан."

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 3.

Больной К. обратился с жалобами на кровоточивость десён, неприятный запах изо рта, боль в зубах на горячую и холодную пищу. Осмотрев больного, врач поставил диагноз "пародонтоз". "Вероятно, Вам лучше всего пройти полный курс лечения, поскольку чисто гигиенических мероприятий будет недостаточно. Хорошо, что Вы своевременно меняете зубную щётку и пользуетесь рекомендованными зубными пастами. Замечательно, что Вы своевременно посещаете стоматолога. Я уверен, что совместными усилиями мы добьёмся хороших результатов лечения".

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 4.

К ЛОР-врачу обратилась больная К. с жалобами на частые простуды, боли в горле. Врач, осмотрев больную, поставил диагноз "хронический тонзиллит" и предложил: "В настоящее время разработаны эффективные методы коррекции хронического тонзиллита. Я предлагаю Вам пройти

комплексное лечение. В случае Вашего согласия я ставлю Вас на учёт, будете дважды в год проходить лечение и соблюдать все мои рекомендации. В случае несоблюдения Вами нашего договора гарантировать положительный результат лечения я не могу".

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 5.

На приём к врачу доставили девочку трёх лет. Осмотрев ребёнка врач поставил диагноз: дифтерийный круп. Обращаясь к родителям, он сказал: "Девочке ничего не поможет, кроме операции. Необходимо сделать трахеотомию. В противном случае ребёнок умрёт, другого решения быть не может."

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 6.

В глазную клинику обратился больной З. с жалобами на быструю утомляемость, сильную боль в глазах, ухудшение зрения. Обследовав больного врач поставил диагноз: миопия тяжёлой степени. "При миопии такой степени выраженности могу предложить Вам только хирургическое лечение," - предложил врач.

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 7.

В рентгеновском кабинете пациенту должны сделать рентгеноскопию желудка. Исследование должно подтвердить либо

опровергнуть подозрение на язву. Больной надеется, что подозрение не подтвердится, но врач-рентгенолог не сомневается, что у пациента язва.

- Разумеется, Вы будете жить, - отвечает врач на вопрос больного: "Завтра Ваш врач получит снимки и всё Вам скажет."

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 8.

Во время беременности женщина перенесла корьевую краснуху. Обследование плода выявило аномалию развития. Врач говорит: "шансы не в пользу рождения нормального ребёнка, и, говорю Вам как врач, - в данной ситуации риск не оправдан."

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 9.

Ребенок пяти лет боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде стоматологических инструментов. Врач покрикивает на ребенка и говорит: "Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной – вот посмотри, как она жужжит. А если это не поможет, то тебя положат в больницу, а маму отправят домой"..

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 10.

Больной оперируется по поводу аппендицита. Во время операции обнаружены признаки рака слепой кишки. Выполняется радикальная операция. Метастазы не выявлены.

Согласно какому принципу больной после операции должен быть поставлен в известность о причине расширения объема операции?

Задача 11.

На приеме в поликлинике ЛОР-врач обнаруживает у пациента опухоль гортани в ранней стадии, но не сообщает ему об этом, боясь за его психическое состояние. Он дает больному направление в онкологический диспансер, но пациент долгое время откладывает посещение онколога, мотивируя это отсутствием времени. В результате больной был доставлен в приемное отделение больницы бригадой "скорой помощи" с диагнозом "Стеноз гортани III степени. Рак гортани с прорастанием в пищевод".

Каким принципом руководствовался врач? Какой принцип был им нарушен? Обоснуйте ответ.

Задача 12.

У недоношенного ребенка в возрасте 40 недель от зачатия при электроэнцефалографическом исследовании обнаружено нарушение функционального состояния мозга тяжелой степени с вероятным неблагоприятным прогнозом. Мать ребенка просит врача не сообщать мужу диагноз, боясь его неадекватной реакции.

Как должен поступить врач? Обоснуйте ответ.

Задача 13.

Больная поступила в отделение с подозрением на глаукому обоих глаз. Данное заболевание прогрессирует и сопровождается полной потерей зрения. В ходе обследования диагноз подтвержден, выявлена декомпенсация давления, нуждающаяся в хирургическом лечении. В силу семейных обстоятельств больная не хочет, чтобы врач сообщал родственникам её диагноз.

Как должен поступить врач? Обоснуйте ответ.

Тестовые задания к занятию

1. В каких случаях разглашение врачебной тайны без согласия пациента не является законным:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда;
- 4) *по желанию ближайших родственников;
- 5) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его законных представителей или родителей.

2. Компетентность пациента оценивается по:

- 1) его образовательному уровню;
- 2) по полному пониманию своего состояния;
- 3) *по его способности принять решение, основанному на понимании последствий этого решения для себя и других.

3. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства, могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет:

- 1) *при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей;
- 2) по решению консилиума;
- 3) при прямой угрозе жизни.

4. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент не имеет права на:

1) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении;

2) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

3) отказ от медицинского вмешательства в соответствии с действующим законодательством;

4) *несообщение информации о наличии у него заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей, органов и тканей пациента как донора.

5. Под информированным соглашением понимается:

1) предоставление информации о характере и целях предлагаемого лечения;

2) *добровольное принятие пациентом курса лечения, диагностической или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации;

3) получение добровольного согласия на проведение диагностических и лечебных процедур.

6. При проведении любого вмешательства в сферу здоровья, включая вмешательство с исследовательскими целями, должно соблюдаться все, кроме:

1) законов РФ;

2) международного законодательства;

3) профессиональных биомедицинских этических стандартов;

4) *материальных интересов исследователя;

- 5) нормы религиозно морали;
- 6) общечеловеческих ценностей;
- 7) корпоративных профессиональных интересов;
- 8) моральных представлений пациента.

7. Первым международным документом, регламентирующим проведение экспериментов на людях, явился:

- 1) Хельсинкская декларация ВМА;
- 2) Женевская декларация ВМА;
- 3) *Нюрнбергский кодекс;
- 4) Международный кодекс медицинской этики.

8. С точки зрения религиозной морали, человеческая жизнь начинается с момента:

- 1) первого сердцебиения (4 неделя);
- 2) *оплодотворения яйцеклетки;
- 3) полной утраты у родительских клеток способности самостоятельного существования (в течение 2-ой недели);
- 4) формирования легочной системы (20 неделя).

9. Биомедицинская этика и медицинское право должны находиться в состоянии:

- 1) независимости;
- 2) медицинское право - приоритетно;
- 3) *биомедицинская этика - критерий корректности медицинского права;
- 4) должен быть выдержан приоритет биомедицинской этики;
- 5) медицинское право определяет корректность биомедицинской этики.

10. Хельсинская декларация ВМА определяет:

- 1) права пациентов;
- 2) *рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях;
- 3) рекомендации для врачей, участвующих в генетическом консультировании;
- 4) отношение медицинской общественности к проблеме аборт.

11. Врачебная ошибка (согласно определению И.В. Давыдовского) подразумевает действие врача в результате:

- 1) *добросовестного заблуждения врача в его профессиональной деятельности;
- 2) отказа компетентного больного от адекватного обследования;
- 3) несчастных случаев;
- 4) халатности.

12. Современная медицинская этика ятрогенными заболеваниями называет:

- 1) *все заболевания и патологические процессы, которые возникают под влиянием медицинских воздействий, проведенных с профилактическими, диагностическими или лечебными целями;
- 2) психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников - неправильных, неосторожных высказываний или действий;
- 3) все патологические реакции, которые могут быть вызваны у больного человека неправильными действиями или поведением медсестры, младшего медицинского персонала.

13. О состоянии здоровья, об обследовании и лечении больного, не достигшего 15 лет, следует информировать его:

- 1) *родственников или попечителей, опекунов (при отсутствии родственников);
- 2) одноклассников;
- 3) близких друзей;
- 4) классного руководителя (учителя);
- 5) директора школы;
- 6) в сех перечисленных лиц.

14. Информация о медицинском вмешательстве должна быть:

- 1) обязательной, независящей от желания больного;
- 2) *добровольной, по желанию больного;
- 3) формальной;
- 4) высоко- и глубоконаучной;
- 5) патерналистской, директивной

15. Юридическую и моральную ответственность за разглашение врачебной тайны несут, как правило:

- 1) *медицинские, фармацевтические работники, студенты-медики;
- 2) больной;
- 3) больные-товарищи, соседи по палате;
- 4) родственники больного, разрешающие “секреты” без согласия некомпетентного пациента, в интересах больного и общества;
- 5) родственники больного, разглашающие медицинскую тайну

16. Назовите противозаконные, аморальные каналы разглашения медицинской тайны:

- 1) *все каналы ниже перечисленные;
- 2) больничные листы, содержащие полную информацию о заболевании пациента;
- 3) безответственное хранение медицинских документов;
- 4) обсуждение медицинских тайн больного без его согласия по телефону, в СМИ, в беседе с широким кругом лиц, знакомых и незнакомых больному.

17. Аргументы в пользу “горькой правды” неблагоприятного диагноза или неблагоприятного прогноза с позиции сторонников данной позиции:

- 1) соответствуют “Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан” (1993);
- 2) праву больного на информацию о состоянии здоровья;
- 3) укрепляют доверие к врачу;
- 4) знание правды мобилизует моральные и физические защитные силы больного, позволяет склонить его к длительному, трудному паллиативному или радикальному лечению;
- 5) отвечают требованиям религиозной морали;
- 6) *все аргументы мотивированны (с позиции сторонников “горькой правды”).

Дидактический материал к практическому занятию

Основной задачей процесса взаимодействия врача и больного является передача информации от больного врачу и от врача больному.

С нарастанием информированности повышается общая удовлетворенность больного, его способность и готовность к

сотрудничеству. Информированные больные более откровенны, доверительны. Они дают более точное описание симптомов - это позволяет составить правильный анамнез. Информированность придает пациенту уверенность, активность и ответственность в лечебном процессе, предотвращает сомнения, неудовлетворенность, агрессивность и конфликтность. Эффективность врачебного взаимодействия во многом зависит от личностных характеристик врача. Врач должен быть высоко-нравственной личностью, потому что его профессия тесно связана с судьбой человека, с его здоровьем и жизнью. Врач должен обладать такими личными качествами как милосердие, альтруизм, ответственность, совесть, человеколюбие, честность, сострадание, решительность. Наиболее полно эти качества определяются понятием «гуманизм». Гуманизм составляет основу медицины, её мораль. Мораль – это система внешне выработанных побуждений, то есть норм поведения, выработанных обществом. Соблюдение этих норм обеспечивается силой общественного воздействия, традициями. Выполнение требований общественной морали немислимы вне сознания и принятия человеком смыслов, ценностей, мотивов, что составляет его духовный мир и определяется понятием нравственность. Именно нравственность, определяемая личной убежденностью человека, выражается в его поступках и поведении. Профессия врача имеет свою этику, то есть представления о моральных и нравственных ценностях поступков и поведении врача в сфере его деятельности. Она включает в себя совокупность норм поведения и морали, предопределяет чувство профессионального долга, чести, совести и достоинства врача. Для формирования правильного клинического мышления необходимо одновременно с медицинским знанием иметь высокий уровень духовно-нравственной культуры, который выражается в социальных установках врача по отношению к пациенту; в моделях отношений "врач пациент".

Одной из важных задач в профессии врача является подход к пациенту, эффективное взаимодействие с ним и получение позитивного результата своей работы. Для этого врачу необходимо представлять и учитывать весь комплекс субъективных переживаний пациента, связанных с болезнью. Совокупность эмоциональных, волевых, интеллектуальных и ценностно-смысловых психических явлений, связанных с осознанием, переживанием и отношением к болезни, называемый внутренней картиной болезни.

Современный врач в условиях технизации медицины не придает значения внутренней картине болезни, это формирует у него определенные социальные установки по отношению к пациенту. Врач видит болезнь, а не больного, и соответственно лечит болезнь, а не больного. Болезнь рассматривается врачом как фигура, а больной как фон, как объект. При таком отношении пациент остается один на один со своими переживаниями, страхами, тревогами, со своей болезнью и лечение затягивается. Приоритетной для врача должна быть личность больного, он должен рассматриваться как субъект, как индивидуальность. Врач, пренебрегающий внутренней картиной болезни, вызывает недоверие у своего пациента, теряет его как субъекта межличностного взаимодействия и тем самым искажается весь смысл врачевания. С учетом деонтологических норм врачу необходимо выстраивать «субъект-субъектный» вариант взаимодействия с пациентом. В свою очередь, социальные установки составляют стержень моделей отношения врач – пациент. Американский исследователь Роберт Витч описал четыре таких модели: патерналистическую (сакральную), техническую коллегиальную, контрактную (договорную).

1. Патерналистическая модель

Патерналистическая (сакральная) модель предполагает роль врача – «как родителя», «как отца», который, окутывает заботой и лаской своего

пациента. При чем, даже взрослого пациента лечит как ребенка. Врач ведет себя так, как будто он имеет неоспоримое моральное превосходство над пациентом и использует директивный (начальник – подчиненный) стиль общения. Пациент вынужден подчиняться при любых условиях, даже если они его не устраивают. Другими словами, он выступает в роли объекта. Авторитарность врача приводит к ограничению автономии пациента, затрудняет общение и снижает эффективность оказываемой медицинской помощи.

Модель применима в педиатрической, геронтологической практике, в работе с психически больными и пациентами с лабильной нервной системой.

2. Техническая модель

Техническая модель отражает отношение врача к пациенту как к объекту. Врач, как профессионал, устраняет какую либо «неполадку» в организме больного подобно тому, как автомеханик чинит машину. В основе такого подхода находится болезнь, а не больной. Врач не проявляет эмпатии к пациенту. Его интересуют только факты клинической (внешней) картины болезни. Клинические суждения превалируют над моральным выбором. Для врача не существует личного мнения пациента, его переживаний. Эта модель может быть допустима в работе врачей лабораторной и функциональной диагностики и в работе хирургов в момент оперативного вмешательства. В работе лечащего врача техническая модель недопустима, неэтично пренебрегать личными ценностями пациента.

3. Коллегиальная модель

Коллегиальная модель предполагает сотрудничество врача с пациентом как с коллегой, который помогает ему решить общую для них задачу – ликвидировать болезнь и восстановить здоровье. В этой модели используется личностный подход, пациент выступает в роли субъекта,

имеющего полное право на свое мнение, то есть он полностью автономен. Условия, в которых эта модель состоятельна, это общность этнических, социальных, экономических, ценностных понятий, как у врача, так и у пациента, а также их обоюдное желание, понимание ситуации, отсутствие ограничения времени общения. Подобные условия могут реализоваться если пациентом является человек с медицинским или биологическим образованием. По своему смысловому содержанию модель идеальна потому, что приводит к полному взаимопониманию, взаимному доверию и реализации принципа общих интересов.

4. Контрактная (договорная) модель

Контрактная (договорная) модель заключается в обоюдном соглашении, которое возникает между врачом и пациентом, не имеющем юридической основы. По условиям договора врач обязуется оказывать качественную медицинскую помощь, а пациент, в свою очередь, добросовестно выполнять все рекомендации, данные врачом. При этом, невыполнение обязательств с той или другой стороны ведет к расторжению соглашения. В этой модели сохраняются принципы честности, правдивости, справедливости, свободы. Модель диалогична, пациент выступает в роли субъекта, оставляя за собой право на выбор и управление своей жизнью и судьбой. Диалог строится на основе взаимного согласия и доверия. Но эта модель предполагает товарно-денежные отношения: врач-продавец, поставщик медицинских услуг, пациент-клиент, покупающий медицинские услуги, товаром является здоровье. Такие отношения противоречат нормам врачебной этики и деонтологии.

Таким образом, реализуя в клинической практике модели технического и патерналистического типов (без соответствующей условной необходимости) врач руководствуется социальными установками объектного типа по отношению к пациенту, при этом деформируются морально-нравственные нормы и деэтизируется его деятельность. В

коллегиальной и контрактной модели преобладает субъектный тип отношений врача и пациента, что делает эти модели предпочтительными.

Правила врачебного взаимодействия

1. правило добровольного информированного согласия,
2. правило конфиденциальности,
3. правило правдивости.

1. Правило добровольного информированного согласия

Под *информированным согласием* понимается *добровольное принятие* пациентом курса лечения, диагностической или лечебной процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Условно в процессе врачебного взаимодействия можно выделить два этапа:

1. предоставление информации,
2. получение согласия.

Врач должен информировать пациента о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними существенном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведения лечения. Информирование пациента проводят с учетом *субъективного стандарта*, согласно которому врач должен приспособливать информацию к конкретным интересам отдельного пациента.

Основные требования к предоставляемой информации – доступность. С точки зрения этики "субъективный стандарт" является наиболее приемлемым, т.к. опирается на принцип уважения автономии пациента.

Добровольное согласие – принятие пациентом самостоятельного решения без принуждения, обмана, угроз, уговоров со стороны врачей.

Важнейшим моментом в принятии информированного добровольного согласия является понимание пациентом полученной информации. Речь идет о компетентности пациента – способности принимать решения. Выделяются три основных стандарта определения компетентности:

- 1) способность принять решения, основанное на рациональных мотивах;
- 2) способность прийти в результате решения к разумным целям;
- 3) способность принимать решения вообще.

Общий стандарт компетентности, лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах. Добровольное информированное согласие пациента может быть выражено в устной, письменной, поведенческой форме. В тех случаях, если пациент не в состоянии выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, решение за него принимает консилиум или лечащий (дежурный) врач.

В отношении лиц не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных недееспособными, согласие на медицинское вмешательство дают их законные представители, при их отсутствии консилиум или лечащий (дежурный) врач ("Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" статья № 32).

Полученная пациентом информация создает у пациента психологическую готовность к происходящим переменам в его жизни, способствует более эффективной адаптации.

Правило информированного добровольного согласия нужно понимать как норму диалогического общения врача и пациента с целью согласования оптимального как с позиций врача, так и с позиций самого пациента выбора метода медицинского вмешательства, с меньшей

вероятностью (опасностью) нанесения вреда здоровью и интересам пациента.

2. Правило конфиденциальности

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, прогнозе, семейной и интимной жизни пациента составляют *врачебную тайну*.

Правило конфиденциальности зафиксировано в древнейшем индийском литературном источнике "Аюрведы": "Можно страшиться брата, матери и друга, но врача – никогда, ибо он для больного и отец, и мать, и друг, и наставник". Свое отношение к врачебной тайне сформулировал в своих трудах Гиппократ (V –IV в.в. до н.э.): "Чтобы при лечении, а также и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной".

Морально-этический смысл врачебной тайны заключается в доверии, связывающем пациента и врача. Разглашение врачебной тайны не допускается без разрешения пациента, об этом говорится в статье 61-й "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан". Однако закон предусматривает обстоятельства, при которых разглашение конфиденциальной информации без согласия гражданина или его законного представителя допустимо:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

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

б) в целях проведения военно-медицинской экспертизы.

Сохранение врачебной тайны является условием защиты социального статуса пациента. Разглашение диагноза пациента может привести к его социальной изоляции, разрушению выстроенных социальных связей, образованию своеобразного социального вакуума. Многие окружающие с осторожностью, со страхом относятся к пациентам с наличием психического заболевания, злокачественной патологии, ВИЧ инфицированности, гомосексуальной ориентации, венерического заболевания, разрывая с ними всякое общение. Пациенту с указанным диагнозом могут отказать в страховке, в трудоустройстве, предложить уволиться с работы, т.е. ему грозит социальная дискриминация. Разглашение конфиденциальной информации делает человека более уязвимым.

В настоящее время сложность сохранения врачебной тайны связана с разделением труда в медицинской практике, с пациентом одновременно работают несколько специалистов (врачей, медицинских сестер, администраторов); облегчен доступ к медицинским документам, т.к. они обрабатываются и хранятся в компьютерных информационных системах (ФЗ "О профессиональных данных").

В практике врача при соблюдении правила конфиденциальности могут возникать конфликты моральных ценностей, например, врач диагностирует у пациента психическое заболевание, понимает, что он является потенциально опасным для окружающих, но сообщить об этом не может. Или другой пример: пациентка просит доктора разрешить ей работать воспитателем, при этом она страдает открытой формой туберкулеза, представляет большую опасность для детей. В этом случае

врач не может быть сторонником пациентки. Он должен будет принять все меры ради безопасности детей.

3. Правило правдивости

Правда – высшая нравственная ценность. В межчеловеческом общении правда выражается в открытости, человечности, доверии; отзывчивости, взаимопомощи; бескорыстии, отсутствии эксплуатации.

Правду можно определить как адекватную характеристику ситуации, соответствие объективного положения дел и представлений человека о нём.

Врач должен сообщать пациенту правдивую информацию, т.е. освещать факты без искажений. Правда связана с достоинством человека, это значит, что врач, уважающий себя и своего пациента, стыдится лгать.

Правдивость приводит к искренним, открытым отношениям между врачом и пациентом. Возникающее доверие формирует у пациента взаимное желание честного диалога, что в свою очередь является основой эффективного врачебного взаимодействия.

Однако, существует и другая точка зрения, согласно которой нецелесообразно говорить правду если она может повредить самочувствию пациента, вызвать у него отрицательные эмоции, отчаяние, обреченность, апатию, ипохондрию, депрессию. Важной этической проблемой является "добродетельная ложь", "святая ложь" во спасение веры и надежды на выздоровление. Многие врачи считают более правильным скрыть от пациента правду о диагнозе злокачественного заболевания или прогнозе наступления скорой смерти. Это выражает патерналистический подход к пациенту. Учитывая правовую основу и приоритетность автономии пациента, следует признавать равноправие участников врачебного взаимодействия делая доступной жизненно важную информацию. Согласно учению Канта, правдивость есть долг человека перед собой как моральным существом. Лгать означает

уничтожать в себе человеческое достоинство. Систематическая ложь разрушает доверие к медицинской профессии. Пациент, разочаровываясь, перестает верить в благоприятные, оптимистические прогнозы, подозревая врача в "добродетельной лжи".

Правда, какой тяжелой она ни была бы, позволяет пациенту психологически подготовиться к тяжелым событиям, правильно юридически распорядиться наследством и др. Необходимо помнить, что правда должна быть деликатной, сообщаться в доступной форме без причинения вреда больному с учетом его психологических и возрастных особенностей. Врач должен быть правдив и с ребенком, и с психически больным, и с онкологическим больным. Нельзя оставлять больного один на один со своей бедой, помнить, что сказанное врачом слово может быть целительным, а может вызвать тяжелые психосоматические расстройства. Словом можно убить, но можно и вернуть к жизни.

Таким образом, врач – профессионал в правдивом обращении разделяет проблемы пациента, принимает участие в его судьбе, в общении, основанном на лжи, он оставляет пациента один на один с болезнью, фактом инвалидизации, приближающейся смерти или безумия.

ТЕМА 3 Жизнь - биоэтические аспекты

Цель занятия

Формирование представления об качественных и количественных показателях жизни, о биоэтических аспектах репродуктивного контроля.

Задачи занятия

- формирование у аспирантов представлений о качественных и количественных показателях жизни;
- формирование у аспирантов представлений о биоэтических аспектах репродуктивных технологий ("зачатие в пробирке", суррогатное материнство, искусственное оплодотворение);
- обучение аспирантов практическим умениям в разрешения этических конфликтов при проведении аборта, стерилизации и в вопросах контрацепции.

Задачи

1. Контроль исходного уровня знаний.
2. Выполнение учебных задач.
3. Контроль практических навыков.
4. Выходной контроль уровня знаний.

В результате изучения темы **аспирант должен**

Знать	Уметь	Владеть
1. Основные положения концепции о качестве жизни. Ценность жизни. Право на жизнь. 2. Нормы действующих федеральных законов и иных подзаконных актов, регулирующих	1. Работать с нормативно-методической литературой иными нормативными актами, регулирующими правоотношения в репродуктивной сфере 2. Самостоятельно принимать правомерные решения в определенных ситуациях, возникающих при	1. Навыками работы с документами, регламентирующими профессиональную деятельность врача в области репродуктивных технологий.

профессиональную деятельность в репродуктивной сфере ("зачатие в пробирке", суррогатное материнство, искусственное оплодотворение)	осуществлении профессиональной деятельности. 3. Давать оценку рисков для матери и ребенка, определять возможные правовые последствия таких деяний, как суррогатное материнство, стерилизация и пути их профилактики.	2. Основными навыками решения этических проблем, возникающих вследствие применения современных репродуктивных технологий.
--	---	---

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ И БЮДЖЕТ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. Качественные и количественные показатели жизни. Основные положения концепции о качестве жизни. Право на жизнь.
2. Репродуктивные технологии и этические проблемы.
3. Права эмбриона.
4. Ответственность за ребенка.
5. Риски для матери и ребенка.
6. Суррогатные матери и их права.
7. Технологии, купирующие репродуктивную функцию человека. Проблемы стерилизации. Стерилизация по медицинским показаниям. Этические проблемы стерилизации.
8. Основные методы контрацепции. Виды контрацепции. Проблемы использования контрацептивов. Этические проблемы контрацепции.

9. Формы аборта (терапевтический, евгенический, социальный, спонтанный, аборт на «малых сроках»). Скрытые формы аборта. Этические проблемы аборта. стерилизации и контрацепции.

Выполнение учебных задач по теме: "Жизнь - биоэтические аспекты".

Задача 1.

83-летняя женщина со старческим слабоумием прикована к постели, у нее поддерживают жизнь при помощи интенсивной терапии, кормят через зонд.

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 2.

Пациентка умирает от рака, у нее метастазы во многие органы, она сильно страдает от непрекращающихся болей, которые вызываются костными метастазами, несмотря на то, что она получает соответствующие дозы морфина (25 мг).

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 3.

Пациентка, страдающая от прогрессирующей болезни, ослепла, прикована к постели, ее сознание притуплено, и выглядит она так, как будто постоянно испытывает боль.

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 4.

34-летняя мать троих детей больна склеродермией. Большой палец правой ноги и несколько пальцев левой руки уже охвачены гангреной. Через несколько дней после постановки диагноза она согласилась на ампутацию правой стопы и двух пальцев левой руки. После операции она в шоковом состоянии, сознание спутанное, у нее развилась пневмония и она была подключена к аппарату ИВЛ. На оставшихся пальцах левой руки началось гангренозное воспаление, и потребовалась, и потребовалась более обширная ампутация. Состояние почек ухудшается встает вопрос о диализе. Врач, осматривающий ее на обходе, восклицает: « Кто бы захотел жить такой жизнью!»

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 5.

Пациент с болезнью Альцгеймера живет в доме для престарелых, ему 84 года. Он не реагирует на окружающих, часто расстраивается. Он физически слаб, страдает одышкой и тошнотой, его трудно кормить. В прошлом его лечили антибиотиками от пневмонии. Ночью у него приступы кашля. Лихорадка, температура высокая. Вызванный врач диагностирует развитие пневмонии. Нужно ли его лечить от этой болезни?

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 6.

Пациентка, страдающая болезнью Альцгеймера, живет дома одна. У нее развилась пневмония, которая осложнилась сепсисом. Она была доставлена в больницу и подключена к аппарату искусственного дыхания. После двух недель пребывания в больнице в сознание не пришла. Поскольку, еще находясь в сознании, пациентка не выразила никаких пожеланий по поводу реанимационных мероприятий и поддержания

жизни, врачи стоят перед дилеммой: продолжать или нет искусственную вентиляцию легких.

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 7.

Преждевременно родившийся младенец весит 1 кг 100 г, у него обнаружена тотальная мембранопатия. Низкий гематокрит. Высокий билирубин, непонятной этиологии кровотечение. Ультразвуковой анализ подтверждает интравентрикулярное кровоизлияние. Родителей информируют о возможных рисках в развитии ребенка, прежде всего в умственном развитии. После этого родители просят отключить ребенка от аппарата искусственного дыхания.

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 8.

2-дневный младенец родился с кардиомиопатией. Ребенка интубировали, перевели на ИВЛ, назначили симптоматическую терапию. Неонатологи радовались тому, что состояние младенца стабилизировалось, но отмечали, что патология сердечной мышцы настолько явная, что ребенку предстоит не одна операция на сердце, а более желательна его пересадка. Родители хотят полноценной жизни для своего ребенка, но не хотят, чтобы он страдал.

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Задача 9.

Пожилая женщина в бессознательном состоянии доставлена в приёмный покой больницы «Скорой помощи». Ее племянник сообщил, что ей 92 года. При обследовании – неконтактна, обезвожена, лихорадка септического характера, пиурия. Интерн фиксирует сепсис, но сомневается, что нужно вводить антибиотики и ставить капельницу, - ведь она такая старая, пусть тихо умирает. Вызванный врач хирург назначает лечение по принятому стандарту, в результате чего больная возвращается в прежнее (довольно бодрое и энергичное) состояние, ее качество жизни оказывается достаточно высоким.

Дайте оценку качества жизни пациента. Обоснуйте ответ.

Оцените значение объективных и субъективных факторов.

Тестовые задания к занятию

1. Критериями, определяющими начало человеческой жизни, являются:

- 1) формирование нервной ткани плода;
- 2) формирование дыхательной системы плода; в)первое сердцебиение;
- 3) *моральный статус человеческого эмбриона, включенного в систему нравственных взаимоотношений между людьми;
- 4) *слияние женской и мужской половых клеток.

2. Впервые в отечественном законодательстве производство абортов только по желанию женщины было разрешено в:

- 1) 1914 г;
- 2) *1920 г;
- 3) 1936 г;
- 4) 1955 г.

3. Суррогатное материнство это:

- 1) явление, могущее повлиять на общественный институт брака;
- 2) явление, не затрагивающее религиозные догмы;
- 3) *явление, ведущее к моральным проблемам для суррогатной матери.

4. Страна с очень низкой частотой абортотв:

- 1) Франция;
- 2) Россия;
- 3) *Швейцария;
- 4) Англия.

5. Материнской смертностью будет считаться смерть женщины, наступившая от причины связанной с беременностью или ее ведением:

- 1) *в течение всего периода беременности и первых 42 дней после ее окончания;
- 2) в период после 22 полных недель беременности и первых 28 дней после ее окончания;
- 3) в период после 22 полных недель беременности и первых 42 дней после ее окончания;
- 4) в период после 28 недель беременности и первых 42 дней после ее окончания;
- 5) в период после 28 недель беременности и первых 28 дней после ее окончания.

6. Прерывание беременности по показаниям:

- 1) *несет в себе элемент милосердия;

- 2) следует отнести к аморальным явлениям;
- 3) аморально потому, что так считают религиозные деятели;
- 4) аморально потому, что это ведет к депопуляции.

7. При проведении любого вмешательства в сферу здоровья, включая вмешательство с исследовательскими целями, должно соблюдаться все, кроме:

- 1) законов РФ;
- 2) международного законодательства;
- 3) моральных представлений пациента;
- 4) общечеловеческих ценностей;
- 5) *экономические интересы исследователя.

8. Определяющими позициями для врача, производящего искусственное прерывание беременности по желанию женщины, являются:

- 1) *медицинские показания;
- 2) Этическая Декларация о медицинских абортах ВМА;
- 3) личные этические убеждения врача;
- 4) пожелания родственников.

Дидактический материал к практическому занятию

Жизнь является высшим благом для каждого отдельно взятого человека вне зависимости от социальных, национальных, половых и возрастных различий.

С философской точки зрения жизнь рассматривается как одушевленная материя, пересекающаяся с понятием бытия и имеющая ценность.

В естествознании преобладает структурно – функциональный подход к определению жизни, когда она представляется как определенная форма организации материи.

В медицине жизнь представлена как жизнь конкретного индивида, как период от рождения до смерти.

С точки зрения современной эмбриологии, с момента оплодотворения человеческий эмбрион – живое человеческое существо, отличное от своих родителей, которое принадлежит к роду *Homo sapiens*, обладает своим собственным уникальным генетическим кодом, динамично развивается, последовательно раскрывая потенции, заложенные в него природой, и которые мы вправе называть *человеком на эмбриональной стадии его развития*. Тем самым все, что происходит с человеческим эмбрионом, происходит с *человеком*, по отношению к которому действительны, все нравственные обязательства, принадлежащие человеку после рождения.

С религиозной точки зрения "С самого начала зародыш должен почитаться за личность" (Катехезис Католической церкви). Человек вступает в общение с Богом в первое мгновение своего бытия. Тайна богопредставления человеческого эмбриона – это тайна тех глубин человеческого духа, о которой знает только Бог и которые будут выявлены в имени, нарекаемом человеку после Воскресения.

Для медицинской этики здесь важно то, что личностная подоснова присутствует в человеке независимо от того, насколько в нем отражена полнота природы. Прошло ли мгновение от момента зачатия, достиг ли человек расцвета своих сил или подошел к пределам старости – он всегда не только *что*, но и *кто*. Даже если природа его деформирована, даже если он обречен на физическую и умственную неполноценность – он все равно человек. И любое медицинское вмешательство затрагивает жизнь *человека*, наделенного в своих глубинах личностным бытием.

Нравственная же ценность жизни заключается в её неповторимости и уникальности. Осознание человеком ценности жизни происходит только через смерть. Жизнь и смерть это два понятия, которые одно без другого не существуют. Понятие жизнь включает два компонента *количественный* и *качественный*, отвечающие на вопросы, соответственно "сколько этой жизни?", "какая жизнь?" *Продолжительность* жизни повышает степень зрелости личности. *Качество жизни* – это интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Качество жизни прямо пропорционально зависит от здоровья. Чем выше уровень здоровья, тем выше качество жизни человека. Болезнь приводит к снижению уровня качества жизни, и чем тяжелее болезнь, тем ниже качество жизни. Высокое качество жизни у многих людей ассоциируется с понятием счастья, т.е. категория "качество жизни" ориентирована на оценку потребностей, которые не поддаются прямому количественному измерению. Каждая наука, изучающая человека, вносит свой вклад в разработку интегральной проблемы качества жизни.

Социологии в это понятие включают качество питания, одежды, предметов обихода, жилья, окружающей среды, уровень комфорта в труде и быту.

С экономической позиции качество жизни определяется уровнем благосостояния: доходом семьи, количеством детей, стоимостью потребительской корзины.

В медицине в понятие "качество жизни" включаются физические ощущения (сохранность двигательной активности, отсутствие или наличие боли), психическое состояние больного его переживания связанные с болезнью. В оценке собственного качества жизни человек полагается на собственные физические, психические ощущения, и, *самое главное*, на реализацию своих потребностей (сопоставимость ожидаемого и

реального). Врачи дают оценку качеству жизни пациента, основываясь на объективных показателях, отражающих степень тяжести заболевания.

Следовательно, уровень качества жизни определяется обеспеченностью людей материальными, духовными и социальными благами. Малейшие признаки ухудшения качества жизни расцениваются людьми как сигнал бедствия, как напоминание о конечности бытия. Страх за жизнь проявляется страхом смерти. Вот почему критерием нравственного отношения к жизни как к ценности является забота о сохранении и повышении качества жизни.

Персональная оценка качества жизни зависит от физического, психического, эмоционального состояния самого человека, от привычек, от его представлений о качестве жизни и его ожиданий. Оценка наблюдателя зависит от субъективных жалоб оцениваемого, объективных показателей, собственных предубеждений относительно возраста, пола, образования, стиля жизни, недееспособности, общественного мнения.

В клинике для оценки КЖ больных используют трехмерную шкалу:

КЖ – ограниченное,

КЖ – минимальное,

КЖ – ниже минимального

Методы улучшения КЖ:

1. обезболивающая терапия,
2. восстановление утраченных функций,
3. психокоррекция

Значение оценки КЖ:

- индивидуальный мониторинг за состоянием больного;
- прогнозирование;
- стандартизация методов лечения;
- разработка новых лекарственных препаратов;
- разработка новых методов лечения;

- разработка профилактических программ;
- разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины.

Как следствие, основной целью любого врачебного вмешательства является улучшение качества жизни. Базовым правом, принадлежащим каждому человеку от рождения (в медицине) является *право на жизнь*. Это право закреплено как в международных (Всемирная декларация прав человека(1978г.), так и в национальных (Конституция РФ (1993г.), Российская декларация прав и свобод человека и гражданина (1991г.), ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации (1998г.)) правовых документах.

Репродуктивные технологии – это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма.

Искусственное оплодотворение (ИО) – искусственное введение сперматозоидов в половые пути женщины.

Виды ИО:

1. гомологичное (с использованием спермы мужа)
2. гетерологичное (с использованием спермы донора)

Проблемы этического характера при гетерологичном ИО:

- здоровье донора,
- семейное положение донора,
- активное донорство и увеличение вероятности инцеста,
- сохранение конфиденциальности,
- несовершенство законодательной базы, регулирующей эту технологию.

Экстрокорпоральное оплодотворение (ЭКО) или "зачатие в пробирке"

Биоэтические проблемы связанные с данной технологией:

- отсутствие таинства зачатия,
- высокий риск рождения больного ребенка,
- отсутствие прав эмбриона,
- эмбриональная редукция (селективный аборт),
- высокий риск развития патологии матери,
- выбор пола ребенка,
- несовершенство законодательной базы, регулирующей эту

технологию.

Суррогатное материнство – искусственное оплодотворение яйцеклетки с последующим помещением эмбриона в полость матки другой женщины (суррогатной матери).

Биоэтические проблемы связанные с данной технологией:

- установление законного родительства,
 - здоровье суррогатной матери,
 - здоровье ребенка,
 - взаимоотношения сторон после рождения ребенка и его передачи биологическим родителям,
 - несовершенство законодательной базы, регулирующей эту
- технологию.

ТЕМА 4 Биоэтические аспекты проблемы умирания и смерти

Цель занятия

Уметь разрешать медико-этические и правовые аспекты жизни, умирания, смерти, эвтаназии и суицида.

Задачи занятия

- формирование у аспирантов представлений медико-этические и правовые аспекты жизни, умирания, смерти, восприимчивости аспирантов к этической проблематике смерти и умирания;
- обучение аспирантов практическим умениям в области трансплантологии, при оказании паллиативной помощи.

План практического занятия

1. Контроль исходного уровня знаний.
2. Выполнение учебных задач.
3. Контроль практических навыков.
4. Выходной контроль уровня знаний.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ И БЮДЖЕТ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ

В результате изучения темы **аспирант должен**

Знать	Уметь	Владеть
1.Нормы действующих федеральных законов и иных подзаконных актов,	1.Применять нормы биоэтики при осуществлении профессиональной деятельности	1. Навыками работы с нормативными документами,

<p>регулирующих проблему умирания</p> <p>2.Права и обязанности медицинских работников - трансплантологов, врачей паллиативной медицины - при исполнении своих профессиональных обязанностей.</p> <p>3.Права и обязанности пациентов в хосписах.</p>	<p>врача-трансплантолога.</p> <p>2.Применять нормы биоэтики при осуществлении профессиональной деятельности врача, осуществляющего паллиативную помощь пациенту.</p>	<p>регламентирующими профессиональную деятельность при проведении трансплантации, при оказании помощи умирающему пациенту</p>
---	--	---

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. Последняя болезнь и смерть в эпоху новых возможностей медицины. Проблема критерия смерти. Смерть мозга: медицинские, философские, морально-этические, социальные и юридические и психологические проблемы.
2. Эвтаназия, ее формы (активная и пассивная).
3. Эвтаназия, ее формы (активная и пассивная).
4. Трансплантация. Проблемы получения органов и тканей от живых доноров и пересадки органов и тканей от трупов.
5. Клеточная, тканевая и органная трансплантология. Использование искусственных органов и тканей.

Выполнение учебных задач по теме: "Биоэтические аспекты проблемы умирания и смерти".

Задача 1.

Доктор Бен Жилич обследовал в голландской клинике 50-летнюю женщину, он сразу понял, что жить ей оставалось недолго. Рак груди дал

метастазы в кости, печень и легкие. Онколог объяснил больной, что он сможет с помощью лекарств облегчить боли, и предложил ей место в больнице. Жилич чувствовал опасения женщины, которая не согласилась на эвтаназию. Он заверил женщину в том, что будет лечить ее, и, в конце концов, она согласилась остаться в больнице. После 24-часового курса лечения морфием боли прекратились. И хотя больная отдавала себе отчет в том, что смерть ее близка, ее самочувствие настолько улучшилось, что она смогла повидаться с мужем и семьей. Однако через некоторое время Жиличу позвонила домой медсестра и сообщила печальную новость. Когда Жилич ушел из больницы, другой врач вошел в палату его пациентки и попросил ее мужа и сестру выйти. Затем он распорядился увеличить дозировку морфия, отказавшись при этом дать письменное подтверждение. Через несколько минут женщина умерла. Жилич потребовал объяснений. «Она могла бы прожить еще только неделю, — ответил ему коллега, — а мне необходимо было освободить место в палате».

1. Определите вид эвтаназии?

2. Охарактеризуйте отношение врачей лечащего и дежурного к пациентке?

3. Какие принципы биоэтики нарушены в этой ситуации?

Задача 2.

Доктор Роберт Туайкросс из Оксфордского Университета, ведущий авторитет в области паллиативного лечения (лечения для поддержания жизни), вспоминает одного больного, у которого был рак. Стремясь избавиться от болей и душевных переживаний, он злоупотреблял спиртным и, в конце концов, попросил умертвить его. После того, как у него прошли боли в результате применения лечебных средств, он изменил свои намерения, сказав: «Это не я говорил. Это говорил алкоголь».

- 1. О чем заставляет рассуждать эта история?*
- 2. Как поступил врач?*
- 3. Какими принципами руководствовался в выборе лечения?*

Задача 3.

Терри Шиаво, урожденная Шиндлер, в американском штате Флорида, впала в кому в 1990 году. Женщина находилась в хосписе. Она открывала и закрывала глаза, самостоятельно дышала, но глотательный рефлекс у нее отсутствовал, поэтому целые пятнадцать лет ее жизнь поддерживалась паринтеральным питанием: питательными веществами, которые подавались через желудочный зонд. Врачи давно объявили ее безнадежной. Между тем, ее муж, Майкл Шиаво, ставший ее опекуном, в течении семи лет добивался того, чтобы прекратили искусственно поддерживать жизнь супруги. Хотя жена не оставила никаких письменных распоряжений, он клянется, что такова была бы ее воля. Родители Терри Шиаво, Роберт и Мэри Шиндлеры, и другие ее родственники энергично отстаивают противоположное решение. Им представлялось что Терри пребывает в сознании, видит их, слышит, пытается говорить, смеется и плачет. Врачи, назначенные судом, утверждали, что звуки, что издает человек, находящийся в вегетативной коме, являются рефлексорными и не имеют отношение к речевой деятельности.

- 1. Какими принципами руководствуются врачи, поддерживая жизнь пациентки?*
- 2. Какими принципами руководствуются муж пациентки, желая для неё эвтаназию?*
- 3. Какими принципами руководствуются её родители, отказываясь от эвтаназии?*

Тестовые задания к занятию

1. Биологическая смерть может быть констатирована на основании:

- 1) прекращения сердечной деятельности;
- 2) прекращения самостоятельного дыхания;
- 3) *необратимого прекращения функций головного мозга, включая и функции его стволовых отделов;
- 4) необратимого прекращения функций головного мозга, исключая функции его стволовых отделов.

2. Термин “эвтаназия” для определения “легкой смерти” впервые ввел в научный лексикон:

- 1) Гиппократ;
- 2) *Ф. Бекон;
- 3) И. Бентам;
- 4) Авиценна;
- 5) Н. И. Пирогов.

3. Активная эвтаназия отличается от пассивной:

- 1) отсутствием согласия или просьбы пациента о лишении жизни;
- 2) приоритетностью решения врача перед решением пациента о прекращении жизни пациента;
- 3) *активным, деятельным, вмешательством врача в процесс прекращения жизни по просьбе пациента;
- 4) умышленным или преднамеренным лишением жизни человека.

4. Согласно законодательству РФ и российским этическим документам разрешена:

- 1) активная эвтаназия;
- 2) пассивная эвтаназия в случае безнадежного состояния пациента;
- 3) активная и пассивная эвтаназия;
- 4) помощь врача при самоубийстве;
- 5) *никакой вид эвтаназии не разрешен.

5. Под недобровольной эвтаназией понимают:

- 1) *эвтаназию при отсутствии просьбы (информированного согласия) пациента на прекращение его жизни;
- 2) умерщвление по принуждению, против воли пациента;
- 3) эвтаназию по медицинским показаниям.

6. Под добровольной эвтаназией понимают:

- 1) *эвтаназию по настойчивой просьбе о прекращении жизни самого больного, находящегося в ясном сознании и объективно информированного о своем состоянии;
- 2) эвтаназию по убедительной просьбе родственников больного;
- 3) эвтаназию новорожденного, имеющего несовместимые с жизнью дефекты, по просьбе и с согласия матери.

7. Под термином “эвтаназия” вы понимаете:

- 1) легкую смерть без страданий и мучений;
- 2) особую тактику лечения, ухода за терминальным больным, в основе которой лежит отказ от экстраординарных методов лечения (прекращение ИВЛ, искусственного питания и др.);
- 3) намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимого больного, находящегося в терминальном состоянии, с целью прекращения его страданий;
- 4) *все “толкования” слова “эвтаназия” правомочны.

8. Эвтаназия называется добровольной с юридических и моральных позиций, когда:

- 1) умерщвляется новорожденный с фатальным диагнозом;
- 2) умерщвляется больной со смертью мозга;
- 3) компетентный больной дает устное согласие на свое умерщвление;
- 4) *компетентный больной дает письменное согласие на свое умерщвление;
- 5) компетентный больной умерщвляется без его согласия;
- 6) все перечисленные случаи относятся к добровольной эвтаназии.

9. С позиций сторонников эвтаназии показанием к умерщвлению больного с фатальным диагнозом может быть:

- 1) смерть мозга;
- 2) фатальный диагноз больного, страдающего жестокими болями, некупируемыми современными средствами и методами;
- 3) моральное и юридическое право больного с фатальным диагнозом распоряжаться своей жизнью как частной собственностью, отказаться от медицинского вмешательства;
- 4) жизнь неизлечимого больного “слишком дорога” для общества и его родственников;
- 5) *все перечисленные выше аргументы умерщвления неизлечимых больных с позиции сторонников эвтаназии мотивированны и моральны.

10. Прервать жизнь неизлечимого больного, т.е. подвергнуть его эвтаназии, врач не имеет юридического и морального права, так как:

- 1) эвтаназия запрещена юридическим законом;

- 2) возможны диагностические ошибки неизлечимого заболевания;
- 3) понятие “неизлечимое” заболевание – относительно;
- 4) право умерщвлять безнадежных больных приведет к уголовному беспределу;
- 5) приведет к убийству по экономическим, аморальным, криминальным мотивам;
- 6) *все аргументы противников эвтаназии, направленные на защиту любой жизни, какого бы низкого качества она не была, правомочны, законны, моральны.

11. Смерть пациента наступила в результате принятия им повышенной дозы обезболивающего препарата, предписанной врачом по просьбе пациента. Это действие классифицируется как:

- 1) активная добровольная прямая эвтаназия;
- 2) *активная добровольная непрямая эвтаназия;
- 3) пассивная добровольная прямая эвтаназия;
- 4) пассивная добровольная непрямая эвтаназия;
- 5) ничего из перечисленного.

12. Использование реанимационного оборудования для пациента, находящегося в кри-тическом состоянии, является:

- 1) злоупотреблением терапевтическими средствами;
- 2) *реализацией принципа ” борьбы за человеческую жизнь до конца”;
- 3) признаком низкой квалификации специалиста;
- 4) отсутствием у врача нравственного чувства и этической культуры;
- 5) обязательным при наличии у пациента страхового полиса.

13. В России трансплантация может проводиться без согласия донора, если донор:

- 1) особо опасный преступник, осужденный на пожизненное заключение;
- 2) гражданин иностранного государства;
- 3) гражданин страны, находящейся в состоянии войны с Россией;
- 4) психически неполноценный;
- 5) *умерший человек, причем ни он, ни его родственники не протестовали против использования его органов.

Дидактический материал к практическому занятию

Смерть - это финальный этап жизни человека. По шкале добра и зла она занимает противоположную жизни позицию, если жизнь это добро, то смерть это зло. Многие мудрецы связывали философское понимание жизни с тем, как человек завершает земной путь, придавали этому важнейшее место в жизненной истории человека.

На физиологическом уровне смерть представляет собой необратимое прекращение всех жизненных функций. На психологическом уровне смерть определяется как прекращение каких-либо чувств и ощущений. Для человека смерть имеет личную значимость. Смерть ассоциируется с реальной опасностью, возникает чувство тревоги и страха. Очень многие умирают испытывая страдания. Одновременно, родственники умирающего испытывают чувства вины, беспомощности, грусти, печали, горя, приводящие к тяжелым физическим страданиям. В целом, смерть человека имеет не только социально-психологическую и социально-правовую, но и исключительно культурную значимость. Социальный опрос показывает, что многие люди сообщают: что они не хотят умирать долго и мучительно и не хотят слишком долго находиться на иждивении других; они боятся потерять рассудок и чувство собственного достоинства; они хотели бы

умереть, но "хорошей смертью". Поиски хорошей смерти привели к целому ряду перемен в системе услуг для умирающих. В число этих перемен входят хосписы и право на смерть.

2. Паллиативная помощь. Хосписы

Слово *паллиативный* происходит от латинского "паллиум", что значит "оболочка" или "покрытие".

Паллиативное лечение – это всеобщая активная забота о пациентах и их семьях, обеспеченная группой профессионалов в то время, когда болезнь пациента более не поддается лечению.

Цель паллиативного лечения – это создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни. Паллиативное лечение отвечает физическим, психологическим, социальным и духовным потребностям.

Паллиативное лечение:

- утверждает жизнь и воспринимает умирание как естественный процесс;
- не ускоряет и не отодвигает смерть;
- воспринимает пациента и его семью как единое целое для своей заботы;
- освобождает пациента от боли и других тяжелых симптомов;
- представляет систему поддержки, чтобы помочь пациентам жить настолько активно и творчески, как только это для них возможно до самой смерти;
- психологически адаптирует человека к финальному этапу его жизни;
- предполагает систему поддержки семье пациента во время его болезни и в период утраты.

Паллиативная помощь осуществляется в хосписах. *Хоспис* – это система услуг, включая госпитализацию, для смертельно больных, позволяющая им прожить последние дни как можно более независимо и

безболезненно. Первый хоспис для умирающих был организован в 1967 году в Англии в рамках программы для лежачих больных. В России первый хоспис был открыт в 1992 году в городе Санкт-Петербурге. В отличие от больниц, предназначенных для сохранения жизни, хосписам чуждо представление о смерти как о проигрыше человека в борьбе за жизнь. Сама идея хосписа предполагает отношение к смерти как к нормальной и естественной стадии жизни, приближение которой надо встречать с достоинством.

Таким образом, можно сказать, что врач не имеет юридического, морального и этического права использовать методы, продлевающие процесс или муки умирания, другими словами при определенных обстоятельствах пациент имеет право умереть.

3. Эвтаназия: понятие, виды

Понятие "эвтаназия" ("эутаназия", эйтаназия", "эфтаназия") происходит от греческого "eu" – хорошая, легкая и "thanatos" – смерть. Впервые этот термин был введен английским философом Френсисом Бэконом (в XVI в.), который в своих трудах указывал, что обязанность врача состоит не только в том, чтобы восстановить здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучение, причиняемые болезнью, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома может привести к выздоровлению, но и в том случае, если уже нет ни единой надежды на спасение и можно лишь сделать саму смерть более лёгкой и спокойной.

В современной биомедицинской этике это понятие приобрело терминологический смысл и обозначает безболезненное приведение безнадежно больного к смерти. Предполагается, что в особенно тяжелых случаях необратимой и мучительной болезни смерть может считаться благом для умирающего или, по крайней мере, не являться для него злом.

Этическая проблема эвтаназии заключается в принятии решения о проведении эвтаназии.

Речь идет о том, предоставить ли больного технике или природе, обрекая его на тяжелую, долгую и болезненную смерть, или путем совершения или не совершения каких либо действий помочь ему спокойно умереть.

Различают активную и пассивную эвтаназию (с позиции врача), добровольную и недобровольную (с позиции пациента).

В случае активной эвтаназии врачом преднамеренно, целенаправленно предпринимаются специальные действия, ускоряющие смерть (например, инъекция со смертельной дозой снотворного препарата). Пассивной эвтаназия является тогда, когда врач не предпринимает какие либо действия, которые могли бы поддержать жизнь умирающего больного (не подключение больного к аппарату ИВЛ при остановке дыхания). В некоторых случаях умирание происходит мучительно.

Добровольной называется эвтаназия когда компетентный пациент дает информированное добровольное согласие на свою смерть. В случае, когда человек испытывает невыносимые страдания, а болезнь является неизлечимой. Недобровольная эвтаназия осуществляется в том случае, когда из-за болезни некомпетентный умирающий больной не может выразить свою волю, решение за него принимают родственники или врачи.

Комбинируя эти виды эвтаназии, получается четыре ситуации: добровольная и активная; добровольная и пассивная; недобровольная и активная; недобровольная и пассивная.

По поводу первой и второй ситуаций (добровольная и активная, добровольная и пассивная эвтаназия) – высказываются, что это убийство из сострадания, самоубийство ассистируемое врачом. Основой такого подхода является принцип уважения автономии пациента. Человек

сознательно высказывает свою волю и имеет на это полное право. Но врач, который активно помогает пациенту уйти из жизни, или не начинает лечение, или прекращает его, тем самым нарушает свой профессиональный долг. Отношение к эвтаназии выражали в своих трудах древние врачи. Так в клятве Гиппократов звучит: "Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла". В клятве врача которую дают выпускники российских вузов есть слова: "проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии".

Третья и четвертая ситуации (недобровольная и активная; недобровольная и пассивная эвтаназия) вызывают этическое противоречие, непринятие потому, что ограничивают автономию пациента, принимают решение без его воли и желания. Действия врача противоречат нормам профессиональной этики.

Таким образом, из рассмотренных выше ситуаций условно приемлемой можно считать добровольную и пассивную эвтаназию.

Относительно приемлемости эвтаназии существует много противоречий. Аргументы высказываемые "за" эвтаназию:

- Жизнь есть благо тогда, когда положительные эмоции преобладают над отрицательными, человек ощущает радость своего существования. Но если жизнь становится одной сплошной мукой – жизнь-страдание и не может быть больше благом, то человек имеет полное *право на выбор между жизнью в форме страдания и отсутствием жизни* (право на автономию);

- Каждый человек должен иметь *право на легкую смерть*;
- Каждый человек должен иметь *право быть альтруистом*, то есть он может отказаться от лечения во благо другого человека. Например, отказ от донорского органа в пользу более молодой жизни;

- Поддержание жизни умирающего больного осуществляется с помощью новых технологий, это очень затратно. Эти же средства могли быть использованы на лечение многих людей с благонадежным прогнозом. Этот критерий называют *экономическим*, что имеет практическую значимость в системе распределения ресурсов. Но этот критерий нельзя принимать во внимание, если оценивать нравственное значение эвтаназии.

Аргументы "против" эвтаназии:

- Нарушается принцип *святости человеческой жизни*. В каком бы качестве не существовала жизнь "жизнь-благо" или "жизнь-страдание", она бесценна;

- в медицине случаются *диагностические и прогностические ошибки*;

- не исключено, что будут разработаны *новые методы лечения* и у пациента появится шанс выжить и жить, примером являются инфекционные заболевания, для лечения которых были разработаны антибиотики;

- каждый человек должен иметь *право познать собственную смерть*;

- высока вероятность появления новой формы страха – *ятрофобии*, страха перед врачом, больные, будут чаще отказываться от госпитализации, ощущая свою незащищенность перед врачом;

- увеличится *опасность злоупотреблений* со стороны родственников и врачей. Родственники могут желать смерти близкому из-за богатого наследства. Врачи, дорожа своей репутацией, не любят пользоваться умирающих больных. Если общество одобрит акт эвтаназии и признает его благом, то появится возможность грешить с чистой совестью, выдавая зло за добро;

- приведет к *деградации личности врача*, потому что прилагать усилия, сострадать больному всегда сложнее, чем "жалеть" помочь уйти из жизни;
- *затормозятся темпы развития медицины*;
- нарушается одна из Божьих заповедей "*не убий*".

Основываясь на этических, религиозных, медицинских, общечеловеческих позициях существует сложность легализации эвтаназии. Об этом свидетельствует то, что стран, где разрешена эвтаназия (Голландия, США (штат Орегон), Бельгия) несравнимо меньше чем тех, где она запрещена. В России запрещены как активная, так и пассивная эвтаназия ("Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" статья № 45).

Таким образом, если учитывать право человека самостоятельно распоряжаться своей жизнью, вплоть до отказа от неё, то эвтаназия полностью реализует это право. Но при этом нарушается этическая значимость деятельности медицинских работников, которая должна быть направлена одновременно и на облегчение страданий и на борьбу за жизнь пациента.

4. Определение смерти: моральные проблемы

Исторические документы свидетельствуют, что врач некогда устанавливая диагноз смертельно опасного неизлечимого заболевания, покидал больного, предоставляя все заботы о нём близким, и священнику. Из этого следует, что наступление момента смерти должны были определять люди несведующие в медицине. При этом были известны факты, что часть похороненных "умерших" были живыми. Людей охватывала паника, многие писали завещания, где просили проводить тесты в виде надрезов на конечностях после их смерти, чтобы удостовериться в её истинности.

Постепенно представления в обществе поменялись и констатировать смерть человека стало исключительно правом и обязанностью врача.

Медицинский персонал, как правило, находится рядом с умирающим больным, контролируя и вмешиваясь в процесс умирания. Другими словами, с медицинским вмешательством процесс умирания может быть контролируемо длительным. При наличии современной реанимационной жизнеподдерживающей, жизнеобеспечивающей техники продлить момент наступления можно на несколько часов, недель, месяцев или даже лет.

Достижения научно-технического прогресса породили ещё одну проблему – установление смерти стало затруднительным. Традиционно с точки зрения медицины и религии смерть определялась по таким критериям как необратимая остановка сердца и дыхания. Но сегодня работу этих двух систем можно поддерживать искусственно, следовательно, о достоверности этого критерия не может идти и речь.

Возможности реаниматологии привели к появлению такого понятия как "клиническая смерть", когда видимые признаки отсутствуют, наблюдается остановка сердца и дыхания, угнетаются функции центральной нервной системы, но при этом сохраняются обменные процессы в тканях. Клиническая или мнимая смерть является обратимой, то есть человека нужно и целесообразно спасать. Момент биологической (необратимой) смерти в ряде случаев оказывается размытым, неопределенным.

Критерий смерти должен быть четким, безошибочным, так как от этого зависит своевременность и оптимальность реанимационных мероприятий (таких как подключение искусственной вентиляции легких, проведение трансфузионной терапии, электрошока и др.).

Конечные, возможные результаты реанимации: полное, достаточно полное восстановление; умеренная или тяжелая инвалидизация (при которой требуется постоянный уход за больным); необратимая

декортикация или стойкое вегетативное состояние; смерть мозга; повторная, необратимая остановка сердца и дыхания.

При постановке диагноза смерти пациента должны отсутствовать ошибки, так как решается вопрос жизни человека. На сегодняшний день во всем мире медиками, учеными, многими религиозными деятелями биологической смертью признана смерть мозга. Биологическая смерть определяется традиционно по пяти признакам:

- полное отсутствие сознания и спонтанной активности;
- полное исчезновение спонтанного дыхания даже при гиперкапнии (избыток углекислого газа в крови);
- фиксированный, с отсутствием рефлексов двусторонний мидриаз, неподвижность глазных яблок;
- исчезновение рефлексов от мозгового ствола;
- ровная ("нулевая") электроэнцефалограмма, то есть полное отсутствие электрического сигнала на двух записях в течение не менее шести часов.

Диагностика смерти мозга - это повод для прекращения реанимационных мероприятий. Процедура осложняется в морально-этическом плане рядом обстоятельств:

- сомнениями в надежности диагноза смерти мозга
- опасениями, что трансплантологам, которые крайне заинтересованы в органах трупов с бьющимся сердцем, будут переданы живые люди в коматозном состоянии;
- психической трудностью для медицинского персонала и врачей отключить аппарат ИВЛ и наблюдать угасание функций;
- трудность общения с родственниками умирающего.

Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учреждения, где находится больной, в составе:

реаниматолога-анестезиолога с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невролога с таким же стажем работы по специальности. Гарантией недопущения злоупотреблений служит правило, что в диагностике смерти запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Таким образом, факт констатации смерти зависит только от врачей, при этом осуществляется только по формально определенным признакам. Медицина до настоящего времени не добилась успехов в достоверном определении момента перехода из бытия в небытие. Это и создаёт дополнительные биоэтические проблемы и накладывает дополнительную этическую ответственность на медицинского работника.

ТЕМА 5 Этические проблемы дефектов оказания медицинской помощи.

Цель занятия

Изучить основные причины и последствия дефектов оказания медицинской помощи, а также методы и средства их предотвращения.

Задачи занятия

- обучение аспирантов искусству этического анализа в медицине;
- формирование у аспирантов представления о моральных ценностях (как профессиональные и личные, так и ценности своих пациентов), основополагающих в условиях регулирования и разрешения этических конфликтов во врачебной деятельности;
- обучение аспирантов профилактике ятрогенных заболеваний

План практического занятия

- Контроль исходного уровня знаний.
- Выполнение учебных задач.
- Контроль практических навыков.
- Выходной контроль уровня знаний.

В результате изучения темы **аспирант должен**

Знать	Уметь	Владеть
1. Классификацию врачебных ошибок 2. Основные факторы, влияющие на вероятность возникновения ошибок врача 3. Виды и группы	1. Четко формулировать цели и задачи, стоящие перед врачом при обеспечении качества медицинской помощи 2. Разрабатывать алгоритм предотвращения врачебных	1. Знаниями для разработки алгоритма основных причин неблагоприятных исходов в медицинской практике. 2. Знаниями для

ятрогенных заболеваний	ошибок у персонала ЛПУ	разработки критериев юридического и этического аспектов профиля врачебных ошибок.
------------------------	------------------------	---

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. Дайте характеристику термину «врачебная ошибка».
2. Классификация врачебных ошибок.
3. Дайте характеристику основных профессиональных медицинских правонарушений, их виды, характеристика.
4. Виды и группы ятрогенных заболеваний.

Выполнение учебных задач по теме: "Этические проблемы дефектов оказания медицинской помощи".

Задача 1.

В больницу была доставлена девушка с явными признаками наследственной травмы. Однако она утверждала, что "упала". Врач, несмотря на просьбы больной, самостоятельно отправил телефонограмму в отделение милиции о том, что в больнице находится пациентка с неясным характером травмы. В ходе расследования выяснилось, что в одной квартире с потерпевшей живет родственник, который терроризирует всех проживающих в этом доме, с последующим его наказанием.

На основании какого закона врач отправил телефонограмму в отделение милиции?

Задача 2.

Больной П., которому две недели назад провели диагностическую биопсию из области опухоли языка, обратился к оперировавшему его хирургу-стоматологу с просьбой сообщить уточненный диагноз. Врач не нашел ничего более подходящего, чем ответить: "Идите в морг, там вам все скажут".

Какая модель взаимоотношения сформировалась в системе "врач - пациент"? Обоснуйте ответ.

Задача 3.

Пациент страдает неоперабельной формой рака поджелудочной железы. Согласно законодательству, необходимо сообщить о диагнозе сначала больному, а потом – с его согласия родственникам. Больной, находясь в больнице и узнав о своем диагнозе, заканчивает жизнь самоубийством.

Каким принципом руководствовался врач? Как должен был поступить врач? Обоснуйте ответ.

тесты

Тестовые задания к занятию

1. Ятрогения - это

- 1) полноценное врачевание;
- 2) неполноценное врачевание;
- 3) *заболевание, связанное с дефектами врачевания.

2. Ятрогения обусловлена:

- 1) трудностями врачебной профессии;
- 2) *недостаточной профессиональной квалификацией врача;
- 3) высокими моральными качествами врача;
- 4) дефектами организационного характера.

3. Ятрогения может быть обусловлена действиями:

- 1) *врача или среднего медработника;
- 2) младшего медицинского персонала;
- 3) студентов;
- 4) больных.

4. В возникновении ятрогении имеют значение:

- 1) *только действия медицинского персонала;
- 2) тип нервной системы больного;
- 3) обстановка в больничном учреждении;
- 4) действия технического персонала

5. Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является:

- 1) предупреждение возникновения факторов риска;
- 2) устранение факторов риска;
- 3) охрана здоровья и предупреждение болезней
- 4) *формирование у населения установок на здоровый образ жизни
- 5) социальная и медицинская реабилитация
- 6) профессиональная реабилитация

6. Несовместимым с врачебной этикой является:

- 1) оказание платных медицинских услуг;
- 2) принятие благодарности от пациентов и его близких;

- 3) самореклама в любой форме;
- 4) критика профессиональных действий коллег.

7. Объектами собственности в здравоохранении не могут являться:

- 1) *здоровье индивидуума;
- 2) медицинские технологии;
- 3) медицинские открытия;
- 4) ресурсы лечебно-профилактических учреждений;
- 5) продукция медицинской промышленности.

8. Для получения разрешения на занятие частной медицинской практикой необходимы следующие условия:

- 1) *диплом о высшем или среднем медицинском образовании
- 2) регистрация в качестве индивидуального предпринимателя
- 3) открытый счет в банке;
- 4) диплом кандидата (доктора) медицинских наук.

9. Бесплатная медицинская помощь обеспечивается по программе:

- 1) платных услуг;
- 2) добровольного медицинского страхования;
- 3) бесплатных медицинских услуг;
- 4) *обязательного медицинского страхования;
- 5) государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью.

10. Врач обязан соблюдать тайну сведений о больном в следующих случаях:

- 1) во всех случаях без исключения;

- 2) лишь в отдельных случаях;
- 3) *во всех случаях, но имеются исключения.

11. Соблюдение врачебной тайны это:

- 1) инициатива врача;
- 2) рекомендация Всемирной медицинской ассоциации;
- 3) *требование статей закона РФ.

12. Сведения, составляющие врачебную тайну:

- 1) могут быть разглашены врачом без каких-либо условий;
- 2) не могут быть разглашены ни при каких условиях;
- 3) *могут быть разглашены врачом при определенных условиях.

13. Нарушение конфиденциальности допускается в случае, когда к врачу обращается больной:

- 1) иностранец;
- 2) лицо без определенного места жительства;
- 3) пациент с ВИЧ-инфекцией;
- 4) *не допускается.

Дидактический материал к практическому занятию

Проблема врачебных ошибок была актуальна во все времена. Исторические факты свидетельствуют о том, что ошибающихся врачей штрафовали на большие денежные суммы, жестоко наказывали лишая их рук, глаз в зависимости от тех увечий, которые они причиняли своим пациентам или же подвергали их смертной казни. Сегодня эти жестокие законы ушли в прошлое, тем не менее врач всегда несет ответственность за своего пациента за его жизнь и здоровье.

Интерес к изучению врачебных ошибок объясняется:

Во-первых, стремлением врачей уточнить и уяснить, хотя бы для себя, границы допустимых ошибок в практике оказания лечебной помощи, на современном этапе развития медицины (т.е. наличие или отсутствие диагностической аппаратуры и лечебных методик).

Во-вторых, обобщить опыт врачебных ошибок с целью их предупреждения.

Под врачебной ошибкой понимаются действия врача, которые оказались неверными (дефектными) в силу

- несовершенства медицинской науки и её методов исследования,

- атипического течения болезни,

- недостаточного опыта врача,

но в них полностью исключены элементы халатности, невнимательности или медицинского невежества (И.В.Давыдовский, 1941), т.е. ошибка является добросовестным заблуждением врача.

Врачебная ошибка - добросовестное заблуждение врача без признаков преступной неосторожности и небрежности (пренебрежения видимой или известной опасностью), преступной самонадеянности (авантюристической, необоснованной надежды избежать осложнений) или преступного невежества (недостатка профессиональных знаний при возможности их получения).

Врачебные ошибки делятся: на

- ошибки, вследствие неадекватного (неправильного) мышления;
- ошибки по неведению;
- ошибки, вследствие неправильного действия врача.

Врачебные ошибки принято классифицировать по 3 градациям:

- заблуждение,
- упущение,

- небрежность.

Заблуждение – это ложное мнение (ошибочный диагноз), которое определяет неадекватное действие, т.е. несоответствие знания сущности болезни объективной действительности из-за ограниченности уровня медицинских знаний.

Упущение – это не проведенное медицинское мероприятие, которое определило лишь вероятность развития патологического процесса, или установление ошибочного диагноза.

Небрежность – это некачественно выполненная работа в любой медицинской технологии.

Классификации врачебных ошибок.

1 По нозологическому критерию различают:

1. ошибки при остром животе
2. при инфаркте миокарда
3. при травме черепа

2 По причине их происхождения:

1. ошибки диагностические, к которым относится не распознавание или ошибочное распознавание болезни,
2. ошибки тактические, к которым причисляются неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени проведения операции, её объем и др.
3. ошибки технические, как результат неправильного использования медицинской техники, применение несоответствующих лекарственных и диагностических средств и т.д.
4. деонтологические ошибки (несоблюдение этических норм и правил в общении с больным).

3 По этапам врачебной работы:

1. диагностические

2. лечебные (медикаментозная, манипуляционная, наркозно-реанимационная, хирургическая, алиментарная, лучевая).
3. лечебно-тактические
4. лечебно-технические
5. организационные
6. неправильное ведение документации
7. неправильное поведение медицинского персонала.

4 С учетом характера воздействия на больного:

1. Психогенные (ятрогения общения или информационная)

Причины:

- Непродуманная беседа врача;
- Сообщение без предварительной подготовки тяжелого диагноза или неблагоприятного прогноза;
- Лишняя медицинская информация, непонятная больным (естественно вызывающая у них тревогу);
- Излишняя молчаливость врача, когда у больного создается впечатление, что врач что-то скрывает от него;
- Недоброжелательная мимика, жесты.

2. Ятрогения действия

Причины:

- Погрешности и травмы при диагностических исследованиях;
- Ошибки при оперативном вмешательстве;
- Неправильное назначение лекарственных средств

Ятрогения бездействия

Причины:

- Несвоевременное проведение лечения.

5. **По частоте их встречаемости**

- (зависящие от несовершенства наших знаний на современном этапе – 20%)
- зависящие от несоблюдения правил клинического обследования – 50%
- зависящие от состояния больного – 30%.

Ошибки допускаемые медсестрой называют сороригении (от лат. soror – сестра).

В клинической практике встречаются комбинированные ошибки, допускаемые одновременно и врачом и медицинской сестрой.

Врачебные ошибки могут приводить к ятрогенным заболеваниям.

Ятрогении - все заболевания и патологические процессы, которые возникают под влиянием медицинских мероприятий, проведенных с профилактическими, диагностическими, реанимационными, лечебными или реабилитационными целями, независимо от того были ли эти действия ошибочными или правомерными.

Ятрогении – это ухудшение болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением медицинского персонала.

Ятрогении – это отклонения в состоянии больного, которые обусловлены необдуманными заключениями, добросовестными заблуждениями, ошибочными высказываниями, а иногда и самоуверенностью врача, т.е. нарушениями медицинской деонтологии.

Ятрогении очень тяжело распознаются, требуют постоянного анализа, тем более, что они в 30% случаев не распознаются при жизни больного. Ятрогении считаются самостоятельными нозологическими единицами.

Виды ятрогений:

Манипуляционная ятрогения

Вызвана обилием диагностических и лечебных внутрисосудистых и другого рода воздействий:

- ошибочное введение иногруппной крови (ошибки при определении группы крови, совместимости и т.д.);

- ошибки при уходе за катетером, находящимся в магистральной вене (нарушение асептики и антисептики, приводящие к тромбофлебиту магистральных вен; случайное пересечение катетера при смене повязки с его последующей миграцией в полость сердца).

- технические погрешности при инструментальных и специальных исследованиях и манипуляциях, связанные с неопытностью врача, освоением новой методики, анатомическими особенностями и т.д. (например, перфорация пищевода при эзофагоскопии, повреждение трахеи при интубации или бронхоскопии, повреждение подключичной артерии при попытках катетеризации подключичной вены).

- Низкое качество оборудования, аппаратуры, инструментов (венозные катетеры, приводящие к тромбозам, повышено ломкие, грубые кишечные зонды, вызывающие пролежни, и т.д.)

- Ошибки при уходе за больными, чаще за новорожденными и грудными детьми (ожоги от грелок, инфильтраты от внутримышечных инъекций)

Наркозно-реанимационная ятрогения

- ошибки при выборе вида наркоза,
- ошибки при проведении наркоза,
- ошибки при проведении реанимационных мероприятий (неправильно выбран режим ИВЛ, повреждение целостности грудной клетки, пневмоторокс и т.д.

Хирургическая

- оставленные инородные тела в постоперационной ране при полостных операциях;
- случайные осложнения диагностических процедур

Алиментарная

- Ошибки врачей диетологов

Лучевая ятрогения

Неправильное назначение доз при использовании методов лучевой диагностики и лечения.

Отдаленные ятрогении

- При заместительной гормонотерапии наступает перестройка на уровне всего организма (например, использование глюкокортикоидов, приводит к развитию остеопароза.

- Родовая черепно-мозговая травма как следствие нарушение психомоторного развития;

- Удаление селезенки, впоследствии тяжелые гнойные инфекции.

Псевдоятрогении (псевдо-ложный) – заболевания, вызванные самолечением

Все действия врачей, имевшие неблагоприятные последствия для больного делят на 3 группы:

- несчастный случай
- врачебные ошибки
- профессиональные преступления (наказуемые в уголовном порядке)

Несчастный случай - неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить.

К несчастным случаям относят:

1. активизирование дремлющей инфекции;
2. послеоперационные осложнения (воздушную эмболию, кровотечение и перитонит);
3. асфиксию во время наркоза;

4. рефлекторную остановку сердца во время эзофагоскопии;
5. остановку сердца или бронхоспазм во время наркоза;
6. психический шок со смертельным исходом;
7. смертельный исход во время диагностических мероприятий: ангиография, пиелография, гастродифиброскопия, спинномозговая пункция, катетеризация сердца;
8. смертельный исход при переливании крови.

Отличие несчастного случая от медицинской ошибки в том, что он не связан с неправильными действиями врачей.

Профессиональное преступление.

Преступление – совершенное общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное под угрозой наказания (ст. 14 УК РФ).

Применительно к врачебным действиям рассматриваются только те ситуации, когда здоровье и жизнь пациента могут быть сохранены, но не сохраняются из-за ряда субъективных и объективных факторов.

Объектом уголовной ответственности состава врачебной ошибки является жизнь и здоровье человека, которому оказывалась медицинская помощь.

Объективная сторона преступления – нарушение в медицине установленных правил врачевания, влекущих причинение смерти, тяжких или менее тяжких телесных повреждений.

Субъективная сторона выражается как в умышленном, так и неосторожном нарушении правил врачевания.

Субъектом преступления могут быть: врач, фельдшер, медсестра, акушерка, фармацевт.

Юридическая ответственность за ошибочные действия (бездействия) наступает на общих основаниях.

Уголовная ответственность предполагает общественно опасное, противоправное поведение лица.

Противоправность – такое свойство преступления, которое означает запрет совершения виновного общественно опасного деяния уголовным (а не каким либо иным) законом (а не другим нормативным актом) под угрозой наказания.

Этой проблемой занимается теория права.

Выделяют 3 вида противоправности:

1. прямая
2. смешанная
3. условная

Прямая – это непосредственное запрещение уголовным законом соответствующего действия

Смешанная – признание действия запрещенным уголовным законом, "в связи с тем постольку, поскольку оно признано противоправным др. отраслями права".

Условная противоправность действий, которые в обычных условиях общественно полезны и вред причиняют лишь в сравнительно редких случаях, в связи, с чем подробно регламентировать их нормами права не представляется возможным.

ТЕМА 6 Биоэтические проблемы современной генетики

Цель занятия

Освоение основных категорий, отражающих биоэтические проблемы современной и навыков их использования, необходимых и достаточных для работы с пациентом.

Задачи занятия

- формирование у аспирантов представления об основных понятиях генетики, о генетическом коде;
- формирование у аспирантов представления об основных приемах геномной инженерии;
- формирование у аспирантов представления о методах дородовой диагностики и клонирования.
- обучение правилам профессионального взаимодействия врача с пациентом на различных этапах генетических исследований.

План практического занятия

1. Контроль исходного уровня знаний.
2. Выполнение учебных задач.
3. Контроль практических навыков.
4. Выходной контроль уровня знаний.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

В результате изучения темы **аспирант должен**

Знать	Уметь	Владеть
<p>1. Основные понятия генетики - генетический код и его общность у всего живого</p> <p>2. Основные приемы генетической инженерии и ее этические аспекты к исполнителю при оказании услуги;</p> <p>3. Основные методы дородовой диагностики. Клонирование</p> <p>4. Евгеника, понятие. Евгеника позитивная и негативная</p>	<p>1. Использовать полученные знания и навыки законодательства в области использования генной инженерии в профессиональной деятельности</p> <p>2. Толковать морально-этические аспекты вмешательства в геном, генотерапия, генодиагностика</p> <p>3. Составлять договор по оказанию возмездных медицинских услуг.</p>	<p>1. Знаниями законодательства в области генной инженерии</p> <p>2. Навыками работы с нормативными документами, регламентирующими этические аспекты генетических исследований</p>

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. Генетический код, его структура. Общность кода у всего живого – основа манипуляций с генетическим материалом..
2. Генетическая инженерия – новая технология. Открытие рестриктаз и лигаз – основных генноинженерных «инструментов».
3. Этические проблемы генной инженерии. Законодательство в области использования генной инженерии
4. Морально-этические аспекты вмешательства в геном, генотерапия, генодиагностика. Деонтология в генетике.
5. Методы дородовой диагностики. Клонирование.
6. Трансгенные организмы и возможные экологические последствия их внедрения

7. Евгеника, понятие. Евгеника позитивная и негативная, этические проблемы евгеники.

Выполнение учебных задач по теме: "Биоэтические проблемы современной генетики".

Задача 1.

В больницу для проведения плановой операции поступил Н., его осмотрели: старший ординатор отделения, лечащий врач, оперирующий хирург, анестезиолог; были изучены также заключения специалистов. Противопоказаний к операции обнаружено не было. Во время операции возникло тяжелое осложнение, связанное с повышенной ломкостью и хрупкостью сосудов из-за врожденного генетического заболевания. С целью предотвращения развития гангрены и сохранения жизни пациента врачи ампутировали ему нижнюю конечность. Районный суд г. Москвы в иске к больнице отказал, так как не была доказана причинная связь между техникой производства операции и наступившим осложнением.

Определите биоэтическую проблему. Какой аспект принципа «не вреди» реализован врачами в данном случае?

Задача 2.

Была проведена хирургическая операция по смене пола двухлетнему ребенку. Показанием к оперативному вмешательству стали генетические отклонения от нормы. Ребенок, родившийся без осложнений, нормального веса и роста, выглядел как мальчик, однако имел набор женских хромосом и женские внутренние органы. Медики поставили новорожденному диагноз – женский псевдогермафродитизм. Хирурги сделали ребенку пластику мужских половых органов, преобразовав их в женские, а также откорректировали внутренние детородные органы, деформированные с рождения. После операции малышка официально получила женское имя.

Какими факторами детерминирована половая идентификация ребенка: психологическими, социальными (просьба родителей), медицинскими, религиозными? Поясните.

Регламентируется ли выбор пола будущего ребенка отечественными и зарубежными этическими документами?

Задача 3.

В 1975 году некая Анна Дроссар, подруга знаменитого французского актера Ива Монтана, родила дочь Аврору, а через 14 лет попыталась добиться от него признания в ее отцовстве. Монтан это отрицал. Однако через 3 года после его смерти суд, под впечатлением внешнего сходства между Ивом и Авророй, признал факт их родства. Но его семья опротестовала это решение. Генная экспертиза останков Монтана в 1998 году доказала, что Аврора не была его дочерью.

Всегда ли отцовство имеет предпосылкой генетическое сходство?

В чем специфика этических проблем применение генных технологий?

Тестовые задания к занятию

1. Генетическое прогностическое тестирование производится:

- 1) *только в лечебных целях;
- 2) только в целях медицинских научных исследований;
- 3) с целью осуществления искусственного отбора населения;
- 4) с целью создания благоприятных социальных условий для лиц с повышенными интеллектуальными способностями;
- 5) с целью создания совершенного общества с помощью искусственного отбора.

2. Вмешательство в геном человека может быть осуществлено во всех перечисленных целях, кроме:

- 1) *изменения генома половых клеток;
- 2) в профилактических целях;
- 3) в диагностических целях;
- 4) в терапевтических целях.

3. Морально-этические проблемы медицинской генетики (диагностика, лечение, профилактика, прогнозирование) не имеют отношения к:

- 1) исключительно пациенту;
- 2) интересам семьи и родственников пациента;
- 3) благополучию потомства и здоровью грядущих поколений;
- 4) качеству жизни общества;
- 5) *предшествующим поколениям.

4. Геном человека – это:

- 1) *общечеловеческое достояние;
- 2) собственность фирм и институтов «прочитавших его»;
- 3) собственность тех людей, чей материал был использован для исследования;
- 4) собственность отдельных государств, участников проекта.

5. Клонирование человека – это явление:

- 1) допустимое с точки зрения этики;
- 2) *неприемлемое с точки зрения этики;
- 3) нуждающееся в регулировании законом;
- 4) возможное только теоретически.

6. Клонирование человека – это явление, которое может:

- 1) *фундаментально изменить представления людей о ценностях жизни;
- 2) обеспечить бессмертие для человека;
- 3) привести к созданию людей, с опасными для общества качествами;
- 4) оказать благоприятное воздействие на институт общественной морали.

7. Клонирование человека в мире:

- 1) запрещено во всех странах навсегда;
- 2) *на него наложен временный мораторий;
- 4) разрешено в отдельных странах;
- 5) вопрос не изучен.

8. Генетический скрининг - это анализ генетического материала человека с целью выявления:

- 1) *моногенных и полигенных наследственных болезней
- 2) соматических болезней;
- 3) предболезни;
- 4) стресса.

9. Устранение возможных наследственных болезней через посредство генетического скрининга ЭКО зародыша или пренатально взятых клеток

- 1) аморально и не допустимо вообще;
- 2) недопустимо из-за религиозных запретов;
- 3) * соответствует фундаментальному принципу этики «делай добро».

10. Позитивная евгеника человека это:

- 1) благо для человека;
- 2) зло для человека;
- 3) допустимо в практике;
- 4) *недопустимо, так как может привести к тяжелым моральным конфликтам и нарушению прав личности.

11. Проведение генетического скрининга возможно:

- 1) *при соблюдении принципа добровольного информированного согласия;
- 2) без соблюдения принципа добровольного информированного согласия;
- 3) при публичном оглашении полученных результатов;
- 4) в нарушение конфиденциальности.

12. Фетальная терапия (лечебное применение фетальных тканей или клеток):

- 1) благо для человека и должна быть разрешена;
- 2) должна быть запрещена из-за запретов церкви;
- 3) должна быть запрещена из-за неэффективности;
- 4) должна быть запрещена, так как может нанести реципиенту вред различного характера
- 5) *необходимо продолжить экспериментальное изучение вопроса.

13. Фетальная терапия (использование тканей плода с научными и лечебными целями) возможно

- 1) *при соблюдении принципа информированного согласия доноров;
- 2) не затрагивая принцип информированного согласия;

3) без соблюдения принципа конфиденциальности источника получения материала;

4) при обязательной финансовой оплате.

14. Генетическая паспортизация это:

1) расшифровка всего генома конкретного человека;

2) *расшифровка небольшой части генома конкретного человека;

4) внесение в паспорт человека различных генетических данных;

5) внесение в паспорт человека различных фенотипических признаков;

15. Генетическая паспортизация

1) вызывает неприятие из-за моральных проблем;

2) *требует строжайшей конфиденциальности из-за возможных злоупотреблений;

3) должна широко применяться в каждом обществе;

4) должна быть запрещена.

Дидактический материал к практическому занятию

Достижения медицинской генетики поставили перед обществом большое количество проблемных вопросов.

Особенности проблем медицинской генетики:

- семейный характер,
- возможность диагностировать патологию внутри утробно, тогда когда болезни еще нет,
- неизлечимость генетической патологии,
- недерективность.

Генодиагностика – комплекс мероприятий выявляющих наследственную патологию в период внутриутробного развития и после рождения.

Виды ошибок:

Ложноположительный результат – когда часть здоровых людей диагностируется как потенциально больные.

Ложноотрицательный результат – когда часть больных людей диагностируются как здоровые.

Проблемы генодиагностики:

- диагностические ошибки,
- инвазивность некоторых методов диагностики,
- сохранение конфиденциальности.

Генетическое тестирование – выявление наследственной патологии у конкретного пациента. Проводится только с согласия пациента.

Генетический скрининг – обследование группы людей или целой популяции на предмет генетического заболевания.

Разрешен только с согласия родителей или законных представителей, или в случае подозрения на тяжелую наследственную патологию (например, фенилкетонурия).

Генотерапия – это совокупность генно-инженерных (биотехнологических) методов, направленных на внесение изменений в генетический аппарат соматических клеток человека в целях лечения патологии.

Проблемы генотерапии:

- безопасность пациента,
- риск возникновения новых мутаций,
- развитие автоэволюции.

Евгеника – учение об улучшении человеческого рода.

Виды евгеники:

3. Позитивная

4. Негативная

Позитивная евгеника – улучшение человеческого рода путем создания условий и методов, способствующих совершенствованию качеств человеку (например, браки между талантливыми людьми).

Негативная евгеника - улучшение человеческого рода путем предупреждения возможного ухудшения наследственных качеств (например, принудительная стерилизация, принудительные аборты, запрет рождения детей).

Основная цель евгеники – создать и сохранить на Земле самых здоровых, красивых, талантливых людей.

Достижение цели евгеники нарушает принцип справедливости, право человека на жизнь и автономию. Выбирать должна природа.

Клонирование - получение генетически идентичных потомков бесполом размножением.

Различают два способа клонирования:

- близнецовое деление
- пересадка клеточного ядра.

Основные задачи клонирования:

- решить проблемы бесплодных браков,
- решить проблемы донорства в трансплантологии.

Основной аргумент "за" клонирование

- право на материнство и отцовство.

Основные аргументы "против" клонирования:

- нарушается право эмбриона на жизнь,
- нет гарантий рождения здорового ребенка,
- не определен правовой статус клонированного человека,

- приведет к эугенизму,
- нарушит важнейшие семейные связи,
- приведет к проблеме нарушения видового разнообразия людей,
- породит ряд сложных социальных проблем (социальная адаптация, личностное развитие, уголовная ответственность).

В Российской Федерации в соответствии с временным законодательным определением клонирование человека – это создание человека генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишенную ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека. В ФЗ №54 "О временном запрете на клонирование человека от 20 мая 2002 г. говорится о временном запрете на клонирование человека, исходя из принципов уважения человека, признания ценности личности, необходимости защиты прав и свобод человека и учитывая недостаточно изученные биологические и социальные последствия клонирования человека.

ТЕМА 7 Эксперименты на человеке и на животных с биоэтических позиций

Цель занятия

Изучить этические аспекты проведения экспериментов на животных и исследований на человеке с точки зрения.

Задачи занятия

- формирование у аспирантов представления об основах экспериментальной деятельности, виды, цели, задачи, правила проведения эксперимента;
- формирование у аспирантов представления об этических аспектах проведения исследований на человеке и животных;
- обучение знаниями для составления добровольного информированного согласия при проведении экспериментов на человеке.

План практического занятия

1. Контроль исходного уровня знаний.
2. Выполнение учебных задач.
3. Контроль практических навыков.
4. Выходной контроль уровня знаний.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ – 4 академических часа

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – Учебный кабинет

В результате изучения темы аспирант должен

Знать	Уметь	Владеть
<p>1. Основы экспериментальной деятельности, виды, цели, задачи, правила проведения эксперимента.</p> <p>2. Этические аспекты проведения исследований на человеке</p> <p>3. Этические аспекты проведения исследований на животных</p> <p>4. основополагающие источники современных моральных норм проведения экспериментов и клинических испытаний на человеке и животных</p>	<p>1. Формулировать этические проблемы при проведении научных исследований</p> <p>2. Представлять научные публикации результатов экспериментов с учетом требований биоэтики</p> <p>3. Выделять биоэтические проблемы проведения исследований и испытаний на эмбрионах и плодах человека, детях, недееспособных пациентах, заключенных, военнослужащих</p>	<p>1. Знаниями для составления добровольного информированного согласия при проведении экспериментов на человеке.</p> <p>2. Навыками замещения животных молекулярно-биологическими, компьютерными, математическими или иными моделями</p>

Контрольные вопросы и задания для определения исходного уровня знаний

1. История эксперимента. Виды, цели, задачи эксперимента. Правила проведения эксперимента.
2. основополагающие источники современных моральных норм проведения экспериментов и клинических испытаний на человеке (“Хельсинская декларация”).
3. Человек как экспериментальный объект. Принципы уважения автономии личности и соблюдение принципа “не навреди!” при проведении биомедицинских исследований на человеке.
4. Правило добровольного информированного согласия как необходимое условие проведения экспериментов на человеке.

5. Права испытуемого. Оправданный риск. Проблемы проведения исследований и испытаний на эмбрионах и плодах человека, детях, недееспособных пациентах, заключенных, военнослужащих.
6. Этика научных публикаций результатов экспериментов.
7. Этические аспекты проведения экспериментов на животных. Животные как экспериментальный объект.
8. Гуманное отношение к лабораторным животным и методам их умерщвления. Морально-этические проблемы, связанные с исследованиями и экспериментами на животных. Минимизация страданий лабораторных животных, моральный смысл обезболивания.
9. Замещение животных молекулярно–биологическими, компьютерными, математическими или иными моделями.

Выполнение учебных задач по теме: "Эксперименты на человеке и на животных с биоэтических позиций".

Задача 1.

В рамках научно-исследовательской работы доктор проводит сравнительный анализ двух методов лечебной физкультуры при травмах конечностей у детей. Один из них – традиционный, старый, в свете новых представлений в чем-то неправильный. Другой – недавно разработанный и чрезвычайно эффективный.

Назовите вид экспериментального исследования. Какие этические правила нарушены по отношению к пациентам в контрольной группе?

Задача 2.

Больной с тяжелым неизлечимым заболеванием получает предложение участвовать в слепом плацебо - контролируемом исследовании. Принципиально новое лекарственное средство, вероятно, может радикально улучшить его самочувствие, но все свойства и эффекты действия этого лекарства неизвестны.

Объясните, что такое плацебо – исследование. Назовите вид экспериментального исследования. Кто и что определяет решение вопроса об участии в исследовании?

Задача № 3. Больной К. согласился на участи в клиническом исследовании принципиально нового лекарственного средства. В ходе эксперимента больной почувствовал себя плохо.

Имеет ли он право на отказ в эксперименте? Как должен повести себя врач - исследователь? В каких документах отражены правила проведения биомедицинских исследований?

Тестовые задания к занятию

1. Согласно Нюрнбергскому кодексу запрет на проведение экспериментов, предполагающих смертельный исход, имел исключение в случае, когда:

- 1) *врачи-исследователи ставят подобные эксперименты на себе;
- 2) имеется добровольное согласие испытуемого;
- 3) испытуемый - заключенный, приговоренный к смертной казни;
- 4) испытуемый – смертельно больной.

2. Согласно этическим документам, регламентирующим медико-биологические эксперименты возможно прекращение эксперимента по желанию испытуемого:

- 1) после получения первых результатов эксперимента;
- 2) только в случае угрозы жизни испытуемого;
- 3) после получения согласия исследователя на прекращение эксперимента
- 4) *на любом этапе исследования.

3. В каком этическом документе впервые появилось требование, согласно которому «цель и методы проведения любой экспериментальной процедуры на человеке должны быть рассмотрены независимым этическим комитетом:

- 1) в Нюрнбергском кодексе;
- 2) *в Хельсинской декларации ВМА;
- 3) в «Конвенции о правах человека и биомедицине» Совета Европы;
- 4) в «Международных рекомендациях по проведению биомедицинских исследований с использованием животных».

4. Этический комитет – это:

1) *общественный рекомендательный и консультативный орган, рассматривающий проблемы медицинской этики и морали главным образом в тех ситуациях, которые не описаны или не четко описаны в законе;

2) общественный орган, рассматривающий нарушение медицинского законодательства;

3) общественный орган, рассматривающий общечеловеческие аморальные поступки;

4) законодательный орган, осуществляющий разработку законодательных актов в области биомедицины.

5. Этические комитеты создаются с целью:

- 1) *защиты прав и интересов испытуемых и пациентов;
- 2) защиты прав врачей, медицинского персонала;
- 3) разработки законодательных актов в области медицины;
- 4) защиты интересов некомпетентных больных;
- 5) юридического консультирования испытуемых и пациентов.

6. Международный документ, в котором впервые в международной практике были сформулированы принципы проведения экспериментов на человеке:

- 1) *Нюрнбергский кодекс;
- 2) Хельсинская декларация ВМА;
- 3) «Конвенция о правах человека и биомедицине» Совета Европы.

7. С этических и правовых позиций эксперимент может проводиться на:

- 1) заключенных под стражу, военнопленных;
- 2) умственно отсталых лицах;
- 3) *медиках, биологах, компетентных «немедиках», с их письменного согласия;
- 4) детях до 15 лет.

8. Действующий закон РФ «О лекарственных средствах» запрещает проведение клинических исследований лекарственных средств на:

- 1) студентах ВУЗов;
- 2) гражданах иностранных государств;
- 3) пациентах больниц;
- 4) *лицах отбывающих наказание в местах лишения свободы, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

9. Понятие «информированное согласие» включает в себя все, кроме:

- 1) информации о цели предполагаемого вмешательства;
- 2) информации о характере предполагаемого вмешательства;

- 3) информации о возможных негативных последствиях;
- 4) информации о связанном с вмешательством риске;
- 5) *информации о несомненном приоритете пользы вмешательства по сравнению с возможным риском.

10. Пациент имеет право отказаться от участия в клинических исследованиях лекарственного средства:

- 1) на начальном этапе проведения исследования;
- 2) до подписания информированного согласия;
- 3) *на любой стадии проведения исследований;
- 4) после подписания информированного согласия при условии согласия экспериментатора.

11. К лицам, не способным дать информированное согласие, относятся все, кроме:

- 1) лиц до 15 лет;
- 2) лиц с умственной неполноценностью;
- 3) лиц с тяжелыми формами заболеваний, блокирующих сознание;
- 4) *граждан с иностранным подданством.

Дидактический материал к практическому занятию

Развитие науки определяется экспериментальной деятельностью.
История эксперимента.

Эксперимент – опыт.

Эксперимент – это научно поставленный опыт; наблюдение исследуемого явления в точно учитываемых условиях, позволяющий следить за ходом явления и многократно воспроизводить его при повторении этих условий.

Отличие эксперимента от наблюдения состоит в том, что реально можно моделировать условия и многократно повторять, так как хочется экспериментатору.

Эксперимент создается искусственно, а наблюдение осуществляется в естественных условиях.

Экспериментатор (или исследователь) – это человек, который запланировал и сам ведет эксперимент.

Испытуемый – субъект или объект над которым проводят эксперимент.

Проведение эксперимента осуществляется с учетом всех основных принципов "не навреди", "делай благо", "уважение автономии личности", "справедливости".

Виды эксперимента:

- с морально – этической точки зрения
- недобросовестные (аморальные, преступные),
- добросовестные (моральные)
- с учетом поставленной цели и задачам
- терапевтические (клинические),
- нетерапевтические (медико – биологические).

Терапевтические (клинические) эксперименты проводятся с целью разработки новых средств и методов диагностики и лечения больных, как правило, в условиях стационара.

Нетерапевтические (медико-биологические) эксперименты проводятся с целью изучения функций организма в условиях нормы и патологии, когда раскрываются причины, механизмы, исходы различных заболеваний, степень опасности влияния внешних факторов (природных и техногенных). В основе этих экспериментов находится интерес исследователя, а не благо для испытуемого.

Именно в такого рода экспериментах ученые забывают о риске, о безопасности испытуемого, где главной целью является получение новых данных. Примеры различные виды оружия массового поражения, влияние химических веществ на организм человека. Ярким примером является эксперименты проводимые фашистами во время ВОВ. В 1947г. На Нюрнбергском процессе исследования и испытания немецко-фашистских врачей были квалифицированы как преступление против человечества и был принят документ, призывающий к гуманным экспериментам.

Нюрнбергский кодекс, основные положения:

1. Эксперимент должен проводиться обязательно с учетом добровольного информированного согласия испытуемого.

2. Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты

3. Планировать эксперимент необходимо так, чтобы предполагаемый результат оправдал саму постановку эксперимента.

4. При проведении эксперимента необходимо максимально избегать всех физических и психических страданий и повреждений испытуемого.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в случае, если *prigori* есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения испытуемого; исключением, возможно, могут являться случаи, когда врачи-исследователи выступают в качестве испытуемых при проведении своих экспериментов.

6. Степень риска, связанного с проведением эксперимента, никогда не должна превышать гуманитарной важности проблемы, на решение которой направлен данный эксперимент.

7. Эксперименту должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено оборудованием, необходимым для защиты испытуемого от малейшей возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента от тех, кто проводит его или занят в нем, требуется максимум внимания и профессионализма.

9. В ходе проведения эксперимента испытуемый должен иметь возможность остановить его, если, по его мнению, его физическое или психическое состояние делает невозможным продолжение эксперимента.

10. В ходе эксперимента исследователь, отвечающий за его проведение, должен быть готов прекратить его на любой стадии, если профессиональные соображения, добросовестность и осторожность в суждениях, требуемые от него, дают основания полагать, что продолжение эксперимента может привести к ранению, инвалидности или смерти испытуемого.

Хельсинская декларация, принятая 18-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1964 году, служит своего рода продолжением Нюрнбергского кодекса.

Конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (конвенция о правах человека и биомедицине), принятая Парламентской Ассамблеей Совета Европы в апреле 1997 года, является наиболее действенным в настоящее время международно-правовым документом по проблемам медицинских исследований с участием живых людей.

Все перечисленные правовые акты предназначены защитить права, свободы и достоинства человека применительно к достижениям биологии и медицины, и как частный случай при проведении медицинских экспериментов.

Конституция РФ, принятая в 1993г., в общих чертах определяет правомерность осуществления медицинского эксперимента. В статье 21 содержится следующее положение: "Никто не должен подвергаться

пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть, без добровольного согласия, подвергнут медицинским, научным или другим опытам".

Закон РФ "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22 июля 1993г.№5487-1. Статья 43 свидетельствует, что " Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно поведенном лабораторном эксперименте". Этим положением законодатель определяет невозможность осуществления медицинских экспериментов в учреждениях здравоохранения частной формы собственности.

Это наиболее правильный подход, поскольку контроль над проведением экспериментов более реален в учреждениях государственной и муниципальной системы.

Закон РФ №86-ФЗ "О лекарственных средствах" от 22 июня 1998 г. В соответствии с данным законом, целью клинических исследований лекарственных средств является получение научными методами оценок и доказательств эффективности и безопасности лекарственных средств, данных об ожидаемых побочных эффектах от применения лекарственных средств и эффектах взаимодействия с другими лекарственными средствами.

Решение о проведении клинических исследований конкретного лекарственного средства принимается федеральным органом контроля качества лекарственных средств.

Чаще объектом клинического исследования становится больной человек потому, что он надеется хоть на какую то пользу, облегчение страданий, на выздоровление, на продление жизни.

На участие в эксперименте гражданин привлекается только с его письменного добровольного информированного согласия.

При проведении разъяснительной беседы с потенциальным испытуемым или его законным представителем, оформлении письменного согласия и других документов должны быть освещены следующие вопросы:

- научное обоснование исследования;
- задачи исследования;
- исследуемый препарат и вероятность попадания в одну из групп испытуемых;
- процедуры исследования, включая инвазивные методы;
- обязанности испытуемого;
- экспериментальные процедуры исследования;
- неудобства для испытуемого, а также объективно предсказуемый риск как для самого испытуемого, так и для зародыша, плода или грудного ребенка;
- объективно ожидаемая польза. Если исследование не имеет терапевтических целей, необходимо сообщить об этом испытуемому;
- другие виды лекарственного и нелекарственного лечения, которые могут быть назначены испытуемому, а также их потенциальные польза и риск;
- компенсация и (или) лечение, на которые испытуемый может рассчитывать в случае причинения вреда его здоровью и жизни в ходе исследования;
- размер выплат испытуемому, если таковые предусмотрены, пропорционально длительности его участия в исследовании;
- добровольность участия в исследовании. Испытуемый может отказаться от участия в исследовании в любой момент без каких либо

санкций или ограничения его прав на другие виды диагностики, лечения, реабилитации;

- список лиц, к которым можно обратиться для получения дополнительной информации об исследовании и правах испытуемого, а также специалистов, с которыми испытуемый может связаться в случае нанесения вреда его здоровью в ходе исследования;

- возможные обстоятельства и /или причины, по которым участие испытуемого в исследовании может быть прекращено;

- предполагаемая длительность участия испытуемого в исследовании;

- приблизительное число испытуемых, участвующих в исследовании.

Здоровых испытуемых можно разделить на две группы:

- с медицинским образованием,
- без медицинского образования.

Преимущества первой группы:

- понимание происходящего, четкое описание своих ощущений;
- оценка риска.

Запрещается поведение клинических исследований лекарственных средств на:

- несовершеннолетних, не имеющих родителей;
- беременных женщинах, за исключением случаев, если проводятся клинические исследования лекарственных средств, предназначенных для беременных женщин, когда необходимая информация может быть получена только при клинических исследованиях лекарственных средств на беременных женщинах и когда полностью исключен риск нанесения вреда беременной женщине и плоду;
- военнослужащих;
- лицах, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также на лицах, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

Условия проведения медицинских экспериментов с участием человека.

- добровольное информированное согласие испытуемого на проведение эксперимента;
- соблюдение прав и законных интересов объекта исследования;
- научная обоснованность испытания;
- достаточность клинической (лабораторной) базы;
- квалификация врачей исследователей;
- приоритет интересов участника эксперимента над целями работы (минимизация риска);
- заключение этического комитета;
- адекватная компенсация участникам медицинского эксперимента.

Соблюдение прав и законных интересов объекта исследования заключается в соблюдении основных этических принципов:

- уважение личности;
- достижение пользы ("делай благо");
- не причинение вреда;
- справедливости.

В современных медико-биологических исследованиях объектом эксперимента являются животные. Согласно "Международному Этическому Кодексу по проведению экспериментов с использованием животных" необходимо учитывать следующие принципы:

- гуманно относиться к подопытным животным и постоянно изыскивать способы получения того же результата без привлечения животных;
- следует применять методы, не требующие использования животных, среди них биологические системы "in vitro", математическое и компьютерное моделирование;

- следует выбирать животных для процедуры, соответствующего вида и качества; использовать их в минимальном количестве, необходимом для получения обоснованных результатов;

- необходимо обеспечивать надлежащее использование животных, в том числе исключить или минимизировать дискомфорт, стресс и боль, когда это согласуется с обоснованной практикой научных работ. Если не установлено иное, ученые должны считать, что процедуры, вызывающие боль и стресс у человека, могут вызывать боль или стресс и у животных;

- процедуры вызывающие не только кратковременные или незначительные боль или стресс, должны выполняться с применением соответствующих седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств;

- животные, которые в ином случае страдали бы от выраженных или хронических болей или стресса, которые невозможно облегчить после завершения процедуры, должны безболезненно забиваться в конце процедуры или, если это уместно во время процедуры;

- условия существования животных должны быть соответствующими для их вида и поддерживать их здоровье и комфортное состояние;

- ученые и другой персонал должны иметь надлежащие квалификацию и опыт для выполнения процедур на живых животных и проходить обучение на рабочем месте, в том числе по надлежащему и гуманному уходу за лабораторными животными (по мере необходимости).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Шамов, И. А. Биомедицинская этика [Электронный ресурс] : учебник / И. А. Шамов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 286 с. – URL : ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
2. Биоэтика [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальностям высш. проф. образования группы "Здравоохранение" / В. В. Сергеев и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013." . - 240 с. – URL : ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru

Дополнительная литература

1. Лопатин, П. В. Биоэтика [Текст] : учебник / П. В. Лопатин, О. В. Карташова ; под ред. П. В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 269 с.
2. Банных, С. В. Биоэтика [Электронный ресурс] : учебное пособие / С. В. Банных, А. В. Будаев, Г. В. Лисаченко. – Кемерово, 2016. – 399 с.
3. Банных, С. В. Философские основания биоэтики [Текст] [Электронный ресурс]: учебное пособие / С. В. Банных, Н. Н. Ростова ; Кемеровская государственная медицинская академия. - Кемерово, 2010. - 115 с.
4. Уильямс, Джон Р. Руководство по медицинской этике : учебное пособие для студентов медицинских вузов / Джон Р. Уильямс; Всемирная медицинская ассоциация, Российское медицинское общество. - Русское издание / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина, Л. А. Михайлова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 128 с.

Электронная библиотечная система:

Электронная библиотечная система «Консультант студента» Электронная библиотека медицинского вуза : [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа. – М., 2016. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru> карты индивидуального доступа.

Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] / ООО ГК «ГЭОТАР». – М., 2016. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru> карты индивидуального доступа.

Электронная библиотечная система «Национальный цифровой ресурс «Руконт» [Электронный ресурс] / Консорциум «Контекстум». – М., 2016. – Режим доступа: <http://www.rucont.ru> через IP-адрес академии.

«Электронно-библиотечная система «ЭБС ЮРАЙТ» [Электронный ресурс] / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ». – Котельники, 2016. – Режим доступа: <http://www.biblio-online.ru> с любого компьютера академии,

подключенного к сети Интернет; с личного IP-адреса по логину и паролю.
Информационно-справочная система «Медицина и здравоохранение» [Электронный ресурс] / Консорциум «Кодекс». – СПб., 2016. – Режим доступа: сетевой офисный вариант по IP-адресу академии.

Справочная правовая система КонсультантПлюс [Электронный ресурс] / ООО «Компания ЛАД-ДВА». – М., 2016. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru> через IP-адрес академии.

Электронная библиотечная система издательства «Лань» [Электронный ресурс] / ООО «Издательство Лань». – СПб., 2016. – Режим доступа: <http://e.lanbook.com> с любого компьютера академии, подключенного к сети Интернет; с личного IP-адреса по логину и паролю.

Интернет-ресурсы:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/limits> Национальная медицинская библиотека США (NLM)

<http://highwire.stanford.edu/cgi/search> поиск в БД Stanford Библиотека университет им. Л. Стэнфорда

http://www1.fips.ru/wps/wcm/connect/content_ru/ru/inform_resources/
БД Российских изобретений на русском языке, БД полезных моделей

<http://elibrary.ru>

Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU

www.kodeks-sib.ru

ИС «Техэксперт» Справочник «Медицина и здравоохранение» – полный комплекс нормативно-правовой и справочной информации.

<http://www.viniti.ru/bnd.html> БД ВИНТИ «Медицина»

<http://www.bookchamber.ru/content/edb/index.html> Электронная летопись авторефератов диссертаций, которые защищаются в научных и высших учебных заведениях Российской Федерации соискателями ученых степеней доктора и кандидата наук. Раздел Медицина

<http://www.iprbookshop.ru/> ООО «Ай Пи Эр Медиа» (IPRBooks)

<http://www.bioethics.ru/> Биоэтический форум

<http://bioethica.iatp.by/links.htm#ev> Сайты, посвященные проблемам биоэтики

<http://www.ethicscenter.ru/> Этика. Образовательный ресурсный центр