

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-02>

О медицинской этике и деонтологии в хирургии

А. Ярмилко,

В. Шильников, доктор медицинских наук,

А. Денисов, кандидат медицинских наук,

А. Байбородов,

Ю. Такмакова,

М. Вишнева

Научно-исследовательский институт травматологии

и ортопедии им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург

E-mail: med-03@yandex.ru

Статья посвящена избранным вопросам этики и деонтологии в медицине, в частности хирургии, на всех этапах деятельности врача-хирурга. Приведен краткий исторический очерк развития обсуждаемых понятий на примерах знаменитых ученых-исследователей. Рассмотрены разные модели взаимодействия, а также раскрыты понятия медицинской тайны, врачебной ошибки, исследован термин «ятрогения», доказана необходимость научной деятельности хирургических отделений. Выделены доминирующие аспекты поведения врачей, касающегося информирования пациентов при выявлении у них жизнеугрожающих заболеваний. Подробно освещена модель взаимодействия врача-хирурга с пациентом и предложен выход из крайне сложных ситуаций. Рассмотрены важные аспекты при предоперационной подготовке и непосредственно осуществлении наркоза при операции. Логично разделены понятия «анестезиолог» и «реаниматолог» и показана важность функций каждого из этих двух разных специалистов. Рассмотрены сложные этические и моральные аспекты лечения больных, представляющих опасность для самого хирурга, в частности пациентов с ВИЧ-инфекцией – определена неизбежность оказания помощи таким больным. Подчеркнута важность проблемы медицинской этики с момента появления данного понятия до наших дней с учетом стремительного развития медицины, в частности, хирургии.

Ключевые слова: этика, деонтология, хирург, хирургия, качество.

Для цитирования: Ярмилко А., Шильников В., Денисов А. и др. О медицинской этике и деонтологии в хирургии // Врач. – 2019; 30 (12): 7–10. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-02>

В наше время неоспорим тот факт, что профессия, связанная с медицинской помощью, не будет приносить пользу человеку, если врач пренебрегает этическими понятиями.

В широком смысле этика – одна из форм идеологии – учение о морали (нравственности), ее развитии, принципах, нормах и роли в обществе. В узком смысле – это совокупность норм поведения, мораль какой-нибудь общественной группы, профессии. В частности, медицинская этика – совокупность норм поведения и морали медицинского работника.

Все чаще совместно с этим понятием встречается термин «деонтология». Данное понятие впервые упомянуто юристом и философом И. Бентамом в XIX веке в Англии. Дословный его перевод с греческого – «учение о должном», а примени-

тельно к медицине – это «учение о должном поведении медицинского работника» [1–3].

Предметом медицинской деонтологии являются главным образом вопросы разработки этических норм и правил поведения медицинского работника при его общении с больными. И, хотя понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» не тождественны, они должны рассматриваться в диалектической взаимосвязи.

В нашей стране данные понятия использовались очень редко вплоть до середины XX столетия, пока не получили более широкое звучание благодаря заслуженному хирургу-онкологу Н.Н. Петрову. Он посвятил этой проблеме свои научные труды и исследования: в 1964 г. в книге «Вопросы хирургической деонтологии» он пишет: «...под медицинской деонтологией мы... должны разуметь учение о принципах поведения медицинского персонала» [4–7].

Каждый понимает, что любые хирургические методы и вмешательства сопровождаются не только продолжительными физическими болевыми ощущениями, но и определенной психологической травмой, степень которой будет зависеть не только от изначального состояния больного, но и от профессионализма врача, который его наблюдает. Каждому больному необходимы забота, внимание, отзывчивость, – ведь он находится в угнетенном моральном состоянии. И хирург является для этого человека тем воплощением силы, которая способна избавить его от страданий. Конечно, основное призвание хирурга – оправдать надежды пациента.

Целью данного обзорного исследования является актуализация с учетом современного уровня развития медицины проблематики хирургической деонтологии и всех связанных с ней понятий. В основу работы легли не только литературные источники, но и личный опыт авторов (большинство из них – практикующие хирурги) в плане деонтологии, этики, безопасности и качества лечения, в частности при хирургических операциях.

Для понимания и раскрытия сути проблематики медицинской этики и деонтологии критический анализ представлен на всех этапах оказания хирургической помощи пациентам.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И БОЛЬНОГО

При рассмотрении понятия медицинской этики основным объектом внимания выступает проблема взаимодействия врача и пациента. Это направление включает в себя соблюдение медицинской тайны, борьбы с физическими страданиями, профилактики такого психологического явления, как ятрогения [6, 8, 9]. Рассмотрим некоторые существующие модели взаимоотношений врача и пациента – патерналистскую, коллегальную, совещательную, инженерную.

Патерналистский принцип существовал повсеместно до середины XX века; он прослеживается во всем известной клятве Гиппократова: «Я направлю режим больным к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Проще говоря, в основе данной модели лежит «отеческое» отношение врача к пациенту. Важное преимущество данного принципа – четкие и продуманные, однозначные действия врача, который должен обладать очень широким объемом опыта и знаний. Отрицательная сторона – больной и его предпочтения в отношении лечения в какой-то степени игнорируются.

Коллегальный принцип заключается в полноправном участии пациента в принятии решения о методах лечения и ис-

следования. Данный принцип получил свое название потому, что больной в какой-то мере является коллегой лечащего его врача, и его голос имеет силу при принятии решения. Недостатками являются частая некомпетентность и непросвещенность пациента в сфере медицины.

Советательный принцип состоит в еще более автономном принятии решений пациентом. Врач является другом и в некой степени учителем, хорошо изучившим больного.

Инженерный принцип появился в конце XX века в связи с развитием общества и всемирным прогрессом, в том числе в сфере инструментальных и лабораторных обследований. Врач не учитывает личность пациента и его желания — по мнению врача, больной не обладает компетентностью в данной области знаний. Медицинский работник в принятии решений ориентируется на результаты ранее проведенных научных исследований.

К сожалению, ни одна из представленных моделей не является идеальной.

ЭТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИНФОРМИРОВАНИЯ

Суть этики обследования наиболее наглядно передают слова отечественного терапевта И.А. Кассирского: «Никогда инструментальное исследование не должно быть опаснее болезни; если опасное исследование можно заменить менее опасным или совсем безопасным без ущерба для результативности, надо сделать это. Следует помнить о противопоказаниях к тем или иным опасным инструментальным исследованиям». Сложно спорить с представленными утверждениями: главная задача врача — с наименьшим беспокойством для больного оказать ему профессиональную помощь.

Информирование пациента о состоянии его здоровья является крайне важной частью лечения — когда врач и больной объединяются в борьбе с заболеванием, только так они добьются наилучших результатов [10]. Хирурги придерживаются в основном 2 стилей при сообщении информации: оптимистического или пессимистического. Об этом наиболее подробно писал А.В. Гуляев: «Врач-оптимист представляет любому больному его болезнь как мелочь...» Это отнюдь не является лучшим вариантом. Больной, чувствуя ухудшение, теряет веру в компетентность врача, а самое главное — в выздоровление. Проведенный опрос прояснил отношение хирургов к необходимости для больных знать четко о своем состоянии. Около 70% врачей уверены, что это право обязательно для каждого больного; 22% не считают, что способны рассказать о прогнозах в полной мере, и около 8% придерживаются мнения, что больной не должен быть информирован о степени тяжести своего состояния [11, 12].

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕ ЕГО

Остановимся на самом главном моменте в хирургическом отделении, наиболее значимом и для хирурга, и для больного — операции. Это и страх предстоящей боли, и тревожность, связанная с результатом. Каждый хирург обязан четко представлять жизнь пациента после операции, проанализировать возможность обойтись без нее, а также учесть ряд осложнений и способов избежать их. В этом заключаются профессионализм и качество работы врача.

Нельзя не упомянуть невероятно острую для хирурга проблему. Это — проблема риска, существовавшая с самого зарождения хирургии. «Не навреди» — знаменитая фраза Гиппократов. Большинство хирургов, естественно, всеми силами

стремятся избежать риска, свести его к минимуму. Тем не менее ни одно медицинское вмешательство не существует без неопределенной доли риска. Различие лишь в том, насколько велики границы вреда и пользы [13]. Когда окончательное решение принято, врач берет на себя ответственность за предстоящее оперативное вмешательство.

Важнейшим моментом является беседа накануне операции. Хирург должен продумать свои слова, сообразуясь с конкретным случаем, быть сдержанным, вселять уверенность. Он должен помнить о деонтологии, думая о пациенте как о человеке, которому хочется принести облегчение любым путем.

Послеоперационный период, с точки зрения деонтологии, не менее важен, чем все другие. В течение последующего времени нахождения больного в стационаре лечащий врач-хирург обязан всегда быть в курсе того, каковы состояние больного, динамика происходящих изменений. В день выписки хирург должен встретиться с пациентом, пожелать ему здоровья, а также дать все нужные наставления и рекомендации о послеоперационном периоде. Это — важнейший пункт хирургической деонтологии!

ПОНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЫ

Врач должен четко осознавать, какой непоправимый вред может нанести разглашение истории болезни пациента делу всей его жизни, положению в обществе, социальному статусу. Несомненно, передавая кому-либо такие сведения, врач подрывает и свою репутацию. Исследование показало, что примерно 83% хирургов никогда не говорят с другими пациентами о заболеваниях; 17% иногда допускают такие беседы и даже упоминают фамилию больного, считая, что таким образом на конкретном примере хотят подтвердить необходимость тех или иных мер, принятых во время лечения [11].

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИКИ ПРОБЛЕМ, ИМЕЮЩИХ ПРЯМОЕ ОТНОШЕНИЕ К ХИРУРГИИ

Сегодня невозможно представить себе операцию без анестезии. В нашей стране вплоть до конца 80-х годов прошлого века обязанности реаниматолога и анестезиолога выполнял один человек. Разделение этих направлений, конечно, привело к значительному повышению уровня организации операции. Главная задача анестезиолога — это обеспечение безопасности больного во время операционного вмешательства. Применительно к деонтологии важнейшим аспектом работы анестезиолога является установление с больным доверительного контакта. Очень важен осознанный подход больного к выбору препарата, с помощью которого будет происходить обезболивание во время операции, поэтому он должен быть четко информирован о предложенном наркозе. Если больной не согласен с подобранным препаратом, необходимо предложить альтернативу, а также ознакомить пациента с возможными осложнениями после наркоза. Наибольшая важность и ответственность анестезиолога (а также часть этики этой профессии) заключаются в том, что этот врач делает все для соблюдения осторожности, правил безопасности, деликатности и этики в отношении больного, который находится в медикаментозном сне.

Основной задачей врача-реаниматолога является лечение состояний, которые влекут за собой нарушение жизненно важных функций организма. Этическая проблема наиболее остро стоит в этой профессии — именно реаниматолог решает, когда можно начинать реанимацию, когда ее стоит окон-

читать и допустимо ли это при конкретном состоянии сердца и мозговой деятельности. Здесь сложность заключается в ответственности, возлагаемой на врача, поскольку больной, как правило, не в состоянии принять решение. На помощь врачу приходит решение родственников и близких, а если случай особенно сложный — то консилиум врачей. Тяжелейшему психологическому, моральному испытанию подвергаются те врачи, которым приходится принимать решение о прекращении реанимации безнадежного больного, подписывая ему тем самым смертный приговор. Несложно догадаться, что работа реаниматологов и анестезиологов связана с высочайшим медико-юридическим риском. Именно к представителям этих профессий обращено больше всего исков по делам, заведенным на медиков. Уберечь врача от претензий пациента и его родственников поможет четкое соблюдение правовых и этических норм.

ОБРАЗ ВРАЧА-ХИРУРГА

Испокон веков врач должен был быть наделен определенными, особыми качествами и, конечно, нельзя не выделить особо образ врача-хирурга. Еще в Древнем Риме Авл Корнелий Цельс писал по этому поводу: «Хирург должен быть человеком молодым или близко стоять к молодому возрасту, он должен иметь сильную, твердую, не знающую дрожи руку; и левая его рука должна быть так же готова к действию, как и правая...»; в XVIII–XIX веке значительно возрос уровень внимания к этике врачебной профессии [14–16].

Важно отметить такое незаменимое для врача качество, как самоотверженность. Можно бесконечно перечислять примеры такого поведения хирурга, когда он, рискуя собственным здоровьем и жизнью, спасает больного. Так, М.М. Дитерихс (1871–1936) писал «... нередко можно наблюдать, как хирург, поранивший себя случайно во время производства операции на септическом больном, что грозит ему самому в дальнейшем иногда тяжелой болезнью и почти всегда невыносимо острыми мучениями, операции не прекращает и, рискуя своим здоровьем, доводит начатую операцию до благополучного конца. И сколько раз было, что больной, на операции которого заразился хирург, шел за его гробом или присылал ему, еще не вполне оправившийся от операции, на гроб цветы... Так умер в Томске профессор Э.Г. Салищев, заразившийся при операции резекции ребра по поводу гнойного плеврита». Подобных примеров самоотверженности медиков бесконечное множество.

Однако есть и иные примеры. В наши дни, когда увеличился риск заражения во время операции гепатитом, вирусом иммунодефицита, венерическими заболеваниями, хирурги по всему миру стали отказываться от оказания медицинской помощи ВИЧ-положительным пациентам, отходя при этом от этических принципов медицины. Статистика показывает, что примерно в 1 случае из сотни порезов или уколов больного с такими заболеваниями происходит заражение медика. Тем не менее полное соблюдение техники безопасности снижает данный риск на 80%. Следует помнить, что отказ от проведения мер по оказанию медицинской помощи ВИЧ-положительным пациентам недопустим не только с этической, но и с профессиональной позиции деятельности врача-хирурга.

А есть и случаи неправильного понимания слова «самоотверженность». Это та ситуация, когда врач, заболевший вирусным гриппом, приходит и выполняет в больнице свою работу, но при этом он только вредит больным и коллегам [17, 18].

Интерес представляют результаты опроса, проведенного среди больных различных хирургических отделений клиник в Санкт-Петербурге. Каждому был задан вопрос об основных, на его взгляд, качествах врача-хирурга.

Условно объединив ответы в 3 группы, удалось прийти к определенным выводам. Первая группа ответивших характеризовала врача исключительно этическими качествами — такими как забота, внимательность, любовь к больным и своему делу, общительность, способность к состраданию (31%). Во 2-й группе больные придерживались мнения о том, что идеальный врач-хирург — тот, кто обладает глубочайшими знаниями в этой сфере и большим опытом, упоминалось такая метафора, как «золотые руки» (19%); 3-я группа, которая оказалась самой многочисленной, утверждала, что врач-хирург должен сочетать в себе все перечисленные качества [17–20].

Таким образом, одной из особенностей современной медицины является крайне быстрое изменение привычных условий работы врачей. Это, конечно, порождает все новые проблемы, которые касаются медицинской этики, морали и деонтологии. Врачи встречаются с нравственными вопросами и проблемами, которых не было у медиков в прошлые годы, и их диапазон будет только расти. Важно всегда находить пути наиболее этических и тактичных разрешений таких ситуаций.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/Reference

1. Ильичев Л.Ф., Федосеев П.Н., Ковалев С.М. и др. *Философский энциклопедический словарь* / М.: Советская энциклопедия, 1983; 840 с. [Il'ichev L.F., Fedoseev P.N., Kovalev S.M. et al. *Filosofskii entsiklopedicheskii slovar'* / М.: Sovetskaya entsiklopediya, 1983; 840 s. (in Russ.).]
2. Ерохина, Л.Д. Гец Н.Ф., Грекова В.В. и др. *Медицинская этика и деонтология (часть III)* / Владивосток: Медицина ДВ, 2017; 229 с. [Erokhina L.D. Geets N.F., Grekova V.V. et al. *Meditinskaya etika i deontologiya (chast' III)* / Vladivostok: Meditsina DV, 2017; 229 s. (in Russ.).]
3. Белогурова В.А. *Культура речи медицинского работника. Учеб. пособ.* / М., 2010; 207 с. [Belogurova V.A. *Kul'tura rechi meditsinskogo rabotnika. Ucheb. posob.* / М., 2010; 207 s. (in Russ.).]
4. Петров Н.Н. *Вопросы хирургической деонтологии* / Л.: Типография им. Володарского, 1956; 163 с. [Petrov N.N. *Voprosy khirurgicheskoi deontologii* / L.: Tipografiya im. Volodarskogo, 1956; 163 s. (in Russ.).]
5. *Медицинская этика. Учеб. пособ. Пер. с англ. под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. 2-е изд., испр.* / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 400 с. [Meditinskaya etika. Ucheb. posob. Per. s ang. Pod red. Yu.M. Lopukhina, B.G. Yudina. 2-e izd., ispr. / М.: GEOTAR-Media, 2010; 400 s. (in Russ.).]
6. Пилипцевич Н.Н., Короед Е.А. *Врач первичного звена здравоохранения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2011; 1: 82–8* [Piliptsevich N.N., Koroyed E.A. *Primary care physician // Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhranieniya. — 2011; 1: 82–8* (in Russ.).]
7. Акопов В.И., Аكوпова Л.Л. *По поводу статьи Димова А.С. «Кризис деонтологии: методологические аспекты» // Клин. медицина. — 2009; 11: 74–5* [Akovov V.I., Akopova L.L. *Po povodu stat'i Dimova A.S. «Krizis deontologii: metodologicheskie aspekty» // Klin. meditsina. — 2009; 11: 74–5* (in Russ.).]
8. Писарев Д.И. *Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии* / М., 1969; 192 с. [Pisarev D.I. *Osnovnyye problemy vrachebnoi etiki i meditsinskoi deontologii* / М., 1969; 192 s. (in Russ.).]
9. Лопатин П.В., Карташова О.В. *Биоэтика. Учебник* / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 272 с. [Lopatin P.V., Kartashova O.V. *Bioetika. Uchebnik* / М.: GEOTAR-Media, 2009; 272 s. (in Russ.).]
10. Кассирский И.Л. *О врачевании* / М., 1970, 270 с. [Kassirskii I.L. *O vrachevanii* / М., 1970, 270 s. (in Russ.).]
11. Лучкевич В.С., Микирчиган Г.Л. *Проблемы медицинской этики в хирургии* / СПб: СПбГМА, 2000; 377 с. [Luchkevich V.S., Mikirchigan G.L. *Problemy meditsinskoi etiki v khirurgii* / SPb: SPbGMA, 2000; 377 s. (in Russ.).]

12. Орлова Е.В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентный подход / М.: ФОРУМ, 2012, 286 с. [Orlova E.V. Kul'tura professional'nogo obshcheniya vracha: kommunikativno-kompetentnostyi podkhod / М.: FORUM, 2012, 286 s. (in Russ.)].

13. Гиппократ. Этика и общая медицина. Письма: букинистическое издание / М.: Мир книги, 2010, 336 с. [Gippokrat. Etika i obshchaya meditsina. Pis'ma: bukinisticheskoe izdanie / М.: Mir knigi, 2010, 336 s. (in Russ.)].

14. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И. Медицинская этика и деонтология / М.: Медицина, 1983, 272 с. [Morozov G.V., Tsaregorodtsev G.I. Meditsinskaya etika i deontologiya / М.: Meditsina, 1983, 272 s. (in Russ.)].

15. История и современные вопросы развития биоэтики медицины. Учебник. Ред. Балалыкин Д.А., Киселев А.С. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; 144 с. [Istoriya i sovremennyye voprosy razvitiya bioetiki meditsiny. Uchebnik. Red. Balalykin D.A., Kiselev A.S. / М.: GEOTAR-Media, 2012; 144 s. (in Russ.)].

16. Рассел Д. История этики / М.: Книга по требованию, 2012; 104 с. [Rassel D. Istoriya etiki / М.: Kniga po trebovaniyu, 2012; 104 s. (in Russ.)].

17. Силуянова И.В. Моральные и гносеологические основания профессионального обязательства «Не навреди» // Мед. этика. – 2015; 3 (1): 64–7 [Siluyanov I.V. Moral and epistemological foundation of professional obligations «do no harm» // Med. etika. – 2015; 3 (1): 64–7 (in Russ.)].

18. Олехнович Л.С. Сестра и пациент: культура общения и поведения // Мед. знания. – 2010; 1: 2–3 [Olekhnovich L.S. Sestra i patsient: kul'tura obshcheniya i povedeniya // Med. znaniya. – 2010; 1: 2–3 (in Russ.)].

19. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 400 с. [Kempbell A., Dzhillett G., Dzhons G. Meditsinskaya etika / М.: GEOTAR-Media, 2010; 400 s. (in Russ.)].

20. Медицинское право и этика / М.: Грантъ, 2009; 192 с. [Meditsinskoe pravo i etika / М.: Grant, 2009; 192 s. (in Russ.)].

ON MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN SURGERY

A. Yarmilko; V. Shilnikov, MD; A. Denisov, Candidate of Medical Sciences; A. Baiborodov; Yu. Takmakova; M. Vishneva

R.R. Vreden Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Saint Petersburg

The paper deals with the selected issues of ethics and deontology in medicine, in surgery at all stages of the surgeon's activities in particular. A brief historical outline of the development of the concepts under discussion is given using the examples of famous research scientists. Various interaction models are considered; the concepts of medical secrecy and a medical error are disclosed; the term of iatrogenism is explored; the need for scientific activity of surgical departments is proven. The dominant aspects of the behavior of physicians in giving information to their patients when the latter are detected to have life-threatening diseases are identified. The model of interaction between the surgeon and the patient is elucidated in detail and a way out of extremely difficult situations is proposed. Important aspects of preoperative preparation and direct application of anesthesia during surgery are considered. The concepts of «anesthesiologist» and «resuscitator» are logically separated and the importance of the functions of each of these two different specialists is shown. The complex ethical and moral aspects of treating the patients posing a danger to the surgeon himself/herself, in particular HIV-infected patients, are considered; the inevitability of providing assistance to such patients is defined. Emphasis is laid on the importance of the problem of medical ethics since this concept has been introduced, by taking into account the rapid development of medicine, that of surgery in particular.

Key words: ethics, deontology, surgeon, surgery, quality.

For citation: Yarmilko A., Shilnikov V., Denisov A. et al. On medical ethics and deontology in surgery // *Vrach.* – 2019; 30 (12): 7–10. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-02>