

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-10-01>

## Особенности этики хирургической деятельности

Е.А. Пятенко,

А.А. Васин,

Н.Н. Крылов, доктор медицинских наук, профессор  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России  
(Сеченовский Университет)

E-mail: nnkrylov01@yandex.ru

*Цель статьи – выявить особенности применения общемедицинской этики в хирургической практике и выделить особые морально-этические проблемы хирургической деятельности, а также найти способы преодоления частных этических проблем как для улучшения общения с больными, так и внутри медицинской команды, центральным и ответственным лицом в которой остается хирург. Особую этику хирургии формируют нетривиальные отношения между теми, кто получает хирургическую помощь, и теми, кто ее оказывает. Понимание сути этих особенностей и глубины этих отношений позволяет постичь причины ранимости и уязвимости наших пациентов и, возможно, понять собственные проблемы.*

**Ключевые слова:** общемедицинская этика, хирургическая деятельность.

**Для цитирования:** Пятенко Е.А., Васин А.А., Крылов Н.Н. Особенности этики хирургической деятельности. *Врач.* 2020; 31 (10): 5–11. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-10-01>

В последние годы все чаще появляются работы [1–3], авторы которых допускают существование комплекса неких моральных предпочтений у подавляющего большинством людей – «универсальной общественной морали», которая стоит выше религиозных и других различий и предполагают, что могут установить заявленными методами (*trolley problem, moral machine experiment*) ее основные характеристики. Предполагается, что через общее признание таких предпочтений человечество будет облагодетельствовано постижением знаний, дающих доступ если не к морально оптимальному, то по крайней мере морально приемлемому выбору в ситуации неопределенности. Утвержденный таким образом гражданский договор должен выдавать моральную лицензию на избранные предпочтения. Такие заявления о нейтральности и универсальности социальной морали в целом и морали медицины в частности, пытаются закрепить как с помощью государственных институтов, так и при поддержке международных организаций [4]. В этих условиях важно очертить особенности, не только присутствующие собственно общемедицинской морали, но объективные признаки хирургической этики.

Медицинская помощь направлена на лечение и болезни, и человека от его болезни, потому – нераз-

рывно связана именно с моралью, этикой и культурой общения [5]. Владение коммуникативными навыками, знание этических принципов и клинические умения важны для обеспечения успешного лечения. Взаимоотношения врача и пациента, особенно в хирургии, представляют собой настоящий микромир, основанный на доверии и взаимоуважении. Ответственность врачей, необходимость спасать жизни и быстро действовать в условиях ограниченности времени и информации заставляют впоследствии анализировать и оценивать свои действия, рассуждать о «правильности» принятия решения [6].

На практике хирурги обычно принимают решения посредством комбинации различных процессов и умений – от интуитивного, подсознательного, опытного до аналитического [7]. Адаптированные к динамическим решениям, они быстро переключаются от интуитивного подхода до всестороннего анализа преимуществ и рисков [8]. В выстраивании плана лечения клиницистам следует руководствоваться рекомендациями и принципами доказательной медицины. Поскольку обычно исход конкретного хирургического вмешательства предсказать трудно, выбор «оптимальной тактики», продолжения или прекращения лечения, как правило, вызывает внутренние переживания у врача. Хирурги (как и другие клиницисты) несут ответственность за лечение и уход за больными, поэтому важно действовать правильным образом по отношению к больным, их семьям и своим коллегам. Межличностные отношения в коллективе, недостаточная компетентность коллег также рассматриваются медиками как серьезные моральные дилеммы.

Несмотря на постоянный рост научных знаний, повышение эффективности медицинской помощи, в условиях высоких ожиданий, предъявляемых обществом к результатам лечения, врачи продолжают сталкиваться с проблемами распределения ограниченных ресурсов (например, дефицит аппаратов искусственной вентиляции легких в разных странах мира во время пандемии COVID-19, а также компонентов крови, современного шовного материала и антибиотиков в непризнанных Донецкой и Луганской народных республиках в период локального военного конфликта 2014 г.). При этом постоянно растущие потребности пациентов, ожидание высокого уровня комфорта, расчет на идеальные условия работы клиник заставляют медиков уделять этому все больше времени. Страх быть обвиненными в неоправданных ожиданиях со стороны пациентов и осознание зависимости клинических решений от большого количества внешних факторов, в том числе экономических, приводят к снижению профессиональной автономии врача и доверия к нему со стороны больных. Как следствие – поиск пациентами нетрадиционной медицинской помощи, расчет на народных целителей, амулеты и обереги.

Мы поставили цель выявить особенности применения общемедицинской этики в хирургической практике и выделить особые морально-этические проблемы хирургической деятельности, а также найти способы преодоления этических проблем как для улучшения общения с больными, так и внутри медицинской команды, центральным и ответственным лицом в которой остается хирург.

Этическую основу любой медицинской деятельности (всего в медицине насчитывают >160 различных специальностей) формируют принципы «не навреди», «делай благо», «с уважением относись к автономии пациента» (его ценностям и его решениям), «проявляй законность, честность и справедливость» (например, в распределении ресурсов) [4]. Эти общемедицинские этические принципы применимы в любой ситуации и традиционно закреплены в моральных кодексах разных стран. Конкретные этические принципы – это те интерпретации общих принципов, которые применяются в данном случае, в данной области медицины. Эти конкретные принципы могут содержаться в этических кодексах, авторитет которых зависит от признания лежащих в их основе ценностей, что вызывает трудности в достижении консенсуса между разными группами специалистов.

В последние десятилетия XX века наблюдался постепенный переход от патернализма к признанию автономии пациентов. Уважение предпочтений, потребностей и ценностей пациента считается одним из аспектов высокого качества медицинской помощи. Для успешного объединения принципов доказательной медицины и лечения, направленного на конкретного пациента с уважением к его ценностям и потребностям, необходимо следование концепции «двустороннего обмена» (врач–пациент) с предоставлением полной информации, основанной на фактических данных. Совместное принятие решений повышает удовлетворенность пациентов и может сократить расходы, связанные с нежелательными диагностическими и лечебными процедурами. Пациенты могут получить информацию о состоянии здоровья, характере предлагаемого лечения, рисках и прогнозах. Клиницисты и пациенты обмениваются данными, жизненным опытом, уважая точку зрения друг друга. Роль врача заключается в выявлении, представлении и объяснении всех приемлемых в данном случае методов диагностики и лечения с обоснованиями преимуществ и негативных сторон.

Какое количество информации, и в какой форме необходимо и достаточно предоставить пациенту для понимания его состояния и принятия решения? Подробная детализация, скорее всего, может напугать больного, он может даже отказаться от выбора конкретного варианта лечения и предоставить это решение врачу. Были определены показатели качества и безопасности лечения с точки зрения пациентов – доступное изло-

жение информации и обучение пациента и его семьи, уважение к ценностям и предпочтениям, физический комфорт, в том числе адекватное обезболивание, эмоциональная поддержка и облегчение тревоги и страха, комплексный подход («сопровождение» пациента) и доступность медицинской помощи [9–11].

Успешное общение, умение слушать и слышать – искусство. Работа врача включает в себя беседу с больным и его семьей, обсуждение диагноза и хирургического лечения, общение внутри медицинской команды. Лидером во всех этих взаимодействиях остается хирург. Отношения между врачом и пациентом должны быть личными/доверительными, поэтому беседу лучше проводить лицом к лицу. Каждая реплика, тон, взгляд, мимика могут способствовать или препятствовать развитию доверительных отношений. Создание комфортных условий для общения во время консультации способствует снижению тревоги и стресса, повышению удовлетворенности отношением врача и лечением. Для этого перед началом приема врачу рекомендуется убрать все «отвлекающие факторы», расположиться, сидя в открытой для беседы позе, не выше уровня глаз пациента. Зачастую клинические решения принимают в эмоционально тяжелых ситуациях, требующих от врачей самообладания, управления своими чувствами и хладнокровия. Поэтому «внутренний шум» – это мысли и чувства, которые могут помешать врачу в концентрации внимания (например, усталость, голод или раздражение) – следует подавить [12]. Нередко пациенты приходят к врачу с более чем одной проблемой, поэтому чтобы избежать «синдрома дверной ручки», следует заранее обговорить повестку дня и расставить приоритеты для первого и последующего визитов [11].

Использование таких современных средств общения, как электронная почта, социальные сети и мессенджеры, может быть полезно, потому что позволяет облегчить связь между пациентом и врачом. При общении в социальных сетях или по электронной почте врачам следует действовать согласно этическим принципам и сохранять конфиденциальность общения. Пациенту следует разъяснить, что в личной переписке и при телефонных разговорах существует проблема уточнения личности сторон, а также нередко случаются задержки в ответе, объективные условия такого общения – возможное отсутствие связи и принципиальная невозможность диагностировать и лечить дистанционно.

Учитывая сложность современных оперативных вмешательств и вероятность развития послеоперационных осложнений, хирургам следует уделять время предоперационному обучению пациентов. Цель обучения заключается в повышении биомедицинской грамотности, приверженности здоровому образу жизни, своевременного выявления заболеваний и пониманию основ ухода за больными. Это способствует форми-

рованию ответственности пациента за свое здоровье. Подобное обучение проводится в условиях клиники и с учетом индивидуальных потребностей больного, его знаний, уровня образования и возможностей. Проблемами в данном случае могут стать избыточное количество специальных терминов в речи врача, лекционная монологичность, языковой барьер, отсутствие наглядных схем и ограниченность общения по времени. Важно спланировать обучающие встречи, разделить информацию на части/этапы, вместо сложных для понимания статистических данных лучше использовать простые схемы и числа [13].

Каждый доктор может столкнуться со сложностями оценки понимания пациентами информации о методах диагностики и лечения. Наиболее трудно говорить об обоснованности совместного принятия решений при сомнениях в способности пациентов осознавать предлагаемую врачом информацию, например, при наличии деменции или психических заболеваний, нарушениях восприятия речи. Кроме того, пациенты могут отказаться от лечения в пользу альтернативных методов — это еще одна проблема, с которой постоянно сталкиваются клиницисты. Последствия альтернативных методов лечения (народная, традиционная медицина, гомеопатия), их эффективность и безопасность не доказаны и не проверялись, принципы этики заставляют уважать право пациента на выбор метода лечения, но больному в понятной ему форме следует донести, что подобные методы могут быть в лучшем случае индифферентны (или нести эффект плацебо), а в худшем — нанести вред здоровью и жизни (прямой или опосредованный — за счет потери времени). Может возникнуть дилемма продолжения или отказа от лечения, особенно при работе с больными, страдающими онкологическими заболеваниями. Паллиативные операции также могут вызвать осложнения, страдания и привести к смерти. Большинство пациентов готовы пойти на любое лечение, потому что отказ — уничтожение надежды и «средств отступления» [14].

Не следует забывать и о том, что не все пациенты хотят принимать участие в решениях относительно выбора оптимального способа лечения. Из-за ограничения понимания своей болезни, мер воздействия они боятся совершить ошибку [15]. Поэтому врачи могут использовать интерактивные методы, буклеты, схемы для вовлечения пациентов в процесс принятия решений. Хотят ли люди участвовать в обсуждении и высказывании своего мнения/выбора — зависит от их индивидуальных особенностей и состояния здоровья. Было выявлено, что женщины, молодые люди и люди с высшим образованием чаще хотят принимать участие в процессе принятия решений [16]. Другие предпочитают получить минимум информации и не выходить за эти рамки. Следует с уважением относиться к проблемам и предпочтениям больных. Также препятствиями на пути совместного принятия решений

и обсуждения тактики могут быть нехватка времени, непонимание необходимости участия пациента, неумение составить план беседы и усталость врача. Поэтому важно обучать врачей методике совместно принимаемых решений, чтобы ввести этот процесс в их повседневную практику [7]. Так, например, разработана мнемоника ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation), которая помогает врачам ничего не забыть и справиться с задачей полноценного двустороннего обмена информацией во время консультации [14].

Одним из самых сложных аспектов любой предоперационной консультации является определение и интерпретация риска. Любое вмешательство связано с рисками и возможностями осложнений и неблагоприятных исходов, объяснение этого пациенту для правильного осмысления очень сложно. Прогнозирование рисков представляет собой сочетание клинического опыта, использования систем оценки. Следует помнить, что различные шкалы, калькуляторы, таблицы стратификации рисков разработаны для прогнозирования групповых показателей заболеваемости и смертности, индивидуальный прогноз для конкретного пациента значительно более сложен [17].

Сообщать плохие новости всегда тяжело из-за боязни вызвать сильные эмоции и боль у собеседника. Поэтому всегда следует обращать внимание на эмоциональные потребности семьи, необходимость проявить сострадание. Своевременность информирования также играет важную роль. Цель сообщения плохих новостей заключается в уточнении известной пациенту информации, его готовности и ожиданий, проявлению поддержки, эмпатии, снижению эмоционального воздействия и отчуждения, а также формулирование дальнейших планов. Существует несколько дилемм — кто должен говорить с родственниками больного, как подойти к этому разговору и какие слова подобрать. Обычно ответственность за сообщение подобных новостей берет на себя лечащий врач. Тем не менее, если лечащий врач был в близких отношениях с пациентом или не чувствует себя способным поговорить с семьей, этот разговор может взять на себя его старший коллега (руководитель отделения).

Студенты-медики должны быть обучены навыкам общения, они могут присутствовать при разговоре лечащего врача и семьи. Чтобы не растеряться при разговоре о тяжелой болезни с пациентом и его близкими, следует предоставлять информацию небольшими частями с оценкой понимания и эмоций на каждом этапе общения и, если прогноз неблагоприятный, необходимо сказать о возможностях облегчения симптомов и боли. Эмоциональными реакциями пациента могут быть молчание, отрицание, плач, гнев. Врачу следует предложить поддержку, дать возможность выговориться, уточнить эмоции собеседника открытыми вопросами.

Иногда пациенты клинических учреждений обращаются к лечащим врачам с просьбой, а подчас и требованием, чтобы ординаторы / стажеры / обучающиеся не принимали участия в их лечении [18, 19]. Куратору следует помнить, что чаще всего подобные заявления основаны на предубеждениях о недостаточности знаний молодых специалистов или из-за неправильного восприятия способностей и роли обучающихся или из-за страха нарушения конфиденциальности. В подобных случаях следует поговорить с пациентом, выяснить, в чем причина подобных просьб и объяснить, что стажеры являются квалифицированными врачами, которые работают в соответствии с системой дифференцированной ответственности, помогают лечащему врачу и действуют под его присмотром. Кроме того, в хирургии всегда требуется помощь умелых рук [20].

Большинство описанных выше аспектов медицинской этики встречаются в различных областях клинической медицины. Существует ли особая хирургическая этика в рамках общемедицинской морали? Те, кто ежедневно осуществляет хирургическую помощь и хотя бы раз в жизни получал ее сам, осознают необычайную природу хирургического опыта, отличающегося от любого другого. Именно хирурги наносят очень специфическую физическую травму, чтобы достичь выздоровления. Именно эта травма отличает хирургию от других видов медицинской деятельности (например, в интервенционной радиологии или эндоскопии). Хирург наносит наружную рану и, еще в большей степени, внутреннюю, полостную, в масштабах, отличных от тех, с которыми сталкиваются его коллеги, прокладывая себе путь *per vias naturales*.

Хирургическая этика описывает особый вид отношений врача и больного, которые включают следующие понятия:

- «спасение»;
- «духовная близость»;
- «испытание»;
- «последствия»;
- «присутствие».

Понятия «спасение», «близость», «испытание» и «последствия» описывают, прежде всего, становление личного опыта хирургического пациента посредством его общения с лечащим врачом. «Присутствие» же касается в равной мере и хирурга, и больного как требуемое, желанное и ненормированное условие [21–24].

**«Спасение».** Большинство людей боятся предлагаемой операции. Рисуемое ими физическое насилие, нарушение покровов тела, боль, инвалидность и риск для жизни — всего это нужно по возможности избежать, если только это возможно. Даже операция через миниинвазивный (робот-ассистированный) доступ несет в себе эти коннотации, хотя и кажется чудом тем, кто переживает такой опыт. Поэтому пациент,

обратившийся за хирургической помощью, должен понимать, что его основное заболевание уже сейчас (или со временем, в ближайшем будущем) будет настолько угрожать его жизни (и ее продолжительности / количеству и ее качеству), что это может быть устранено только лишь хирургическим путем. Другими словами, хирургическая травма — единственная альтернатива серьезной (смертельной) угрозы, способ спасти жизнь, избежать смерти и других тяжелых последствий.

**«Духовная близость».** Обратившись за помощью к хирургу, пациент вступает в близкие отношения, как никто другой. К концу хирургического вмешательства хирург будет знать о теле пациента, его физической сущности все то, что скрыто, в том числе и от самого больного и будет наблюдать реакцию его естества на болезненность и хирургическую травму. Эту духовную близость можно охарактеризовать как несбалансированные и привилегированные взаимоотношения, которыми хирург может легко злоупотреблять, если не будет признавать их существование и не будет их учитывать, а также ценить как высшую степень доверия.

**«Тяжелое испытание».** Операция — это тяжелое испытание для больного. Она включает в себя анестезию (общая — более страшная, чем местная или проводниковая), потерю им автономии, самоконтроля, ориентации в пространстве и времени, послеоперационную боль, вынужденную беспомощность и зависимость от окружающих. Это то, что нужно вытерпеть, как правило, в течение нескольких часов или дней/недель. Желательно определить временные параметры каждого из этих состояний, обсудить их с пациентом, если таковое возможно.

**«Последствия».** Хирургические вмешательства оставляют рубцы, как на теле, так и в душе. Телесное уродство (после ампутации конечности), деформации, кишечные или мочевые стомы, ограничение подвижности и объема движений, эпизодический или постоянный дискомфорт, вновь повторяющиеся старые или возникшие новые симптомы — все это служит напоминанием о прошлом или настоящем заболевании, риске потерь и угрозе прошлой жизни. Пережившие серьезные заболевания, например, такие как рак, несут на себе психосоциальные тяготы, от которых они, возможно, никогда не смогут освободиться. Последний снятый шов с зажившей кожной раны — это еще не конец хирургической истории, и он обычно не заканчивается выпиской из клиники. Бремя выживания от острых или хронических заболеваний может быть пожизненным (например, «синдром альбатроса» [25]).

**«Присутствие».** Неудивительно, что пациенты больше всего хотят от своих хирургов именно их присутствия. Учитывая то тяжелое испытание, с которым они сталкиваются, их острую потребность в спасении, ощущении неформальной близости и получении своим

врачом особого привилегированного знания, присущее исключительно хирургическому взаимодействию, а также вероятному сохранению части физических и психологических проблем после операции, пациенты хотят, чтобы их персональный хирург отчетливо продемонстрировал свое постоянное зримое и незримое присутствие с ними, осуществляя заботу и предупредительность, находясь в непосредственной близости, осознавая и живо реагируя на дискомфорт и страхи, сопровождающие боль и операцию, а также испытания послеоперационной реабилитации. Хирургия настолько необычна для обывателя как акт таинственного священнодействия, несет появление ранее никогда не испытанных нестандартных отношений, что пациенты и в XXI веке ожидают от нее чего-то особенного, иногда сверхъестественного.

Врач Анатолий Броярд, умирая от рака простаты, рассказал, чего он хочет от своего доктора: «Я не вижу ни причины, ни необходимости в том, чтобы мой доктор любил меня, и не ожидаю, что он будет страдать вместе со мной. Я бы не стал отнимать у своего врача много времени. Я просто хочу, чтобы он поразмышлял о моем положении минут пять, чтобы он хоть раз отдал мне весь свой разум, был связан со мной на короткое время, осмотрел мою душу так же, как и мою плоть, ибо каждый человек болен по-своему» [26].

Большие или малые операции формируют для больного особый, ранее не познанный экстремальный опыт, и хотя бы короткое присутствие хирурга на обходах, перевязках, обследованиях, при телефонных звонках — это одновременно и утешение, и поддержка. Может ли выполнение протокола (стандарта) лечения заменить навыки общения, личную пронизательность и теплоту? Будем считать, что наши младшие коллеги, сформированные «гайдлайнами» XXI века, лишенные определенной степени эмпатии, могут быть научены наставлением и примером «старших», что для хирургических пациентов жизненно необходимо.

Хирургия — командная работа, а в любой командной работе общение является одним из основных навыков [27]. Эффективность командной работы может нарушаться из-за невнимания к результатам, избегания ответственности и отсутствия доверия между ее членами. Среди проблем в общении в медицинской бригаде или в коллективе ординаторов, в отношениях куратора и ординатора основными являются чрезмерное внимание к научно-техническим аспектам медицины и пренебрежение этико-деонтологическими курсами в процессе обучения и при работе, формальность общения, конфликты, временные ограничения, отсутствие поддержки со стороны преподавателей и опытных врачей. Принимая во внимание, что основа хирургии — коллективный труд, конфликты могут возникать из-за различий в клинических знаниях и подходах, разногласия во мнениях. Навыки разрешения конфликтов повышают эффективность ко-

мандной работы и улучшают результаты лечения. Признание и помощь в решении проблем могут оказать подходы DESC (Describe the specific situation, Express your concerns about the action, Suggest other alternatives, Consequences should be stated) и CUS (I am Concerned! I am Uncomfortable! This is a Safety issue!). Задача DESC — в описании конкретной ситуации, выражение отношения сторон и предложение альтернативных вариантов решения с указанием последствий. Рекомендуется формулировать проблему и отношение к ней от первого лица, избегая обвинений, сосредоточиться на том, какой выход из ситуации будет более правильным, а не критиковать. Метод CUS заключается в формулировании своей обеспокоенности, неопределенности и дискомфорта с просьбой о помощи и внесении ясности в данную ситуацию. Среди других способов урегулирования конфликтов выделяются компромисс, избегание, уступки, когда отдают предпочтение интересам другой стороны [28].

Проблемы в общении между членами коллектива могут быть не только из-за конфликтных ситуаций, а из-за человеческого фактора — усталости, недосыпания, забывания о чем-либо сообщить — это может привести к нанесению вреда здоровью и безопасности пациентов. Для исключения таких ситуаций была создана мнемоника BATON (I PASS the BATON: Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety Concerns, Background, Actions, Timing, Ownership, Next), которая позволяет передать / доложить информацию о пациенте или ситуации, ничего не забывая [28].

Если врач не владеет уверенно какими-либо методами лечения, то ему следует направить больного к профильному (узкоспециализированному, опытному) хирургу. Поэтому для безопасности и эффективности лечения хирургам следует постоянно обновлять свои знания, посещать конференции и следить за смежными терапевтическими новациями. К сожалению, различные курсы и конференции отнимают много времени и дороги в экономическом плане, поэтому финансирование здравоохранения, повышения квалификации врачей и улучшение медицинских технологий на сегодняшний день — важная проблема [18]. Тяжелой дилеммой является свидетельство некомпетентности коллеги или его неприемлемого отношения к пациентам, потому что возникает ответственность перед больным, и неловкость внутри команды. Порой трудно справедливо определить уровень профессионализма коллеги.

Хирургические вмешательства могут приводить к осложнениям или неблагоприятным последствиям («двойной эффект»), несмотря на самые добросовестные приготовления к операции. Этические принципы требуют, чтобы хирурги честно предоставляли своим пациентам информацию об эффективности и безопасности предлагаемого лечения [29]. Двойной эффект операции может быть удручающим, когда «лекарство

оказывается подчас горше болезни» (панкреатодуоденэктомия, эвисцерация таза, ампутация конечности) или неочевидным (кожный рубец после удаления липомы, флебэктомии). Самооправдание хирурга в этом случае заключается не в том, что предпринятое действие не привело к последствиям, которые считаются неправильными или нежелательными, а в том, что позитивный эффект («спасение»), который был достигнут, перевешивает плохой. Способность осмысливать причины и обстоятельства неблагоприятных исходов — достоинство хороших хирургов, как и постоянно растущий личный опыт, обсуждение сложных проблем в коллективе, постоянное повышение своих знаний и навыков, дисциплинированность [13]. Хороший хирург в силу разных причин с течением времени может поменять свою медицинскую специальность, часто с успехом (например, начать работать администратором). Стать хорошим хирургом, отбросив нехирургическую деятельность, можно лишь в исключительных условиях. Причины этого — не только мануальные компетенции, но и особый закон «живущий внутри нас» — хирургическая этика.

Таким образом, для хирурга тонкости формулировки этических вопросов порой менее важны, чем практическое применение этических норм на практике. Во многих обстоятельствах этический вопрос так и не становится явным. Существует определенный стандарт поведения, который принимается медицинской специальностью и обществом без дополнительных обсуждений. Но это не связано с тем, что в этой конкретной ситуации нет никаких этических дилемм, просто их редко обсуждают. В других обстоятельствах идет ожесточенная общественная дискуссия по какой-либо проблеме (например, дефицит жизненно необходимых ресурсов), часто приводящая к поляризации взглядов внутри самой профессии. Очевидно, что в обоих типах ситуаций желательнее, чтобы существовало понимание необходимости надлежащего процесса этического анализа и чтобы этот процесс продолжался до тех пор, пока не будет принята согласованная позиция, в том числе с участием искусственного интеллекта [29].

Очевидно, что особую этику хирургии формируют нетривиальные отношения между теми, кто получает хирургическую помощь, и теми, кто ее проводит. Понимание сути этих особенностей и глубины этих отношений помогает нам постичь причины уязвимости наших пациентов и, возможно, понять что-то о наших собственных проблемах. Даже хирурги в случае тяжелой болезни, чаще всего, боятся предлагаемой им операции. Признание необходимости — иногда отчаянной потребности — в спасении, неизбежности отношений близости, характера тяжелого хирургического опыта, потенциальной серьезности последствий операции и потребности пациента в присутствии хирурга на протяжении госпитального периода

за пределами стен больницы поможет нам как хирургам-профессионалам установить и поддерживать доверие и отношения заботы с пациентами, которые становятся особенно ранимы, обратившись к нам за помощью.

\* \* \*

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки.

## Литература/Reference

1. Awad E., Dsouza S., Kim R. et al. The Moral Machine experiment. *Nature*. 2018; 563: 59–64. DOI: 10.1038/s41586-018-0637-6
2. Frank D.-A., Chrysochou P., Mitkidis P. et al. Human decision-making biases in the moral dilemmas of autonomous vehicles. *Scientific Reports*. 2019; 9: 13080. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-49411-7>
3. Andrade G. «Medical ethics and the trolley» Problem. *J Med Ethics Hist Med*. 2019; 12: 3.
4. Илтис А. Этика и политика Аристотеля: биоэтика в современном государстве. *История медицины*. 2015; 2 (4): 546–53 [Iltis A. Aristotle's ethics and politics: reflections on bioethics and the contemporary state. *History of Medicine*. 2015; 2 (4): 546–53 (in Russ.)]. DOI: 10.17720/2409-5834.v2.4.2015.421
5. Kassim P.N.J., Alias F. Religious, Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Issues: Fundamental Requisites for Medical Decision Making. *J Relig Health*. 2016; 55 (1): 119–34. DOI: 10.1007/s10943-014-9995-z
6. Алекберзаде А.В., Пятенко А.В., Крылов Н.Н. Проблема принятия решений в хирургии. *Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018; 10: 87–91 [Alekberzade A.V., Pyatenko A.V., Krylov N.N. Problem of decision-making in surgery. *Khirurgiya. Zhurnal im N.I. Pirogova*. 2018; 10: 87–91 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201810187>
7. Crebbin W., Beasley S.W., Watters D.A.K. Clinical decision making: how surgeons do it. *ANZ J. Surg*. 2013; 83 (6): 422–8. DOI: 10.1111/ans.12180
8. Morris A.M. Rational vs. intuitive judgment in surgical decision making. *Ann Surg*. 2016; 264 (6): 887–8. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002073
9. Köhler T.S., Schwartz B. Surgeons as Educators. A Guide for Academic Development and Teaching Excellence, 2018. DOI: 10.1007/978-3-319-64728-9
10. Sturgess J., Clapp J.T., Fleisher L.A. Shared decision-making in peri-operative medicine: a narrative review. *Anaesthesia*. 2019; 74: 13–9. DOI: 10.1111/anae.14504
11. Ojuka D.K., Okutoyi L., Otieno F.C. Communication in Surgery for Patient Safety. In: *Vignettes in Patient Safety – Vol. 4*. IntechOpen, 2019. DOI: 10.5772/intechopen.79740
12. Barry M.J., Edgman-Levitan S. Shared decision making – The pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012; 366 (9): 780–1. DOI: 10.1056/NEJMp1109283
13. Latifi R. Surgical decision-making process: More questions than answers. *Scand J Surg*. 2013; 102 (3): 139–40. DOI: 10.1177/1457496913499836
14. Cortez D., Maynard D.W., Campbell T.C. Creating space to discuss end-of-life issues in cancer care. *Patient Educ Couns*. 2019; 102 (2): 216–22. DOI: 10.1016/j.pec.2018.07.002
15. Brabers A.E.M., van Dijk L., Groenewegen P.P. et al. Do social norms play a role in explaining involvement in medical decision-making? *Eur J Public Health*. 2016; 26 (6): 901–5. DOI: 10.1093/eurpub/ckw069
16. Shaha K.K., Patra A.P., Chaudhari V.A. et al. A review on Applications of Principles of Medical Ethics in the Practice of Surgery. *South-East Asian J Med Education*. 2018; 12 (1): 13–8. <http://doi.org/10.4038/seajme.v12i1.37>
17. de Mik S.M.L., Stubenrouch F.E., Balm R. et al. Systematic review of shared decision-making in surgery. *Br J Surg*. 2018; 105 (13): 1721–30. DOI: 10.1002/bjs.11009
18. Scarlet S., Johnson-Mann C., Red M. Hoffman and al. Respect for whose autonomy? Communicating with patients regarding trainee involvement. The Bulletin of the American College of surgeons, 2018. URL: <https://bulletin.facs.org/2018/08/respect-for-whose-autonomy-communicating-with-patients-regarding-trainee-involvement/>
19. Cifrese L., Rincon F. Futility and Patients Who Insist on Medically Ineffective Therapy. *Semin Neurol*. 2018; 38 (5): 561–8. DOI: 10.1055/s-0038-1667386

20. Brogan P., Hasson F., McIlfratrick S. Shared decision-making at the end of life: A focus group study exploring the perceptions and experiences of multi-disciplinary healthcare professionals working in the home setting. *Palliat Med.* 2018; 32 (1): 123–32. DOI: 10.1177/0269216317734434
21. Little M., Jordens C.F.C., Paul K. et al. Liminality: a major category of the experience of cancer illness. *Soc Sci Med.* 1998; 47 (10): 1485–94. DOI: 10.1016/S0277-9536(98)00248-2
22. Little M., Jordens C.F.C., Paul K. et al. Approval and disapproval in the narratives of colorectal cancer patients and their carers. *Health.* 1999; 3: 451–67.
23. Little M., Jordens C.F.C., Paul K. et al. Face, honor and dignity in the context of colon cancer. *J Med Human.* 2000; 21: 229–43.
24. Little M., Paul K., Jordens C.F.C. et al. Vulnerability in the narratives of patients and their carers: studies of colorectal cancer. *Health.* 2000; 4: 495–510. DOI: 10.2307/26646512
25. Johnstone F.R., Holubitsky I.B., Debas H.T. Post-gastrectomy problems in patients with personality defects: the «albatross» syndrome. *CMAJ.* 1967; 96 (24): 1559–64.
26. Broyard A. *Intoxicated by My Illness: and Other Writings on Life and Death.* New York: C Potter, 1992; 156 p.
27. Schut S., Driessen E. Setting decision-making criteria: is medical education ready for shared decision making? *Med Educ.* 2019; 53 (4): 324–6. DOI: 10.1111/medu.13826
28. Hall M. Patient Safety. In: *Patient Transport: Principles and Practice.* 5<sup>th</sup> ed., R. Holleran, A. Wolfe, and M. Frakes, Eds. St. Louis, Missouri: Elsevier Inc., 2018; pp. 83–92.
29. Loftus T.J. et al. Artificial Intelligence and Surgical Decision-Making. *JAMA Surg.* 2020; 155 (2): 148–58. DOI: 10.1001/jamasurg.2019.4917

---

## FEATURES OF THE ETHICS OF SURGICAL ACTIVITIES

**E. Piatenko; A. Vasin; Professor N. Krylov, MD**

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)*

*The purpose of the article is to identify the features of the application of General medical ethics in surgical practice and to identify special moral and ethical problems of surgical activity, as well as to find ways to overcome particular ethical problems, both to improve communication with patients and within the medical team, where the surgeon remains the Central and responsible person. A special ethic of surgery is formed by non-trivial relationships between those who receive surgical care and those who conduct it. Understanding the nature of these features and the depth of these relationships allows us to understand the causes of vulnerability and vulnerability of our patients and, perhaps, to understand their own problems.*

**Key words:** *biomedical ethics, surgical activity.*

**For citation:** *Piatenko E., Vasin A., Krylov N. Features of the ethics of surgical activities. Vrach. 2020; 31 (10): 5–11. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-10-01>*

**Об авторax/About the authors:** *Piatenko E.A. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5037-7955>; Vasin A.A. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6261-3086>; Krylov N.N. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0078-9171>*