

МОДЕЛИ ВРАЧЕВАНИЯ И ИХ СВЯЗЬ С ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ И ПРАВИЛАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В.Н. Саперов

*доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой госпитальной терапии № 1 с курсом
фтизиатрии, ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный
университет им. И.Н. Ульянова»,
sv_oreshnikov@mail.ru*

Проведен анализ соответствия моделей врачевания основным принципам и правилам медицинской этики. Наиболее обоснована с профессиональной и моральной точки зрения коллегальная модель врачевания, однако в определенных клинических ситуациях адекватными являются патерналистская и инженерная модели. Поскольку при этом затруднено, а иногда и невозможно проконтролировать соблюдение основных принципов и правил медицинской этики, использование патерналистской и инженерной моделей требует от врача высокой профессиональной и нравственной ответственности, а при использовании их в отношении недееспособных лиц – строгого соблюдения определенных правовых норм, среди которых основной является получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство законного представителя пациента.

Ключевые слова: модели врачевания, основные принципы медицинской этики, основные правила медицинской этики, правовые нормы.

MODELS HEALING AND THEIR RELATIONSHIP TO THE BASIC PRINCIPLES OF MEDICAL ETHICS AND RULES

V.N. Saperov

*Doctor of medical Sciences, Professor, Head of the
Department of Hospital Therapy number 1 course
phthysiology, "Chuvash State University. I.N. Ulyanov"
sv_oreshnikov@mail.ru*

The analysis of inter-model doctoring basic principles and rules of medical ethics. The most professional and justified morally peer model of healing, but in certain clinical situations are adequate paternalistic and engineering model. Because it is difficult and sometimes impossible to monitor compliance with the basic principles and rules of medical ethics, the use of paternalistic and engineering models require a doctor's high professional and moral responsibility, and when used in relation to disabled persons - strict observance of certain legal norms, including the main is obtaining informed consent to medical intervention legal representative of the patient.

Keywords: healing model, the basic principles of medical ethics, the basic rules of medical ethics, legal norms.

Американский философ Роберт Витч выделил 4 модели отношений врача к больному: инженерную, патерналистскую (пасторскую), коллегальную и контрактную (договорную) [13].

В данной работе мы попытались ответить на вопрос, насколько названные выше модели врачевания соответствуют моральным нормам отношения врача к больному, отраженным в основных принципах и правилах медицинской этики. 4 основных принципов медицинской этики сформулировали в 1989 г. Т. Бичамп и Дж. Чилдресс

(Beauchamp T., Childress J.): «Главное – не навреди», благодеяния (делай благо пациенту), уважение автономии пациента и принципы справедливости [10]. Несколько ранее были выделены 3 основных правила медицинской этики: правило правдивости, правило конфиденциальности (врачебная тайна) и правило информированного добровольного согласия [11, 12]. Указанные принципы и правила оказались привлекательными для клиницистов, так как конкретизировали и вместе с тем упростили моральную оценку их действий в отношении пациента.

По мнению Витча, наименее обоснованной с моральной точки зрения является инженерная модель, наиболее обоснованной – контрактная модель. Инженерная модель, подразумевающая отношение врача к пациенту как к «безличностному механизму», а к процессу лечения – как к исправлению «поломки организма», на первый взгляд кажется неприемлемой для врачевания. Однако в острых случаях при крайне тяжелом состоянии больного, тем более при нарушении и отключении сознания, когда контакт с больным нарушен и требуется экстренная медицинская помощь, врачи используют именно эту модель. Наиболее часто подобные ситуации наблюдаются в практике врача-хирурга при производстве неплановых операций, например у больных с сочетанной травмой при автомобильной аварии, а также врача-реаниматолога. При отсутствии непосредственного контакта с пострадавшим врач вынужден оценивать его состояние и динамику заболевания по объективным клиническим и параклиническим показателям (частота сердечных сокращений, артериальное давление, электрокардиограмма, рентгенограмма органов грудной клетки, электроэнцефалограмма, напряжение кислорода и углекислого газа артериальной крови и др.). По закону во всех этих случаях о состоянии больного и проводимых лечебных мероприятиях необходимо сообщить законным представителям больного и получить их информированное согласие на медицинское вмешательство. Если есть возможность, следует провести консилиум специалистов или хотя бы проконсультироваться с коллегой. При невозможности выполнить эти условия врач принимает решение самостоятельно и докладывает о проведенных мероприятиях администрации лечебного учреждения. Все это, безусловно, доказывает, что даже при формальном использовании инженерной модели врачевания по отношению к больному в коматозном состоянии он не рассматривается как «безличностный механизм», поскольку его интересы как личности, по возможности, остаются защищенными.

При использовании инженерной модели врачевания, когда больной в ближайшее время не может оценить действия врача, а у последнего мало времени для выбора оптимальных методов диагностики и лечения, требуются особенно высокие профессионализм и моральные качества лечащего врача, соблюдение им основных принципов и правил медицинской этики.

Прежде всего, необходимо строго соблюдать принцип: «Главное – не навреди» и принцип: «Делай благо». Для того, чтобы не причинить вреда больному, врач должен хорошо знать суть каждого диагностического и лечебного метода, показания и противопоказания для их использования, преимущества и недостатки каждого из них, побочные действия используемых лекарств. Наряду с этим врач должен соблюдать принцип справедливости, который предполагает отсутствие дискриминации каждого больного в доступности и наборе медицинских услуг при данной патологии, одинаковое отношение (с точки

зрения медицинской целесообразности) врача ко всем больным независимо от их достоинств и экономического статуса. Этот принцип может нарушаться только по медицинским показаниям, в зависимости от тяжести состояния больного. Однако главное в соблюдении принципа справедливости – это обеспечить каждому больному диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с принятыми стандартами (если таковые имеются), а при их отсутствии – в соответствии с современной медицинской практикой [2]. В какой-то степени указанные выше принципы медицинской этики будут соблюдены при использовании правила информированного добровольного согласия законного представителя пациента на проводимые медицинские вмешательства. Однако нередко врач остается «один на один» с пациентом; в таком случае своевременность, объем и качество медицинской помощи целиком определяются профессионализмом и нравственным уровнем врача.

При целом ряде заболеваний отсутствуют стандарты диагностики и лечения, а клиническая практика свидетельствует о наличии нескольких методов лечения при отсутствии убедительных преимуществ одного из них. В этих случаях из нескольких методов диагностики и особенно лечения врачу необходимо выбрать оптимальный вариант именно для данного больного. Это особенно актуально при оказании медицинской помощи больному, с которым утрачен контакт из-за тяжести общего состояния, развития комы, то есть при использовании инженерной модели врачевания.

Вопросы выбора оптимального метода лечения в конкретной клинической ситуации живо интересовали многие поколения врачей. Еще в XVII в. английский врач Сиденхем рекомендовал «лечить больного так, как ты хотел бы, чтобы лечили тебя». Проф. Н.Н. Петров дополнил этот постулат: «Делай больному только то, что сделал бы точно в таком случае себе или своему самому близкому человеку» [4]. Это соответствует древнему «золотому правилу» нравственности, идущему от Библии: «Во всем, как хотите, чтобы другие поступали с Вами, поступайте так и Вы с ними».

«Золотым правилом» нравственности должен всегда руководствоваться каждый врач. Оно поможет ему найти правильную линию поведения в самых сложных, запутанных ситуациях. Однако следование этому правилу далеко не всегда означает оказание помощи больному на самом современном уровне. Ведь для этого врач должен иметь высокую профессиональную подготовку, без нее он не сможет ни пожелать себе высококвалифицированной медицинской помощи, ни оказать ее больному. Следовательно, «золотое правило» нравственности применительно к врачебной специальности – это моральная категория, побуждающая врача сделать для больного все возможное в пределах его профессиональной компетенции.

Поэтому при оказании медицинской помощи любому больному более обосновано руководствоваться правилом: «Feci quod potui, faciant meliora potentes» («Я сделал, что мог, пусть кто может, сделает лучше»). Этот постулат включает в себя как нравственные, так и высокие профессиональные требования к деятельности врача [5].

В практике нередко используется *патерналистская модель* (лат. pater – отец), при которой отношение врача к больному напоминает отношение родителей к ребенку или священника к прихожанину. Патерналистская модель была основной (определяющей) в древности и на протяжении многих последующих столетий вплоть до второй половины XX века. В настоящее время правомерность ее использования не вызывает сомнения, если речь идет о больных детях и пациентах с ограниченной дееспособностью. Правда, интересы этой категории больных при принятии врачом ответственного решения

защищают их законные представители (у детей, например, родители). Кроме того, «отеческое» отношение к данным больным меняется и приобретает черты коллегиальной (партнерской) модели по мере взросления детей и увеличения дееспособности психически больных. Все эти дополнения не меняют принципиальной позиции об обоснованности выбора патерналистской модели по отношению к больным детям и пациентам с ограниченной дееспособностью.

При использовании патерналистской модели врачевания, когда с пациентом не обсуждаются вопросы диагностики и лечения, для реализации принципов «Главное – не навреди», благодеяния и принципа справедливости требуется, наряду с необходимым профессионализмом, высокий моральный уровень врача и его готовность к оказанию максимальной медицинской помощи больному. Однако основным возражением против более широкого использования патерналистской модели врачевания считается игнорирование права пациента на принятие им решения – после необходимой информации врачом – о необходимых методах диагностики и лечения (*принципа уважения автономии пациента*). С этим связано нарушение *правила информированного добровольного согласия*, которое является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства [7, 8].

Несмотря на указанные недостатки, значительное число взрослых больных с самыми различными соматическими заболеваниями считают патерналистское отношение к себе адекватным и психологически наиболее приемлемым. Эти пациенты заявляют, что при таких отношениях они чувствуют себя спокойнее и увереннее. Вместе с тем рекомендуется проинформировать больного о принятом решении и отсутствие возражений с его стороны воспринимается как соблюдение правила информированного добровольного согласия и принципа уважения автономии пациента. О совместимости патернализма и правила информированного добровольного согласия отмечается и в литературе [6]. В связи с этим нельзя полностью согласиться с утверждением Витча, что патернализм ущемляет права пациента как автономной личности.

Помимо этого, патерналистская модель врачевания предполагает доверие больного к врачу, наличие у него авторитета (по крайней мере, в глазах больного), основанного на высоких профессиональных и моральных качествах. Таким образом, само посещение такого врача, любые его рекомендации и назначения оказывают дополнительное положительное психотерапевтическое воздействие («лечит лекарство плюс авторитет врача»). Подобных взаимоотношений между врачом и больным, когда сама личность врача оказывает лечебное воздействие на больного («врач и есть само лекарство»), не наблюдается ни при какой другой модели врачевания. Совершенно правы те, кто утверждает, что *лечит лекарство плюс авторитет врача*. От веры больного в назначаемое лекарство в существенной степени зависит его эффективность. Акад. И.П. Павлов, работавший в ранний период своей деятельности в лаборатории С.П. Боткина, отмечал, что его обаяние среди больных носило поистине волшебный характер: лечило одно его слово, одно посещение. «Сколько раз, – пишет И.П. Павлов, – приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты и выписанные в подобных же случаях оказывались недействительными у них, делая чудеса в руках учителя» [3].

Вот почему вполне обоснованы опасения проф. И.В. Силуяновой, что отказ от патернализма может повредить как пациенту, так и врачу: «Отказываясь от морально-этических патерналистских традиций, мы в значительной степени ограничиваем возможности лечения и лишаем лечебный процесс ряда важнейших вспомогательных факторов исцеления больного человека» [6].

По Витчу, более высокий моральный статус имеет коллегиальная модель врачевания. Она в наибольшей степени обеспечивает соблюдение правила информированного добровольного согласия. Как известно, больной дает согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной врачом полной информации о характере заболевания, вариантах диагностического обследования и лечения, достоинствах, недостатках и опасностях каждого из них, вероятности побочных реакций и осложнений при использовании каждого метода, возможных альтернативах им даже в тех случаях, если в данном лечебном учреждении нет возможности их использовать, прогнозе в отношении выздоровления и работоспособности при использовании различных методов лечения, а при желании больного – и в отношении жизни.

Данная информация должна подаваться в доступной для больного форме с учетом его интеллектуального развития. Она не должна носить пугающий характер; для этого устрашающие диагнозы и прогнозы следует называть не в категоричной форме, а в виде вероятных предположений. Пользуясь таким приемом, врач не скрывает правду от пациента (соблюдает «правило правдивости»), но несколько смягчает ситуацию. При этом беседа врача с пациентом должна вестись не в форме декларативного монолога, а в виде диалога, когда вопросы и ответы поступают с обеих сторон.

Таким образом, добровольное информированное согласие, достигаемое при коллегиальной модели отношения врача к больному, реализует принцип *уважения автономии пациента* и – что немаловажно – *соблюдение прав пациента* [1]. Особо подчеркнем, что при соблюдении правила информированного добровольного согласия *врач становится более защищенным* при обращении пациента в суд по поводу «ненадлежащего» лечения. Раньше любое лечение, проведенное при отсутствии информированного добровольного согласия, оценивалось как противоправное, и при причинении больному вреда вопрос о материальной компенсации решался судом однозначно в пользу пациента. Теперь он может решиться положительно для него только в том случае, если вред здоровью нанесен вне границ информированного согласия, а если вред здоровью нанесен в рамках информированного добровольного согласия, то ответственность врача наступает только при доказательстве ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей, наличии в его действиях небрежности, грубых профессиональных нарушений, несоблюдении стандартов, инструкций и других правил оказания медицинской помощи, или выявились недостаточность, «недоброкачество» и неполнота информации [6]. Вот почему грамотное составление письменного информированного согласия повышает защищенность врача.

Считается, что при использовании коллегиальной модели врачевания за счет совместного обсуждения с больным предстоящих методов диагностики и лечения, выяснения их переносимости, достигается меньшая вероятность развития побочных реакций и большая возможность соблюдения принципа «Главное – не навреди». Эти же основания позволяют выбрать оптимальные для больного методы диагностики и лечения, то есть соблюсти в полной мере принцип «делай добро» и принцип справедливости.

На коллегиальную модель врачевания опираются этические кодексы врачей различных стран. В «Этическом кодексе российского врача» сказано: «Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности, стремясь к «терапевтическому сотрудничеству», когда пациент становится союзником врача. В оптимистическом ключе и на доступном для пациента уровне следует обсуждать проблемы его здоровья, разъяснять план медицинских действий, давать объективную информацию о преимуществах и цене существующих методов обследования и лечения, не приукрашивая возможностей и не скрывая возможных осложнений. Врач не должен обещать невыполнимое и обязан выполнять обещанное» [9].

В другой статье этого кодекса говорится, что «если необходимый с точки зрения врача вид помощи в настоящий момент недоступен по каким-либо причинам, врач обязан известить об этом больного или его родственников и в обстановке «терапевтического сотрудничества» принять решение о дальнейшей лечебной тактике».

При коллегиальной модели врачевания больной становится как бы равноправным с врачом и способен участвовать в принятии решения по выбору оптимальных методов диагностики и лечения своего заболевания, которое в связи с этим приобретает элемент коллегиальности (отсюда происходит название данной модели врачевания).

На практике совпадение интересов врача и больного достигается не во всех случаях. С такими фактами врач сталкивается, например, при диагностике идиопатических интерстициальных заболеваний легких, когда больные отказываются от рекомендации врача произвести биопсию легких, которая позволяет уточнить (а часто и установить) диагноз, а следовательно и назначить правильное лечение. Отказ от биопсии нередко имеет фатальные последствия.

Тем не менее коллегиальная (партнерская) модель врачевания является оптимальной для налаживания правильных отношений с больными. Она более других моделей отвечает интересам врачевания. Тот факт, что в действительности «равноправие» между врачом и больным (имеется в виду в медицинских вопросах) иногда отсутствует и настоящая коллегиальность не достигается, не может служить основанием для неиспользования этой модели.

Особенно эффективна коллегиальная модель при ведении больных с такими хроническими, длительно текущими заболеваниями, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, хронические формы туберкулеза легких и др. Указанное «партнерство» принесет свои плоды при одном непременном условии – больной должен быть достаточно грамотным, иметь необходимые знания о своем заболевании, уметь оценивать состояние своего здоровья и его динамику при приеме тех или иных препаратов. Общение с таким пациентом помогает врачу выбрать оптимальный препарат для лечения и даже подобрать его дозировку, избежать побочных явлений и осложнений, то есть действительно реализовать коллегиальную модель врачевания.

По мнению Р. Витча, наиболее совершенна *контрактная модель взаимоотношений между врачом и пациентом*, при которой «каждая из сторон несет определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод». При этом врачу может предоставляться («делегироваться») право самостоятельно решать чисто медицинские вопросы.

Считается, что контрактная модель в наибольшей степени защищает автономию пациента (соблюдение принципа уважения автономии пациента и правила информированного добровольного согласия). При профессионально грамотном составлении контракта гарантируется также соблюдение принципов: «Главное – не навреди», «Делай добро» и принципа справедливости. К достоинствам данной модели врачевания относят также возможность прервать контракт при невыполнении врачом условий контракта и – при определенных обстоятельствах – потребовать материальной и моральной компенсации.

В нашей стране контрактная модель практически не используется. Возможно, это связано с особым менталитетом граждан России. По-видимому, использование ее и в будущем будет затруднено, поскольку составление полноценного контракта невозможно без участия (консультации) опытного и независимого врача и юриста. Для многих больных также обременительна, в том числе в финансовом отношении, юридическая регистрация договора у нотариуса.

Таким образом, из 4 моделей врачевания, разработанных Р. Витчем, в нашей стране врачи используют 3 модели. Наиболее обоснована с профессиональной и моральной точки зрения коллегиальная модель врачевания. Вместе с тем в определенных клинических ситуациях являются адекватными патерналистская и инженерная модели. В связи с тем, что при этом затруднено, а иногда и невозможно соблюдение основных принципов и правил медицинской этики, использование этих моделей требует от врача *высокой профессиональной и нравственной ответственности* за оказание пациенту медицинской помощи, а при использовании инженерной и патерналистской модели в отношении недееспособных лиц – строгого соблюдения определенных правовых норм, среди которых основной является получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство законного представителя пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина. – М.: «Эдиториал УРСС», 1998. – 470 с.
2. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика. 2-е издание, исправленное / Под. Ред. Ю.М. Лопухина и Б.Г. Юдина. Учебное пособие для вузов. Пер. с англ. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007.– 396 с.
3. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. Т.3, кн. 1, 2. – М.: Медицина, 1951.– 324 с.
4. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – М.: Медгиз, 1948.– 63 с.
5. Саперов В.Н. Нарушения врачебной деонтологии при диагностике и лечении // Врач. – 2011. – № 11. – С. 76-79.
6. Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // ГлавВрач. – 2006. – № 3. – С. 106-112.
7. Уильямс Д.Р. Руководство по медицинской этике. Пер. с англ. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 126 с.
8. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Принят 21 ноября 2011 г. // Российская газета – федеральный выпуск. – № 5639 (23 ноября 2011).
9. Этический кодекс российского врача. Утвержден 4-й конференцией Ассоциации врачей России в 1994 г. // <http://www/med-pravo.ru/Ethics/Eth CodRF/htm>
10. Beauchamp T.L., Childress I.F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1989. – № 4. – P. 141-147.
11. Bok S. Lying: Moral Choice in Public and Private Life. – Lond.: Quartet, 1980.

12. Higgs R. On telling patients the truth. Moral Dilemmas in Modern Medicine / Ed. M. Lockwood. // Oxford University Press, 1985. – P. 187-202.

13. Veatch R.M. A Theory of Medical Ethics. – NY.: Basic Book, 1981.

REFERENCES:

1. Bioetika: printsipy, pravila, problemy / Pod red. B.G. Judina. – M.: “Editorial URSS”, 1998. – 480 s.
2. Kempbell A., Dzhilllett G., Dzhons G. Meditsinskaya etika. 2-e izdanie, ispravlennoe / Pod red. Ju.M. Lopukhina i B.G. Judina. Uchebnoe posobie dlya vuzov. Per. s angl. – M.: “GEOTAR-Media”, 2007.–396 s.
3. Pavlov I.P. Polnoe sobranie sochinenii. T.3, kn. 1, 2. – M.: Meditsina, 1951. – 324 s.
4. Petrov N.N. Voprosy hirurgicheskoi deontologii. – M.: Medgiz, 1948. – 63 s.
5. Saperov V.N. Narusheniya vrachebnoi deontologii pri diagnostike i lechenii// Vrach. – 2011. № 11. – S. 76-79.
6. Siluyanov I.V. Paternalism i informirovannoe soglasie: problema sovместimosti // GlavVrach. – 2006. – № 3. – S. 106-112.
7. Uil'yams D.R. Rukovodstvo po meditsinskoj etike. Per. s angl. – M.: “GEOTAR-Media”, 2006.–126 s.
8. Federal'nyi Zakon “Ob osnovakh okhrany zdorovya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii”. Prinyat 21 noyabrya 2011 g. // Rossiiskaya gazeta – federal'nyi vypusk. – № 5639 (23 noyabrya 2011).
9. Eticheskii kodeks rossiiskogo vracha. Utverzhden 4-i konferentsiei Assotsiatsii vrachei Rossii v 1994 g. // <http://www/med-pravo.ru/Ethics/Eth CodRF/htm> (data obrasheniya 21.12.2012).
10. Beauchamp T.L., Childress I.F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1989. – № 4. – P. 141-147.
11. Bok S. Lying: Moral Choice in Public and Private Life. – Lond.: Quartet, 1980.
12. Higgs R. On telling patients the truth. Moral Dilemmas in Modern Medicine / Ed. M. Lockwood. // Oxford University Press, 1985. – P. 187-202.
13. Veatch R.M. A Theory of Medical Ethics. – NY.: Basic Book, 1981.