

экзаменационных комиссий, на выпускных курсах даже в факультативном виде отсутствует курс клинической биоэтики, а те знания по биоэтике, которые были получены будущими врачами на 2-х курсах, с клиникой не связаны. Поэтому мы предлагаем следующее:

1. Включать в процедуру Междисциплинарной оценки профессиональных компетенций ИГАК для выпускников медицинских вузов вопросы по клинической биоэтике, а в состав членов комиссии – специалистов по этой дисциплине.

2. Учитывая то, что на 2-х курсах, где проходит изучение обязательного курса биоэтики, невозможно разбирать с неподготовленными студентами проблемы биоэтики клинической, необходимо либо ввести на старших курсах практикум по этой дисциплине, либо перенести курс биоэтики на 9 – 10 семестр.

3. Обеспечить курс клинической биоэтики учебным материалом, включая сборник кейзов с образцами их интерпретации.

## ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА

УДК 617:614.253

### БИОЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ХИРУРГИИ

**С. С. Маскин**

*доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, maskins@bk.ru*

**А. М. Карсанов**

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней №3 Северо-Осетинской государственной медицинской академии; врач-онколог негосударственное учреждение здравоохранения "Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО "РЖД", Владикавказ, karsan@inbox.ru*

**Д. С. Лопастейский**

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, denlopas76@yandex.ru*

**И. П. Кокаев**

*Главный врач медицинского центра ООО «Здоровье», Владикавказ, igorkokaev@yandex.ru*

*В статье представлены результаты апробации и практической эффективности элементов новой биоэтической стратегии, подчиненной прикладным целям повышения безопасности пациентов в хирургии на клинических моделях двух различных исследований. На примерах внедрения технологии быстрого восстановления после хирургии рака толстой кишки и протокола дифференцированной эскалационной профилактики венозных тромбоземболических осложнений, были достигнуты положительные клинические эффекты, выразившиеся в достоверном снижении частоты и тяжести послеоперационных осложнений и летальности в основных группах сравнения. Отмечена корреляционная связь между эффективностью предложенных хирургических подходов и формированием качественно иных моделей интегративного взаимодействия между*

*участниками лечебного процесса, с созданием новых форм междисциплинарного сотрудничества между медицинскими работниками и активизацией роли пациента.*

*Ключевые слова: биоэтика, безопасность пациента, хирургия, осложнения*

### BIOETHICAL FOUNDATIONS OF PATIENT SAFETY IN SURGERY

**S. S. Maskin**

*Doctor of Medical Science, Professor, head of the Department of Hospital Surgery of Volgograd State Medical University, Russia, maskins@bk.ru*

**A. M. Karsanov**

*PhD (of medical Science), the assistant of Faculty of Surgical Diseases №3 of North-Ossetian State Medical Academy; the doctor-oncologist of Railway Hospital at the station Vladikavkaz, Vladikavkaz, karsan@inbox.ru*

**D. S. Lopasteysky**

*PhD (of medical Science), the assistant of the Department of Hospital Surgery of Volgograd State Medical University, Russia, denlopas76@yandex.ru*

**I. P. Kokaev**

*Head of Medical Center "Health", Vladikavkaz, igorkokaev@yandex.ru*

*The article presents the results of testing and practical effectiveness of elements of the new strategy bioethical subordinate application objectives improving patient safety in surgery for two different models of clinical research. The examples of the introduction of technology rapid recovery after surgery for colon cancer and protocol differentiated escalation prevention of venous thromboembolic events has been positive clinical effects, as expressed in the significant decrease in frequency and severity of postoperative complications and mortality in the main comparison groups. Marked correlation between the effectiveness of the proposed surgical approaches and the formation of qualitatively different models of integrative interaction between participants of the treatment process, with the creation of new forms of interdisciplinary collaboration between health professionals and by enhancing the role of the patient.*

*Key words: bioethics, the safety of the patient, surgery, complications*

**Введение.** Безопасность пациентов всегда являлась основой качества оказания медицинской помощи. Это особенно актуально для хирургии в современных условиях, когда технический прогресс в части материального оснащения практического здравоохранения, широкого внедрения малоинвазивных, в том числе роботизированных технологий радикального лечения самых разнообразных заболеваний, достиг невиданных ранее масштабов. Однако повсеместное внедрение в хирургию новых технических решений сопровождается параллельным распространением техногенных особенностей и осложнений, что не может остаться без внимания, как отдельных хирургов-практиков, так и профессиональных сообществ самого разного уровня. И здесь для пытливого исследователя появляются дополнительные условия для поиска резервов повышения эффективности хирургической помощи. Одним из этих условий является то, что в современном высоко коммуникационном и информированном мире масштабы хирургической помощи и ее безопасное

осуществление оказывают воздействие на жизнь многих миллионов людей.

Так по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на планете ежегодно выполняется свыше 230 миллионов хирургических операций, что соответствует примерно одной операции на 25 человек. Потребность в хирургической помощи повсеместно растет, в том числе и за счет ряда неинфекционных заболеваний, признанных глобальной проблемой ввиду их доминирующей роли в смертности населения. К ним в первую очередь относятся заболевания сердечно-сосудистой системы и онкологические.

Не секрет, что обеспечение лучшего доступа населения к хирургической помощи и ее безопасность имеет решающее значение для ее эффективности. Согласно сводным данным ВОЗ у 7 миллионов пациентов развиваются послеоперационные осложнения, а почти у четверти из них это приводит к длительному стационарному лечению и инвалидности [2]. Почти повсеместно в мире показатели смертности после обширных операций достигают 0,4-10%, что эквивалентно 1 миллиону пациентов, погибших в периоперационном периоде [2].

Одной из негативных особенностей обсуждаемой проблемы является то, что в нашей стране большинство послеоперационных осложнений не регистрируется, в то время как в Соединенных Штатах Америки, проблема безопасности пациентов, благодаря многолетней и систематизированной деятельности, возведена в ранг национальной идеи в области здравоохранения [6, 7].

Полученные результаты национальных программ повышения безопасности хирургического лечения в США, базирующиеся на структурированной по видам осложнений системе профилактики, позволяют предполагать, что при соблюдении определенных стандартов можно предотвратить до половины всех осложнений и случаев смерти в результате хирургических вмешательств [5, 8, 11]. Немалая положительная роль в этом принадлежит интегрированию медицинских учреждений в территориальные или общенациональные коммуникационные системы контроля, учета, профилактики послеоперационных осложнений с возможностью осуществления ургентной консультативной помощи [6].

В качестве иллюстрации к тезису об отсутствии аналогичной целостной концепции безопасности пациентов в отечественном здравоохранении отметим лишь, что при тщательном литературном поиске в процессе подготовки данной статьи, нами был установлен факт публикации на русском языке единственного переведенного с английского языка руководства “Безопасность пациента” [1]. Применительно к обеспечению безопасности хирургических пациентов в этом руководстве весь комплекс мер основан на контрольном перечне мероприятий ВОЗ по хирургической безопасности [2] и ограничивается мероприятиями по идентификации личности самого пациента, разметке маркером места проведения операции во избежание ошибки при оперативном доступе на парном органе, а также обязательном кратком перерыве в работе непосредственно перед началом операции для того, чтобы весь состав операционной бригады еще раз проверил положение больного и соответствие материально-технического обеспечения объема предстоящего вмешательства.

Хотя обеспечению безопасности хирургических пациентов уделяется повышенное внимание в последние годы, но в основном с упором на эпидемиологию ошибок и нежелательных явлений и совершенствование технического компонента лечебного процесса. Для практикующих хирургов ясно, что предлагаемых комплексов профилактики неблагоприятных исходов лечения недостаточно.

Вместе с тем следует признать возрастающую организационно-методическую роль отечественных общенациональных и региональных профессиональных объединений хирургов по разработке стандартов (протоколов) оказания хирургической помощи. Однако, наряду со всеми этими позитивными тенденциями последнего времени, нам видится необходимым использовать такой важнейший аргумент для повышения безопасности оказания помощи хирургическим больным, как профессиональная ответственность медиков и осознанная активная роль самого пациента, как отражение коллегиальной модели взаимоотношений лечащего врача и пациента, не только законодательно, но и фактически закрепляющая права последнего.

В этой связи одним из перспективных направлений, повышающих безопасность хирургического лечения, а значит и сокращения частоты послеоперационных осложнений и оптимизации общих расходов на лечение, основанном на принципах «доказательной медицины» является мультимодальная технология ускоренного восстановления (ТУВ) после хирургии «Fast track surgery», успешно реализуемая за рубежом в операционной онкологии, в том числе при раке ободочной кишки (РОК) [10].

Согласно концепции ТУВ в реабилитационную стратегию интегрированы около двух десятков компонентов успешного периоперационного ведения больных, конечной точкой приложении которой, является нивелирование выраженности болевого синдрома и достижение безрисковой ситуации во время и после операции [10].

С точки зрения биоэтики при реализации ТУВ между врачом и пациентом формируются необычные для традиционного ведения периоперационного периода взаимоотношения. Так при ТУВ, на наш взгляд, многократно возрастает роль пациента в лечебном процессе. Поскольку такие важные элементы программы как режим подготовки кишечника, энтеральную регидрацию и нутриционную поддержку вплоть до 4-6 часов перед операцией и к концу ближайшего послеоперационного периода, как и раннюю активизацию, невозможно эффективно реализовать без активной роли самого пациента, осознанно берущего на себя больше инициативы в процессе реабилитации.

Внедрение протокола ускоренного восстановления предъявляет дополнительные требования и к медицинскому персоналу. Так для успешной реализации ТУВ от хирурга и анестезиолога требуется достаточно специфическое, физиологически ориентированное взаимодействие на всех этапах лечения, с готовностью к более частой смене вектора индивидуального участия, что требует дополнительных личностных качеств и профессиональных навыков. Пациенты, получающие лечение в рамках протокола ускоренного восстановления требуют гораздо меньше ухода и времени со стороны среднего медицинского персонала, однако от информированности в области конкретных особенностей данной программы помощи

и знаний медицинских сестер зависит своевременность выявления неблагоприятного течения или осложнений.

Общезвестно, что среди тяжелых послеоперационных осложнений особое место занимают венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), главным образом – тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Так летальность среди больных с ТЭЛА, не получавших антитромботическую терапию достигает 30-40%, а при массивной ТЭЛА – более 70% [4]. Вероятность рецидивов ТЭЛА у нелеченных больных – 50%, половина из них умирают. В онкохирургии риск послеоперационных ВТЭО превышает в 2 раза, а фатальной ТЭЛА более чем в 3 раза, риск аналогичных осложнений у оперированных по поводу доброкачественных заболеваний [4, 9], что наряду с трудностями диагностики ВТЭО и ограниченными возможностями оказания эффективной помощи (около 50% больных с массивной ТЭЛА погибают в течение 30 минут от начала ее возникновения) обуславливают общепринятое мнение, что самым главным в борьбе с ВТЭО является профилактика [3, 9].

На сегодня является фактом, что даже при строгом соблюдении всех самых современных мер профилактики, полностью предотвратить послеоперационные ВТЭО пока не удается.

Цель исследования - изучение специфических особенностей и практической эффективности апробации новых биоэтических взаимоотношений в процессе реализации лечебных стратегий повышения безопасности хирургических пациентов, основанных на внедрении технологии ускоренного восстановления, как эффективной модели снижения риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и на эскалации мер профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах анализа двух клинических исследований с разными исходными задачами, лично выполненных авторами и объединенных по единственному критерию – оба исследования требовали изменения парадигмы взаимоотношений между всеми участниками процесса лечения пациентов. В контрольных группах пациентам было проведено лечение, соответствующее всем современным отечественным и зарубежным клиническим рекомендациям.

Общими в дизайне обоих исследований были оригинальные подходы к лечению больных в основных группах, базирующиеся на высокой мотивационной составляющей инициаторов и всех участников исследований, всестороннем изучении данных литературы, высокой степени профессиональной консолидации хирургов и анестезиологов-реаниматологов, структурированной форме информированного согласия пациента на все компоненты лечебной программы и виды профилактики возможных осложнений, внедренной в клиниках на основе действующего законодательства и на возросшей роли пациента в процессе лечения по сравнению с контрольными группами.

**Клиническое исследование № 1.** Клиническая часть первой работы основана на опыте хирургического лечения 183 больных РОК, осложненным компенсированной формой нарушения кишечной проходимости с 2007 по 2012 гг. Основную группу составили 80 пациентов, которым периперационные лечебные мероприятия реализовывались на основании протокола ТУВ. В

контрольной группе (103 больных) была использована традиционная методика ведения больных. Группы были сопоставимы по основным клинико-статистическим характеристикам. Пациентам основной группе был реализован адаптированный вариант протокола ТУВ.

При анализе осложнений в группах сравнения получены статистически достоверные отличия, как среди общих, так и среди хирургических осложнений. В основной группе преобладали общие осложнения. В контрольной группе, наряду с абсолютным ростом частоты хирургических осложнений (13,6%), по сравнению с основной (2,5%), возросла как их доля в общей структуре осложнений по сравнению с основной группой (с 18% до 52%), так и степень их тяжести.

В результате сотрудничества всех участников лечебного процесса, в том числе и самого пациента, удалось достигнуть средней частоты воспроизведения запланированного протокола ТУВ на уровне 81%, с диапазоном от 48% до 100%. Такие меры, как информирование и наставления пациента, профилактика ВТЭО, периперационная антибактериальная профилактика, рестрикция объема инфузии, интраоперационная нормотермия, ограничение режима применения наркотических анальгетиков были выполнены в 90-100% случаев. При ограничении режима назначения наркотических анальгетиков мы придаем важное значение тщательным наставлениям пациента, так как неоднократно убеждались в жизнеспособности постулата о том, что физическая боль и социальный дистресс имеют общие нейробиологические механизмы.

**Клиническое исследование № 2.** В исследовании, проведенном по типу случай-контроль и которое было многоцентровым, нерандомизированным, ретро- и проспективным, результаты профилактики ВТЭО у оперированных больных с абдоминальными локализациями рака и с высоким риском анализировались за два периода наблюдения.

В 1-й период рутинная профилактика ВТЭО была проведена 266 больным (1999-2006 гг.). Основными качественными характеристиками в этой группе были: безусловное проведение антикоагулянтной профилактики низкомолекулярным гепарином (НМГ) в адекватной степени риска дозировке. Всем больным проводился комплекс физической профилактики с применением компрессионного трикотажа.

Во 2-й период исследования (2007-2012гг.) 254 пациентам, дополнительно предпринимались меры активной переоценки степени риска ВТЭО на ранних этапах послеоперационного лечения без клинических признаков возникновения осложнения. При этом дополнительные мероприятия включали: ультразвуковое компрессионное ангиосканирование вен нижних конечностей до- и на 3-сутки после операции; эхокардиографию при сочетании нескольких факторов риска для выявления нефлебогенных источников тромбозов; при ухудшении гемостазиологических показателей более чем на 20% от исходных к 3-м суткам и при отсутствии достоверных признаков венозного тромбоза - повышение дозы НМГ в 1,5-2 раза; профилактику послеоперационной кишечной непроходимости и синдрома интраабдоминальной гипертензии; пролонгирование инъекций НМГ амбулаторно до 30 суток на основе добровольного информированного согласия и обучения этому пациента либо его родственника, при сочетании у пациентов нескольких факторов риска.

В результате тактики активной переоценки и эскалации мер профилактики во втором периоде исследования по сравнению с первым удалось добиться снижения частоты ВТЭО у пациентов с высокой степенью риска с 4,1 до 1,3%, а фатальной ТЭЛА с 0,3% до 0,1%.

**Результаты.** Суммарный опыт двух представленных клинических исследований иллюстрирует, что для повышения степени безопасности и успешной переносимости пациентами агрессивного хирургического лечения по поводу онкологических заболеваний дигестивных локализаций на современном этапе недостаточно использовать все имеющиеся в клинике материально-технические возможности, но необходимо также перевести характер биомедицинских этических взаимоотношений всех участников лечебного процесса на иной, более высокий качественный уровень интегративного взаимодействия во благо здоровья пациентов.

При внедрении технологии ускоренного восстановления после хирургии значительно возрастает активная роль самого пациента в лечебном процессе. Ввиду разной степени комплаентности пациентов реализуемость протокола ТУВ может варьировать от 48% до 100%.

Наиболее показательным положительным эффектом от внедрения усовершенствованных биоэтических принципов в хирургический лечебный процесс является снижение выраженности болевого синдрома и потребности в наркотических анальгетиках, что в свою очередь, ввиду большей активности пациента, благотворно сказывается на снижении частоты таких послеоперационных осложнений как кишечная непроходимость, осложнения со стороны респираторного тракта, тромбозомболические осложнения.

Несмотря на тщательное соблюдение национальных рекомендаций и отраслевого стандарта по рутинной профилактике ВТЭО у онкохирургических больных, обеспечить приемлемый уровень послеоперационной безопасности удалось лишь после принятия дополнительных мер лабораторного и инструментального контроля за адекватностью стандартной профилактики, а также в результате эскалации лечебной программы, того что на данный момент в международных рекомендациях пока четко не прописано. Биоэтической основой для принятия решений по выходу за рамки общепринятых алгоритмов в обоих исследованиях является осознанная необходимость повышения качества оказания медицинской помощи путем максимального использования резервов лечебного учреждения, здоровые партнерские взаимоотношения не только между медицинскими работниками и пациентами, но и внутри лечебного коллектива, помноженные на возросшую активную роль пациента.

На наш взгляд базисом для успешной деятельности по повышению хирургической безопасности является безусловная приверженность нормам действующего в нашей стране медицинского права, а также соблюдение вековых традиций отечественного здравоохранения. Одним из выразителей которых являлся выдающийся российский хирург, просветитель и религиозный деятель В.Ф. Войно-Ясенецкий, перу которого принадлежит замечательный наказ последующим поколениям медиков: “пожизненное образование для врача это не привилегия, это постоянная необходимость во благо больного и матери-Родины”.

Таким образом, результаты проведенного исследования продемонстрировали, что для повышения безопасности пациента в хирургии оправдан только научно обоснованный подход, базирующийся как на новаторских технических и тактических решениях, так и на безусловном соблюдении и развитии норм биомедицинской этики всеми участниками лечебного процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Безопасность пациента // пер. с англ. под ред. Е.Л. Никонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 184 с.
2. Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности. Безопасная хирургия спасает жизни. 2009. – 20 с.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений // Флебология. – 2010. - №1. - С. 2-37.
4. Bergmann J.F., Cohen A.T., Tapson V.F., Goldhaber S.Z., Kakkar A.K., Deslandes B., Huang W., Anderson F.A. Jr. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in hospitalized medically ill patients. The ENDORSE Global Survey // *Thromb. Haemost.* - 2010. Vol. 103, №4. - P. 736-748.
5. Bratzler D.W., Hunt D.R. The surgical infection prevention and surgical care improvement projects: national initiatives to improve outcomes for patients having surgery // *Clin. Infect. Dis.* - 2006. Vol. 43, № 3. – P. 322-330.
6. Cima R.R., Lackore K.A., Nehring S.A., Cassivi S.D., Donohue J.H., Deschamps C., Van Such M., Naessens J.M. How best to measure surgical quality? comparison of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators (AHRQ-PSI) and the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) postoperative adverse events at a single institution // *Surgery.* - 2011. Vol. 150, № 5. – P. 943-949.
7. Clarke J.R. The Use of Collaboration to Implement Evidence-Based Safe Practices // *J. Public. Health Res.* - 2013. Vol. 2, № 3. - P. 26.
8. Hall B.L., Hamilton B.H., Richards K., Bilimoria K.Y., Cohen M.E., Ko C.Y. Does surgical quality improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program: an evaluation of all participating hospitals // *Ann. Surg.* - 2009. Vol. 250, № 3. – P. 363-376.
9. Kakkar A.K., Cohen A.T., Tapson V.F., Bergmann J.F., Goldhaber S.Z., Deslandes B., Huang W., Anderson F.A. Jr. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute care hospital setting (ENDORSE survey): findings in surgical patients // *Ann. Surg.* - 2010. Vol. 251, № 2. - P. 330-338.
10. Kehlet H., Wilmore D.W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery // *Ann. Surg.* – 2008. Vol. 248, № 2. – P. 189-198.
11. Rowell K.S., Turrentine F.E., Hutter M.H., Khuri S.F., Henderson W.G. Use of national surgical quality improvement program data as a catalyst for quality improvement // *J. Am. Coll. Surg.* – 2007. Vol. 204, № 6. – P. 1293-1300.

#### REFERENCES:

1. Bezopasnost patsienta // пер. с англ. под ред. Е.Л. Никонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 184 с.

2. Prakticheskoe rukovodstvo po ispolzovaniyu kontrolnogo perechnya VOZ po khirurgicheskoy bezopasnosti. Bezopasnaya khirurgiya spasaet zhizni. 2009.-20p.
3. Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike venoznih tromboembolicheskikh oslozhneniy // Flebologiya. – 2010. – no.1. - p. 2-37.
4. Bergmann J.F., Cohen A.T., Tapson V.F. Goldhaber S.Z., Kakkar A.K., Deslandes B., Huang W., Anderson F.A. Jr. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in hospitalised medically ill patients. The ENDORSE Global Survey // Thromb. Haemost. - 2010. Vol. 103, №4. - P. 736-748.
5. Bratzler D.W., Hunt D.R. The surgical infection prevention and surgical care improvement projects: national initiatives to improve outcomes for patients having surgery // *Clin. Infect. Dis.* - 2006. Vol. **43**, № 3. – P. 322-330.
6. Cima R.R., Lackore K.A., Nehring S.A., Cassivi S.D., Donohue J.H., Deschamps C., Van Such M., Naessens J.M. How best to measure surgical quality? comparison of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators (AHRQ-PSI) and the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) postoperative adverse events at a single institution // *Surgery.* - 2011. Vol. **150**, № 5. – P. 943-949.
7. Clarke J.R. The Use of Collaboration to Implement Evidence-Based Safe Practices // *J. Public. Health Res.* - 2013. Vol. 2, № 3. - P. 26.
8. Hall B.L., Hamilton B.H., Richards K., Bilimoria K.Y., Cohen M.E., Ko C.Y. Does surgical quality improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program: an evaluation of all participating hospitals // *Ann. Surg.* - 2009. Vol. **250**, № 3. – P. 363-376.
9. Kakkar A.K., Cohen A.T., Tapson V.F. Bergmann J.F., Goldhaber S.Z., Deslandes B., Huang W., Anderson F.A. Jr. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute care hospital setting (ENDORSE survey): findings in surgical patients // Ann. Surg. - 2010. Vol. 251, № 2. - P. 330-338.
10. Kehlet H., Wilmore D.W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery // *Ann. Surg.* – 2008. Vol. 248, № 2. – P. 189-198.
11. Rowell K.S., Turrentine F.E., Hutter M.H., Khuri S.F., Henderson W.G. Use of national surgical quality improvement program data as a catalyst for quality improvement // *J. Am. Coll. Surg.* – 2007. Vol. **204**, № 6. – P. 1293-1300.

УДК 615:614

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ В  
ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЕ ЮРИСПРУДЕНЦИИ И  
БИОЭТИКИ**

**(случай из судебной практики)**

**Д.Н.Теунова**

*Врач-терапевт, клиника «Центр Здоровья», г.Майкоп,  
ela1958@ya.ru*

**А.Д.Доника**

*Доктор социологических наук, доцент, старший  
научный сотрудник Отдела этической, правовой и  
социологической экспертизы в медицине  
Волгоградского Медицинского Научного Центра,  
г.Волгоград, [addonika@vndex.ru](mailto:addonika@vndex.ru)*

**В.А.Титовская**

*Преподаватель кафедры философии, биоэтики и права  
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный  
медицинский университет», г.Волгоград,  
[velikanovavera@bk.ru](mailto:velikanovavera@bk.ru)*

*В статье приводятся материалы (исковое заявление в суд второй инстанции) конкретного случая из судебной практики, на примере которого показана неоднозначность оценки причинно-следственной связи между наступившим осложнением от медицинского вмешательства и действиями медицинских работников (медицинского учреждения). На примере реального случая продемонстрировано, что проблема информированного согласия, по-прежнему, актуальна в современной врачебной практике и требует юридической доработки, поскольку рассматриваемая норма уже трансформирована из биоэтической в правовую.*

*Ключевые слова: информированное согласие, отказ от медицинского вмешательства, правовая защита пациента, правовое поле, этические нормы.*

**INFORMED CONSENT IN THE TROUBLED  
FIELD OF LAW AND BIOETHICS (THE CASE OF  
JUDICIAL PRACTICE)**

**D.N. Teunova**

*physician, clinic "Health Center", Maikop, ela1958@ya.ru*

**A.D. Donika**

*doctor of Sociology, associate professor, Senior  
Researcher in the Department of ethical, judicial and  
sociological expertise in medicine, Volgograd Medical  
Research Center, Volgograd*

**V.A. Titovskaya**

*Teacher of philosophy, bioethics and the law,  
Volgograd state medical University, Volgograd,  
velikanovavera@bk.ru*

*The article presents the materials (statement of claim in the court of second instance) Case of jurisprudence, which is shown by the example of the ambiguity estimates a causal link between the come complication of medical interventions and actions of health workers (health care facility). Examples of real cases demonstrated that the problem of informed consent, is still relevant in modern medical practice and requires legal improvements, since the considered norm already transformed from the bioethical in the legal.*

*Keywords: medical intervention, complications, moral evaluation, legal protection of medical, judicial assessment, the legal field.*