

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ

Нормы медицинской этики на протяжении истории изменялись в зависимости от социальных условий, развития культуры, достижений медицины. Однако традиционные вопросы оставались незыблемыми на протяжении веков. В последние десятилетия нравственные устои медицины стали нуждаться в дополнительной поддержке в связи с развитием и внедрением новых биотехнологий, интеграции здравоохранения в систему рыночных отношений.

Об особенностях медицинской этики в хирургии рассказывает в статье доктор медицинских наук, профессора Галины Львовны МИКИРТИЧАН, заведующей кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и кандидата медицинских наук Владимира Васильевича ШЕПИЛОВА, и. о. главного врача Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии.



Работа хирурга ответственная и напряженная, в ней не может быть главного и второстепенного, значимого и малоценного вся его деятельность, от первой встречи с больным до напутственного слова после выздоровления — есть единый процесс возвращения здоровья, а нередко и жизни, возможности активно и творчески трудиться. Ни в одной отрасли медицины роль техники и практических навыков не имеют такого значения, как в хирургии. Хирургия, как правило, связана с производством операций. Само оперативное вмешательство затрагивает весь мир чувств и впечатлений больного, его представлений, связанных с его собственным телом.

Общеизвестно, что хирургические методы лечения сопровождаются, как правило, не

только физической болью, но и определенной психической травмой.

Больной человек всегда нуждается во внимании, чуткости, заботе, отзывчивости. Хирургический больной, часто находящийся в тяжелом, критическом состоянии, морально угнетенный, подавляемый страхом операции, видит в хирурге ту единственную силу, которая способна справиться с его страданиями, единственную надежду. И хирург призван оправдать чаяния больного.

Особенность работы хирурга заключается в том, что он постоянно сталкивается с необходимостью решать (и порой в считанные минуты) сложнейшие проблемы, за которыми стоят, прежде всего, жизнь и здоровье пациента. Это не только диагностика, но и определение степени риска операции, целесообразности тех

или иных дополнительных диагностических и лечебных манипуляций.

Организация работы хирургического отделения и его структурных единиц (перевязочная, операционная) требуют особых этических и эстетических подходов.

Основоположником отечественной онкологии Н. Н. Петровым были сформулированы **принципы хирургической деонтологии** [12, 13]:

«Гармоническая постановка работы, основанная на разумном распределении прав и обязанностей основных работников хирургического учреждения.

Полный учет значения психики больных для исхода производимого лечения и охраны этой психики, с избеганием всякой ее травмы, какая только может быть избегнута.

Согласование наших научных знаний о различных болезнях с конкретными особенностями каждого подлежащего лечению больного — т. е. установка возможно более полного индивидуального диагноза и обоснование предлагаемого лечения.

Добросовестное проведение в жизнь принципа “хирургия для больных, а не больные для хирургии”.

Выявление и обсуждение совершаемых ошибок и накопление опыта путем собственной работы, соответствующей подготовке хирурга, а не за счет оперируемых больных путем смелости, превышающей умелость».

**Деонтология** (от греч. *deon, deontos* должное, надлежащее; *logos* учение) — совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей. Термин предложен английским философом И. Бентамом (1748–1832) для обозначения теории нравственности как науки о морали.

В современной хирургии тесно переплетаются социальная значимость нозологий для пациентов, новейшие высокотехнологичные методы лечения и высокая доля платных услуг.

Нравственный облик медика в повседневной работе находит выражение, прежде всего, через общение с пациентами, их близкими, коллегами, сослуживцами.



Н. Н. Петров (1876–1964), хирург-онколог, один из основоположников отечественной онкологии

## Модели взаимоотношений врача и больного

Взаимоотношение врача с больным является центральной проблемой медицинской этики. Основой этих взаимоотношений является абсолютная вежливость, доброжелательность, внимательность, индивидуальный подход, включая и психологические особенности больного, клиническое и деонтологическое обоснование методов диагностики и лечения, борьба с болью, соблюдение тайны, профилактика ятрогений.

Тактика общения с пациентом зависит от того, какой этико-правовой модели взаимоотношения придерживается врач.

**Патерналистская модель.** В клятве Гиппократа провозглашается: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». В этих словах Гиппократа отразился патерналистский принцип медицины, который являлся единственным на протяжении столетий вплоть до середины XX в., а в некоторых странах, в том числе и в нашей, распространен и поныне.

Суть патерналистской модели (от лат. *pater* — отец, «родительская» или отцовская) взаимоотношения врача и пациента заключается в том, что врач принимает на себя обя-

занность действовать на благо пациента и сам же определяет, в чем это благо заключается. Так, например, врач-хирург настойчиво рекомендует больному пойти на ту операцию, которая необходима, по мнению врача. Преимуществом этой модели является четкость назначений и действий врача. Однако врач-патерналист должен обладать высокими знаниями и опытом, быть авторитетным для больного. Отношение его к больному должно быть поистине отеческим.



*В принципах общения с больными и их родственниками легендарного врача Гипократа (ок. 460 — ок. 377 гг. до н. э.) находит отражение патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента*

Отрицательным моментом данной модели является ограничение прав больного и в какой-то мере игнорирование его предпочтений метода лечения. Врач решает, в какой мере и в каком аспекте информировать больного о его состоянии и перспективах лечения, причем так, чтобы получить согласие на запланированную им тактику лечения. В практической деятельности врача не всегда патерналистская модель проявляется в чистом, классическом виде. Отношение врача к пациенту может различаться в зависимости от компетентности больного<sup>1</sup> и его готовности ответственно принимать решение по лечению.

Многих пациентов устраивает патерналистская модель, она для них психологически наиболее приемлема. Данные проведенного

нами опроса больных разного профиля подтверждают это. Таким образом, врач берет на себя все ответственность за течение и исход болезни.

**Коллегиальная модель.** Новые модели взаимоотношений врача и пациента — непатерналистские — основаны на признании автономии человека, его праве на самоопределение. Под автономией пациента понимается право выбора пациентом метода лечения и полного контроля за любым медицинским вмешательством. Врач согласует с пациентом, что является благом для него. Согласно непатерналистским концепциям пациент обладает правом на полную правдивую информацию о своем состоянии, обо всех существующих способах лечения и о риске, связанном с каждым из них, и должен дать так называемое информированное согласие на определенный вид лечения или отказаться от него. Таким образом, в этих моделях взаимоотношений больной разделяет с врачом ответственность за исход заболевания. Примером такого взаимодействия может служить коллегиальная модель. В этой модели больной является полноправным участником, как бы коллегой врача в принятии решения о специальных методах исследования, вариантах лечения. Достоинством данной модели является активность больного в своем оздоровлении. Недостаток модели — возможная некомпетентность больного, который не может принять адекватного решения, кроме того, мнение врача и больного на болезнь и ее лечение явно некомпетентны — очень маленькие дети, лица в коматозном состоянии. Частично не компетентны — некоторые пациенты в результате болезни, действия лекарств и др.

Кроме того, мнение врача и больного на болезнь и ее лечение могут не совпадать, врач и пациент могут придерживаться разных моральных и религиозных воззрений, социальных и материальных ориентиров. По мнению американского ученого R. Veatch коллегиальная модель представляет неосуществимую мечту. Хотя при хронических заболеваниях отношения врача и больного могут носить действительно коллегиальный характер, особенно когда врач молодой, а больной за годы своего страдания приобрел объем знаний по поводу своего заболевания.

<sup>1</sup>Компетентным признается лицо, способное понимать существо и последствия избранного им способа поведения, относительно больных — это способность сознательно выбрать способ лечения больного.



**Совещательная и интерпретационная модели.** Близки к коллегиальной совещательная и интерпретационная модели. В них автономия пациента достаточно выражена, и он принимает участие в выборе метода лечения. По высказыванию американских врачей E. J. Esmanuel и L. L. Esmanuel, в совещательной модели врач действует как друг и учитель, хорошо знающий больного, вовлекая его в доверительный диалог для выявления лучшего способа действия. Больной на основе детального рассмотрения с врачом всех альтернативных вариантов обследования и лечения и определения оптимального выбирает лучший метод.

При интерпретационной модели врач действует как консультант и советчик, который должен помочь больному сделать правильный выбор, терпеливо объясняя (интерпретируя) состояние его здоровья, пользу возможных методов лечения и т. д.

**Инженерная модель.** Во второй половине XX в. в связи с увеличением клинических, инструментальных и лабораторных исследований, а также с механистическим подходом к больному возникает еще один тип взаимоотношений врача и пациента, так называемая инженерная модель.



*Смысл врачевания при инженерной модели сводится к манипулированию организмом больного с целью устранения «поломок»*

Врач ориентируется на результаты всех методов обследования, не учитывая личность больного, его предпочтений, объясняя это тем, что больной не обладает знаниями, чтобы оценить собственное состояние. При этой модели общения с пациентом (беседа, разъяснения, оценка его субъективных ощущений) минимальны. Надо признать, что больные тоже часто придают большое значение результатам

лабораторного и инструментального исследования. Однако они все же хотят видеть во враче не только профессионала, но и человека сочувствующего им и понимающего их духовные потребности.

Кроме перечисленных существуют и другие модели. Однако ни одна модель не может считаться идеальной. Опытный врач в зависимости от конкретной ситуации особенностей личности пациента выбирает ту или иную модель.

Дискуссия о моделях взаимоотношения врача и пациента в большей степени носит теоретический характер, и в своей практической деятельности врачи нередко на различных этапах болезни, в зависимости от состояния больного, диагноза его заболевания, характерологических особенностей действуют по той или иной модели. Хирургическая практика — особая отрасль медицины, где принимать решение приходится очень быстро, а неадекватность пациента и психотравмирующие диагнозы при неотложных состояниях обуславливают предпочтение патерналистской модели, которая более эффективно обеспечивает уважение автономии, чем любая другая [1].

Как в далекой древности, так и сегодня проблемы взаимоотношений сложны, не всегда бесконфликтны, часто неравноправны.

Каждый этап лечебно-диагностического процесса сопряжен с соответствующими этическими правилами.

### Этические правила сбора анамнеза

Прежде всего, сбор анамнеза предусматривает внимательное выслушивание жалоб больного, деликатную постановку вопросов, установление доверительных отношений с пациентами.

Беседа с больным дает определенное представление о его культурном уровне, интеллекте, образованности, личных особенностях, доминирующих переживаниях. Эти знания помогают установить контакт и найти индивидуальный подход к больному. От того, как врач встретит его, как с ним побеседует, как его осмотрит, во многом зависят дальнейшее течение болезни, настроение и состояние больного.

Больному становится легче уже от одного вида врача, от его улыбки, приятной наружности и одежды — белого отглаженного халата и шапочки.

Одни больные вежливы и стараются понять и помочь, другие грубы, нетактичны, стремятся отделаться от собеседника, относятся к нему неуважительно и даже оскорбительно. Задача врача при негативном поведении сохранять спокойствие, попытаться наладить отношения, не раздражаться и не сердиться на больного. Еще в XVIII в. основатель первых госпитальных школ для подготовки врачей в России Н. Бидлоо (1670–1735) в своем «Наставлении по хирургии» советовал: «...чтобы хирург не гневался на больного, а старался расположить его к себе» [2].

### Этические правила обследования больного

При осмотре пациента врач также должен быть деликатен, учитывать стыдливость (это особенно актуально в отношении детей определенного возраста, осмотра в палате, в кабинете при посторонних и т. п.), стараться не причинить боль; пальпацию необходимо производить мягко, щадяще, не причиняя неприятных, а тем более болезненных ощущений, хотя в хирургии это не всегда возможно, например, слишком усердная пальпация, неумелая и ненужная, допустим при мастите, тромбфлебите может вызвать негативную реакцию пациента. Чрезвычайно важным элементом является первый осмотр пациента. Руки врача должны быть обязательно мягкими, теплыми, с коротко остриженными ногтями, с абсолютно чистым и здоровым кожным покровом. Больные особенно впечатлительные, придают огромное значение первому мануальному прикосновению врача. Желательно, чтобы врач, назначая тот или иной метод исследования, обосновывал его не только медицинскими, но и этическими показаниями, прежде всего, это касается сложных инструментальных исследований.

В большинстве случаев окончательному установлению диагноза в дооперационном периоде предшествует целая серия всевозможных диагностических обследований. Не желательно обрушивать на больного многие,

притом тяжелые исследования, если одно из них может сразу решить проблему диагноза. Очевидно, что выбирать метод исследования, особенно сложный и болезненный, следует так же тщательно, как и операцию.

От чрезмерного увлечения техникой в медицине предостерегали даже хирурги прошлых лет. Так знаменитый хирург Н. А. Вельяминов (1855–1920) констатировал, что некоторые врачи не умеют мыслить клинически, и переоценивают лабораторно-инструментальные исследования. Они идут «не от больного в лабораторию, а из лаборатории к больному».

Известный терапевт И. А. Кассирский (1898–1971) предупреждал врачей о том, что никогда инструментальное исследование не должно быть опаснее болезни [9].

Современный врач, несмотря на наличие разнообразной диагностической аппаратуры, должен уметь тщательно обследовать больного классическими клиническими методами. В практике хирурга могут встречаться обстоятельства, при которых ни о каких инструментальных методах не может быть речи (при экстренной хирургии, в учреждениях, не оснащенных оборудованием и др.).



*Н. И. Пирогов осматривает больного Д. И. Менделеева  
(художник И. Тихий)*

По мнению современного американского врача Р. Ригельмана «даже самая современная техника не заменит плодотворного взаимо-

действия врача и больного. По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса. А для этого технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больным» [16].

### Этические правила при информировании больного

После сбора анамнеза и проведения обследования врач сообщает больному диагноз, назначенное лечение и прогноз. Во все времена характер сообщения этих сведений являлся одним из самых серьезных моментов во взаимоотношениях врача и больного. В книге Н. Н. Петрова (1946) четко говорится: «Важную главу хирургической деонтологии представляет собою надлежащая информация больного о диагнозе, прогнозе, о способах лечения». Все советы Н. Н. Петрова согласуются с самыми современными требованиями биоэтики: сообщение о диагнозе должно быть дано в понятной и не утрачивающей форму; сообщение прогноза обязательно сопровождается профилактическими советами; информация больному об операции должна содержать сведения о риске связанной с ней, но в то же время врачу необходимо подчеркнуть незначительность этого риска с вероятной пользой от операции. Информирование пациента, по Н. Н. Петрову, налагает большую ответственность на хирурга и заставляет его тщательно продумывать все детали диагноза и лечения.

Право граждан на информацию о состоянии здоровья в законодательстве закреплено с 1993 г. сначала в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан». (1993, статья 31), а в настоящее время регламентируется Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 22 «Информация о состоянии здоровья».

В этой статье говорится, что информация о состоянии здоровья не может быть представлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников

(детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», глава 4, статья 22 [17]

Закон также предоставляет право пациенту либо его законному представителю «непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов», а также «на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (статья 22, пп. 4, 5).

Все сведения должны быть представлены в доступной форме и с учетом интеллектуальных и психологических особенностей пациента.

Целесообразно всегда после любой диагностической процедуры зайти к пациенту в палату или пригласить его в ординаторскую и подробно, доходчиво объяснить результа-



ты обследования. Необходимо помнить, что больной с тревогой и нетерпением ждет таких разъяснений именно от своего доктора.

Хирурги придерживаются разного стиля предоставления информации: оптимистического или пессимистического. Выдающийся советский хирург А. В. Гуляев (1904–1984) писал: «Врач-оптимист представляет любому больному его болезнь, как мелочь, любую операцию, как пустяковую, и при любых обстоятельствах грешит против истины, часто без надобности для этого, но всегда в сторону преуменьшения истинного положения. Такая тактика часто терпит фиаско и отнюдь не повышает уверенности больного в благополучии. Больной всегда серьезно относится к своему заболеванию и легковесный подход не укрепляет его веры в того, кому он вручает свою судьбу, а истина до него просачивается окольными путями» [7].

При пессимистическом стиле врач подчеркивает опасность болезни и операции и «откровенен с больным, — как говорил В. А. Оппель, — до цинизма» [11]. Иногда это вызвано искренними убеждениями врача в опасности, а иногда, к сожалению, врач, таким образом, подстраховывает себя от упреков в случае неудачи или надеется на благодарность больного и родственников в случае успеха. В этой ситуации возможен отказ больного от оперативного вмешательства, повышается вероятность послеоперационных осложнений

И в том и в другом случае тактика врача не является правильной, врач должен предоставить объективную информацию.

Всегда сложным для врача является сообщение неблагоприятного прогноза.

На протяжении веков менялись взгляды врачей на правила сообщения тяжелого прогноза. Гиппократ в произведении «О благопристойном поведении» писал, что врач должен утешать пациента своим вниманием и ласковым обращением, «не сообщая больным того, что наступит, или наступило, ибо многие больные по этой именно причине, т. е. через изложение предсказаний о том, что наступает или после случится, доведены были до крайнего состояния» [6]. В начале нашей эры известный римский врач Гален также писал о необходимости скрыть правду от больного при болезни, угрожающей жизни. При утверждении хри-

стианства многие врачи считали, что больной должен знать всю правду, чтобы совершить обряд подготовки к уходу из жизни. С началом эпохи Возрождения врачи вновь обращаются к гиппократовскому принципу. Даже во французском деонтологическом кодексе врача 1947 г. было специальное положение, рекомендуемое сокрытие плохого прогноза от пациента. Однако по настоянию юристов на I Международном конгрессе по медицинской этике в Париже (1955 г.) было обосновано право больных знать всю правду о своей болезни. С каждым годом все больше врачей Западной Европы и США становились сторонниками полного информирования больных. В России до последнего времени большинство врачей скрывали неблагоприятный прогноз от больного, особенно при онкологических заболеваниях, проповедуя преимущественно щадящее отношение к психике больного, к его душевному покою, т. е. применяли принципы «святой лжи» или «доброжелательного обмана».

Сообщение о неблагоприятном прогнозе должно быть сделано в спокойной, неформальной обстановке, не наспех. Параллельно с прогнозом необходимо дать рекомендации по лечению, это внушает больному надежду, что врач не отказывается от него. Очень важно убедить в своем постоянном участии и готовности помочь ему.



*Х. А. Т. Бильрот (1829–1894), выдающийся немецкий (австрийский) хирург, основоположник современной абдоминальной хирургии*

Сообщить больному горестную правду и не лишить его надежды — очень трудная задача врача. Страх, посеянный в душе человека, — плохой союзник в борьбе с болезнью. Врач должен оставлять больного не с тоской в душе, а с верой и надеждой. Даже если мы не можем вылечить больного, наш долг — утешить его. Вспомним мудрый совет французского хирурга Амбруаза Паре (ок. 1510–1590): «Цель медицины, если возможно, — вылечить, если нет — облегчить, но всегда — утешить».

Даже если неизлечимым недугом заболел врач, то и он нуждается в благожелательном обмане, поскольку больной врач не меньше другого больного впадает в отчаяние, когда узнает о скорой и неизбежной смерти. «Не страшно умереть, а страшно умирать», — сказал русский поэт Н. А. Некрасов, узнав перед смертью о своей неизлечимой болезни. Когда профессор Н. В. Склифосовский предложил Н. И. Пирогову оперироваться по поводу «язвочки во рту» с подозрением на рак челюсти, эта весть тяжело травмировала Н. И. Пирогова и он уехал к знаменитому европейскому хирургу Теодору Бильроту. Категорически отвергнув плохой диагноз, Бильрот успокоил своего гениального пациента, который, по словам очевидцев, сразу стал бодрым и счастливым. Ошибался ли Бильрот в диагнозе? Из опубликованных материалов известно, что он знал об истинном характере заболевания. Однако преклонный возраст больного и запущенность процесса не позволяли ему предлагать операцию. Т. Бильрот использовал свой непререкаемый авторитет, чтобы внушить Пирогову надежду на благоприятный исход болезни и тем самым обеспечил ему душевное успокоение. «... Мне хотелось отвлечь внимание больного от характера его болезни, поддержать в нем твердость духа и терпение... Я поступил так, как мне предписывали мой долг и многолетний опыт...», — объяснял он.

Особенно бережно следует относиться к родителям и детям тяжелых больных. У них нельзя отнимать последнюю надежду, а ориентировать их на длительное и упорное лечение, и объяснить, что врачи приложат все силы для выздоровления или облегчения страданий пациента. Ни в коем случае нельзя в этих случаях употреблять,

слова «смертельный исход», «больной умрет» и т. п.

Принцип «святой лжи» является чисто деонтологическим, не подкрепленным законодательно и если больной настоятельно требует правды, то врач обязан предоставить пациенту полную информацию.

Опыт врачей свидетельствует о том, что принцип «доброжелательного обмана» не во всех случаях является оптимальным. Практика показывает, что при сообщении больному о его онкозаболевании необходимо руководствоваться по меньшей мере тремя факторами. Это, прежде всего, стадия заболевания, второе — его локализация и третье — обязательный учет психогенного типа данного больного. Врач всегда должен проявлять большой такт и осторожность, он не вправе отнять у больного веру в выздоровление.

Таким образом, вопрос об информировании больного с серьезным диагнозом и прогнозом остается открытым, несмотря на законодательства национального и международного характера. В нашей стране это в большей степени связано с тем, что до сих пор наиболее распространена патерналистская модель взаимоотношений, и как врачи, так и больные не всегда готовы к сотрудничеству на основе полной информации.

Современные положения биомедицинской этики предусматривают не только информирование пациента, но и обсуждение с ним плана обследования и лечения.

### **Этические проблемы, возникающие при лечении**

Среди многих этических требований к назначению лечения важным является умение врача успокоить и ободрить больного и его родственников, мобилизовать их на активную помощь.

В настоящее время получает развитие так называемая гуманизация лечебного процесса. В первую очередь она подразумевает щадящий подход. Назначение таких методов лечения, если возможно, которые причиняют меньше боли, меньше травмируют психику больного. Это особенно актуально для хирургии, методы, лечения которой связаны с болью: обработка ран, перевязка, удаление дренажей и т. д.



Впрочем, об этом всегда помнили и исполняли этот принцип многие врачи. Однажды замечательный русский хирург С. И. Спасокукоцкий, демонстрируя пациента на лекции, спросил у врача, перевязывающего больного, указав на капли крови, появившиеся после грубого снятия повязки: «Что это такое?», и сам объяснил: «Это грануляции плачут кровавыми слезами по жестокости и неразумению врача, который с ними так обращается».



*С. И. Спасокукоцкий (1870–1943), русский и советский ученый, хирург, создатель отечественной клинической школы*

Как и в любой медицинской специальности при назначении лечения очень важен индивидуальный подход с учетом возраста, особенностей физического и психологического состояния больного, его социального и материального положения.

Несмотря на то, что хирургия чаще всего связывается с оперативными вмешательствами, нельзя забывать о комплексном подходе к лечению, включающем в себя специальные хирургические методы, лечение сопутствующих заболеваний, организацию режима для больного и психотерапию.

Еще в начале XIX в. выдающийся клиницист М. Я. Мудров (1776–1831) учил студентов: «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального —

утешишь, сердитого — умягчишь, нетерпеливого — успокоишь, бешеного — остановишь, дерзкого — испугаешь, робкого — сделаешь смелым, скрытого — откровенным, отчаянного — благонадежным. Сим искусством общается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание и которая самые болезни, например нервные, иногда покоряет воле больного».

После обследования и обстоятельной беседы с больным, врач должен получить так называемое информированное согласие пациента на любое лечение или обследование, оно закреплено в ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства».

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», глава 4, статья 20 [17]

Получение согласия больного на операцию, сложные диагностические процедуры, применение препаратов, имеющих побочные действия, — не только формальное требование, но один из важнейших элементов защиты врача при предъявлении претензий к проведенному лечению со стороны больного или его родственников. Поэтому, информированное согласие больного должно быть зафиксировано в истории болезни за подписью врача и больного, причем желательно, чтобы пациент не просто поставил свою подпись, а написал, что он получил от врача подробные объяснения и понял их.

Если больной дает осознанное согласие на лечение то он становится союзником врача, более ответственно относится к выполнению всех назначений, что способствует успешному выздоровлению.

К сожалению, реалии нашего времени иногда заставляют выбор лечения согласовывать с материальными возможностями лечебного учреждения и самого пациента.

Закон также предусматривает отказ пациента от медицинского вмешательства (статья 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства»): «3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства» [17].

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

В этой же статье законом определены случаи, когда можно совершать медицинское вмешательство без согласия граждан: «9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы» [17].

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятия, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия и в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно-опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Характер взаимоотношений врача с больным во многом определяется тем, насколько больной доверяет врачу. Доверие больного к врачу может быть проверено специальными показателями, так называемыми показателями доверия: точность соблюдения назначений, откровенность с врачом, наличие неформального контакта и др.

В последнее время практически врачами как за рубежом, так и в России стал широко применяться термин «комплаентность» (от англ. compliance — согласие, податливость, уступчивость). Поведение пациента, совпадающее с рекомендованным лечением, называют комплаентным. Ряд авторов считают более приемлемым термин «приверженность лечению» (adherence) взамен «комплаентности», под которым понимают степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача, т. е. приверженность к лечению — функция самого пациента. Проблема комплаентности — междисциплинарная: и клиническая, и социально-психологическая, и этико-правовая. В отечественной практике принято учитывать не только выполнение пациентом врачебных рекомендаций, но и его информированность относительно заболевания, характера терапии, ее доступ-

ности, удовлетворенность от сотрудничества с врачом, искренность и др., что по сути и отражает степень кооперации в тандеме «врач–пациент».

### Литература:

1. *Бондарев А. А.* Автономия врача и пациента в хирургической практике. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. к. м. н. Волгоград, 2006.
2. *Бидлоо Н.* Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре. М., 1979. 592 с.
3. *Бунятян А. А., Выжигина М. А., Мещераков А. В.* Деонтология в анестезиологии // Деонтология в медицине / Под ред. Б. В. Петровского. М., 1988. С. 238–263.
4. Введение в биоэтику. Учебное пособие / Под ред. проф. Б. Г. Юдина и к. ф. н. П. Д. Тищенко. М., Прогресс–Традиция, 1998. 382 с.
5. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы”, сборник официальных документов / Под ред. В. Н. Уранова. М., 1995. 96 с.
6. *Гиппократ.* Избр. книги / Перев. с греч. В. И. Руднева. М., 1936. 736 с.
7. *Гуляев А. В.* Вопросы деонтологии в медицине //Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М., 1970. С. 71–81.
8. *Дитерихс М. М.* Душа хирурга. Л.: Практическая медицина, 1925. 60 с.
9. *Кассирский И. А.* О врачевании. Проблемы и раздумья. М., 1970. 272 с.
10. *Лучкевич В. С., Микиртичан Г. Л., Суворова Р. В., Шенилов В. В.* Проблемы медицинской этики в хирургии. СПб., 2000. 378 с.
11. *Отпель В. А.* Организация работы в хирургическом отделении. Л., 1926. 210 с.
12. *Петров Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1946. 62 с.
13. *Петров Н. Н.* Мои советы молодым ученым-хирургам // Вестник хирургии. 1956. № 1. С. 5–7.
14. *Пирогов Н. И.* Вопросы к жизни. Дневник старого врача. Соч. Т. 2. Киев: Изд. Пироговского т-ва, 1910. 681 с.
15. *Пирогов Н. И.* О трудностях распознавания хирургических болезней и о счастье в хирургии. Т. 4 // Собр. сочинений в 8 томах. М., 1960. С. 151–199.
16. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. М.: Практика, 1994. 208 с.
17. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 23 ноября. 2011.