



УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ  
И ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Н.Н. СЕДОВА,  
С.В. ДМИТРИЕНКО

# **ВАШ БИЗНЕС — СТОМАТОЛОГИЯ**

УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ  
И ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

---

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

**Н.Н. СЕДОВА, С.В. ДМИТРИЕНКО**

# **ВАШ БИЗНЕС — СТОМАТОЛОГИЯ**

## **(НОРМАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ)**



---

Москва ♦ МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА

Н. Новгород ♦ Издательство НГМА  
2001

**Седова Н.Н., Дмитриенко С.В. ВАШ БИЗНЕС — СТОМАТОЛОГИЯ (нормативная регуляция в стоматологии).** — Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2001. 114 с.

Издание посвящено основам правового регулирования и биоэтики в стоматологии. Раскрыты ценности биоэтики, проблема качества жизни пациента в стоматологической практике, этические кодексы и юридические законы. Книга предназначена для студентов стоматологических факультетов высших медицинских учебных заведений, учащихся зуботехнических отделений медицинских колледжей и может быть использована врачами стоматологами и зубными техниками в практической работе.

Рецензенты:

**А.В. Лепилин** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Саратовского медицинского университета.

**И.В. Силуянова** — доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой биоэтики Российского Государственного Медицинского Университета.

По вопросам приобретения книги  
обращайтесь по телефонам:

**(095) 189-99-35**

**(8313) 25-57-11**

**ВОЗМОЖНО ПОЛУЧЕНИЕ КНИГИ  
СО СКЛАДА В МОСКВЕ И ДОСТАВКА В РЕГИОНЫ**

## ВВЕДЕНИЕ

В подготовке врача-стоматолога большую роль имеют проблемы этического и правового регулирования. Они изучаются в наших вузах, в основном, на младших курсах. Однако, студенты старших курсов и начинающие практическую деятельность врачи, часто забывают об этих принципах в своем профессиональном обучении.

Стоматологу необходимо помнить, что он не имеет дело с зубами, он имеет дело с людьми, которые заслуживают самого учтвого и заботливого внимания, становятся его пациентами.

Для стоматолога пациент — это самый главный человек в его профессии, часть этой профессии, а не постороннее лицо. Пациент не зависит от врача, врач зависим от пациента. Пациент — не помеха для работы, он её цель. Пациент делает честь своим приходом к врачу. Врач делает ему одолжение, обслуживая его. Пациент не просто статистика, это существо из крови и плоти со своими чувствами и эмоциями, как и мы сами!

В связи с этим проблемы взаимоотношений врача и пациента, врача и медицинского персонала, пациентов и представителей страховых фирм, врачей и руководителей структур здравоохранения имеют принципиальное значение для повышения эффективности стоматологической помощи.

В ситуации, когда пациент обладает правом выбора лечащего врача, эти проблемы становятся не просто этическими или правовыми, они приобретают осязаемый экономический смысл, что также немаловажно, особенно для начинающих врачей-практиков.

С появлением биоэтики нормативная регуляция в стоматологии усложнилась, но, в то же время, появилась возможность с большей степенью уверенности гарантировать пациентам прекрасное обслуживание и эффективное лечение. Контроль этических комитетов за деятельностью лечебных учреждений, работа консультантов по биоэтике, этическое регулирование клиничес-



ких испытаний — все это позволяет бесконфликтно решать многие вопросы, которые еще недавно требовали юридического вмешательства. Правильно используя этот механизм, можно успешно организовать стоматологическую практику с наибольшей выгодой как для пациентов, так и для врачей, зубных техников, медицинских сестер и администраторов здравоохранения.

Здесь есть и еще одно соображение, которое нельзя не учитывать, когда речь идет о нормативной регуляции в стоматологии. Врач должен быть не только хорошим специалистом, но и образованным человеком. Образованный человек тот, кто может выбрать между хорошим и плохим, правдой и ложью, прекрасным и безобразным, стоящим и бессмысленным. Он может выбрать хорошую книгу, хорошую картину или хорошую музыку; его образование подготовит его принимать многие решения, необходимые в планировании хорошей жизни и быть готовым принять участие в изменении своего мира, преобразуя свой дом, работу, изменяя ход голосования на выборах в различные структуры власти.

«Жизнь — это приключение и эксперимент, и когда Вы насытились последней каплей ее, это значит не больше, чем только то, что Вы приближаетесь ко дню, знаете ли Вы это или нет, когда Вы уйдете не оглянувшись. Те, кто оборачиваются, умирают молодыми, в каком бы возрасте они не были» (Дональд С. Пити, из Альманаха для современников).

## БИОЭТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

Болезни зубов, органов и тканей полости рта человека являются предметом профессиональной деятельности врачей-стоматологов. В настоящее время уже мало кто, даже, несмотря на традиционный страх перед зубоврачебным креслом, станет заниматься самолечением. Пациенты у стоматологов будут, наверное, всегда. Именно поэтому специалисты в данной области представляют собой устойчивое сообщество, локальную группу в общем контингенте медицинских работников, причем, данная группа отличается от других подобных не только предметом своей деятельности, но и способами самоорганизации, признаками обособления, корпоративными стандартами поведения. Эти способы, признаки и стандарты с необходимостью включают моральные ценности, вокруг которых координируется стоматологическая деятельность. Но если раньше они описывались в терминах деонтологии или, более широко, в терминах стоматологической этики как подвида медицинской этики, то в наши дни этого явно недостаточно. Современная ситуация в стоматологических науках и на рынке стоматологических услуг требует более глубокого и поливариантного регулирования в моральном отношении. Поэтому правомерно говорить о стоматологии, в целом, как поле приложения принципов и норм биоэтики. Зависимость здесь достаточно очевидна.

Стоматологическая этика является составной частью медицинской этики, которая, в свою очередь, выступает как раздел биоэтики, поэтому все принципы морального регулирования в стоматологии — ни что иное, как конкретизация биоэтических принципов в данном профессиональном контексте. Следовательно, первой ступенью в интериоризации стоматологической этики является знакомство с биоэтическими постулатами.

Биоэтика — молодая наука. Она начала формироваться в 70-х годах (термин предложил V.R. Potter, 1969). Предметом биоэти-

ки является нравственное отношение ко всему живому. Очевидно, что для человека, чье отношение, собственно, и имеется в виду, среди всего живого самым ценным является он сам. Следовательно, отношение к человеку как живому существу является приоритетной ценностью биоэтики. Это, собственно, и объясняет причины ее возникновения как науки именно в последней трети XX века.

В это время уже четко ощущаются изменения, которые происходят с человеком как животным видом. Ему досаждают проблемы с экологией, появляются новые болезни, а давно известные начинают протекать атипично, меняется характер пищи, а новые средства информации, связи, передвижения, требуют от человека качеств, которые не были развиты в нем предыдущей эволюцией. Поневоле возникает ощущение угрозы, нависшей над жизнью. Попытки определить характер этой угрозы первыми предприняли экологи. В конце XX века алармистские настроения возникли по поводу новейших биотехнологий. Было высказано мнение, что человечество переживает антропологический кризис.

Вообще, если занять позицию разумного пессимизма, каждое новое достижение человечества можно рассматривать как угрозу его существованию. Если же исходить из оптимистических стандартов, то, наоборот, каждый новый этап развития должен приносить благо. Скоррелировать эти крайности и найти "золотую середину" и призвана биоэтика.

Предлагая шкалу оценок "добро — зло" в современной модификации, биоэтика стремится регулировать отношение к жизни и определить его место в системе всех других человеческих отношений — экономических, политических, производственных, интеллектуальных и т.п. Поэтому применение ее принципов к конкретной области деятельности не только регламентирует саму эту деятельность, но и позволяет представить ее последствия для других областей человеческого бытия.

Что касается стоматологии, то полем биоэтической регламентации здесь выступают:

- взаимоотношения врача и пациента;
- взаимоотношения внутри профессиональной группы стоматологов;
- взаимоотношения стоматологов с другими группами медицинских специалистов;
- отношения собственности и прибыли в стоматологической практике;

- отношения к новым научным достижениям и критерии их использования в стоматологической практике;
- отношения на рынке лекарств, используемых в стоматологической практике;
- эстетические нормы стоматологической помощи;
- отношение стоматологов к социальным и природным факторам, влияющим на состояние здоровья их пациентов;
- принципы обособления данной профессиональной группы в обществе;
- отношение к власти и законам, действующим в данном обществе;
- взаимоотношения внутри профессиональной группы медицинских работников стоматологической практики;
- моральный статус пациента в отношении своего здоровья и рекомендаций врача.

Как видим, область биоэтической регуляции значительно шире, чем у медицинской этики. Высокая степень интегрированности биосоциального пространства человека в эпоху постиндустриального общества предполагает именно такую регуляцию, однако, медицинское сообщество еще не осознало до конца ее необходимость. Именно поэтому мы взяли на себя смелость попытаться обобщить опыт, накопленный биоэтикой и посмотреть, насколько адекватно применение ее принципов в стоматологии.

## ЦЕННОСТИ БИОЭТИКИ

Мы уже говорили о том, что антропологический кризис являлся первоначально предметом аксиологической рефлексии. Ценностное восприятие происходивших перемен фиксировалось как опасения за жизнь. А поскольку жизнь занимает всегда главное место в иерархии ценностей, то отношение к ней определяет в той или иной степени все иные человеческие отношения. При этом из всех многочисленных трактовок понятия "жизнь" для человека в первую очередь актуализируется его нравственный смысл. Но если в естественнонаучном и философском определениях жизни нет существенных противоречий, то *нравственная ценность жизни* понимается по-разному.

*Во-первых*, можно приписывать одинаковую ценность жизни отдельного индивида, жизни вида и жизни вообще, во всех ее проявлениях. Такой подход можно считать нравственной макси-



мой поведения. В реальной жизни его пытаются реализовать в различных экологических движениях.

*Во-вторых*, можно придавать разную ценность разным формам жизни. Здесь обычно существует следующая зависимость: важнейшей признается жизнь в целом (самосохранение и самовоспроизводство всех живых форм на Земле); далее следует жизнь человека как живого вида, на последнем месте по значимости оказывается жизнь отдельного индивида. Такой подход обусловлен объективной необходимостью — ведь человеческий вид существует благодаря тому, что люди рождаются и умирают.

*Человек вообще осознает ценность жизни только через понятие смерти.* В принципе, оно должно обладать той же ценностью, что и понятие "жизнь" ведь одно без другого не существует. Почему же смерть по шкале "добро — зло" находится в прямой противоположности жизни? Очевидно, потому, что до сих пор люди умирают гораздо раньше, чем исчерпали свои биологические ресурсы. Естественно, они воспринимают смерть как зло.

Но тогда напрашивается вывод, что нравственным идеалом в данном случае является бессмертие. На самом деле бессмертие не может считаться нравственным идеалом, потому что оно отрицает видовую ценность жизни. Вид существует только потому, что отдельные *индивиды* умирают.

Но умирать — страшно. Еще страшней, когда умирает близкий человек. Нравственный выход из этой ситуации пыталась найти религия. В религиозной этике (независимо от конфессии) существует постулат о жизни земной как подготовке к жизни вечной, к жизни души, обычно именуемой загробной. Психологическое обоснование этой теории очевидно — примирить человека с мыслью о неизбежности смерти, утешить его. Здесь меняется и само понятие смерти, оно оказывается применимо лишь к телу, но не к духовной сущности человека. Поскольку ни доказать, ни опровергнуть концепцию загробной жизни не представляется возможным, в нее можно только верить или не верить. В соответствии с одним из основных принципов общечеловеческой морали — принципом свободы совести, позволим решать этот вопрос каждому, как он считает нужным.

Следует отметить только, что исходя из концепции загробной жизни, объективная ценность индивидуального бытия понижается. Поэтому в религиозной морали существует целая система принципов, особо оговаривающих ценность "жизни тела", если можно так сказать. Так, например, согласно этим принципам убийство, равно как и самоубийство, являются грехом. Бо-

лее того, в современных религиозных концепциях эвтаназия рассматривается как разновидность убийства, что позволяет совместить теологическую и светскую трактовку биоэтики. Деторождение поощряется, а отсутствие детей расценивается как наказание Божье и т.д.

Но с какой бы стороны мы не подошли к рассмотрению вопроса о ценности жизни, о жизни и смерти, мы неизменно оказываемся в поле действия принципов биоэтики, поскольку *биоэтика — это наука о нравственном поведении в отношении одной ценности — жизни.*

Здесь уместно сослаться на Yaman Ors (1992), который в своей работе "Defining bioethics" проанализировал пять основных подходов, которые характерны для современной трактовки биоэтики:

- биоэтика означает поле исследовательской и профессиональной деятельности по изучению ценностных проблем, вырастающих из современного научно-технического развития в медицине, при этом биоэтика связана с тем, что мы называем биомедициной, пришедшей на смену медицине;

- биоэтика — это "поле, в котором эффект и практическая польза в науках о жизни изучаются с точки зрения этических рисков и их влияния на общество"<sup>1</sup>;

- третий подход представляет биоэтику как область регулирования не только экспериментов на животных, как было раньше, но любых научных и технических предприятий (таких как исследования в психологии, например);

- регламентируя отношения в медицине, науке и технологии, биоэтика превращается в моральный регулятор всего живого, биосферы в целом (Y. Ors критикует такой подход, поскольку в его понимании биоэтика и экологическая этика различаются. Мы придерживаемся другой точки зрения);

- в последнем смысле биоэтика понимается как раздел профессиональной этики в области медицины, науки, юриспруденции, журналистики и т.п.

Как видим, большинство подходов связывают биоэтику преимущественно с медициной. Более того, первоначальное поттеровское определение подвергается ревизии и берется лишь прагматическое его суждение о границах биоэтической активности.

---

<sup>1</sup>The Inaguration Congress of International Association of Bioethics. Amsterdam, October 5–7, 1992. Art. 3.

Мы уже указывали, что существуют различные подходы к определению ценности жизни. Соответственно, существуют и моральные требования, отражающие различное отношение к ней. Так, христианская биоэтика достаточно сильно отличается от сциентистской концепции. Многие теории, выступавшие раньше как самостоятельные, стали включаться целиком и частично в биоэтику, не теряя своей самостоятельности. К ним относится, прежде всего, медицинская этика.

В последнее время наметилась тенденция редукции биоэтики к медицинской этике. Это не удивительно, поскольку последняя имеет историю с догиппократовских времен, а первая, как ответ на антропологический кризис, родилась вместе с ним. Мы полагаем, что медицинская этика является такой же составной частью биоэтики, как, например, этика экологическая. Но, в отличие от экологической этики, медицинская отличается жесткой деонтологической составляющей.

На наш взгляд, в отличие от биоцентристов, смешение понятий "биоэтика" и "медицинская этика" легко преодолевается путем категориального анализа. Центральная ценность первой — *жизнь вообще* (с признанием ее абсолютной ценности), а центральное понятие второй — *индивидуальная жизнь*. Более того, в медицинской этике есть еще одна *ценность, соразмерная с жизнью — это здоровье*. Вопрос о том, нравственно ли сохранять жизнь, не сохраняя здоровья, является для биоэтики частным, а для медицинской — одним из главных. Субъект нравственности в медицине — *медицинский работник*, субъект нравственности в биоэтике — *каждый человек*.

В связи с этим в медицинской этике обсуждается вопрос об ответственности врача за здоровье пациента, а в биоэтике — вопрос об ответственности каждого человека за свое здоровье и здоровье других людей. В медицинской этике, по сути дела, отсутствуют нормы, касающиеся взаимоотношения человека и окружающей среды (экологическая мораль), хотя от них зависит наше здоровье в большей степени, чем от наследственности. А биоэтика включает экологические нормативы как обязательные. Таким образом, можно сказать, что медицинская этика является составной частью биоэтики, конкретизируя ее принципы. С другой стороны, в контексте биоэтики медицинская мораль обогащается новыми подходами, более глубоким пониманием острых проблем.

---

<sup>2</sup> Potter V.R. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1971.



Однако, понять сущность современной биоэтики легче всего именно в контексте медицины, поскольку здесь и жизнь, и смерть приобретают вполне конкретные формы и, следовательно, теоретические позиции могут получать непосредственное эмпирическое подтверждение или опровержение. Да и сами центральные вопросы биоэтики непосредственно относятся к жизни и здоровью, прежде всего, отдельного человеческого индивида.

Первый вопрос формулируется в биоэтике, примерно, одинаково всеми ее представителями, независимо от того, биоцентристской или антропоцентристской позиции придерживается исследователь. Это вопрос о том, кто несет нравственную ответственность за жизнь и здоровье человека? Ответ на него зависит от того, в какой системе ценностей рассматривается жизнь, вернее, на каком уровне ценностной иерархии. В системе "человек — общество" нравственную ответственность за жизнь и здоровье человека, очевидно, несет государство (что не мешает ему порой отправлять граждан на смерть ради жизни). Оно должно обеспечить возможность выживания каждого человека и условия сохранения его здоровья. В какой-то степени эти функции выполняют все социальные институты: и производство, и правоохранительные органы, и экономические структуры. Но специально созданный только с этой целью социальный институт в государстве один — система здравоохранения.

В системе "человек — социальная группа" ответственность за здоровье и жизнь человека, очевидно, лежит на членах группы (в большей степени — на лидере). Показательна в этом смысле такая группа как семья. Менее очевидна эта ответственность в тех группах, которые именуются трудовыми коллективами. Стрессы на работе вещь настолько обычная, что может вызывать только удивление, если мы вдруг начнем предъявлять моральные претензии к коллегам и начальству пострадавшего.

В системе "человек — человек", уникальной в плане нашего рассмотрения, существует феномен взаимной ответственности каждого за каждого. Но если в обычных межличностных отношениях этот факт остается неосознанным до тех пор, пока что-то не случается, то совсем другая картина, если один из вступающих во взаимодействие людей — врач. Его чисто человеческая ответственность за жизнь и здоровье партнера усиливается профессиональным долгом, обязанностями, возложенными на него обществом. Поэтому-то и создается впечатление, что единственные люди, которые несут нравственную ответственность за жизнь и здоровье других — это медицинские работники. В этом

контексте вполне понятна попытка свести всю биоэтику исключительно к медицинской этике<sup>3</sup>.

Второй вопрос — кто несет ответственность за жизнь и здоровье человека, кроме тех, с кем он вступает во взаимодействие? Ответ прост — сам человек.

Но эта простота оказывается недоступной для морального сознания многих. Забота о собственном здоровье и инстинкт самосохранения — это одно, а ответственность перед другими за свою жизнь и здоровье — это другое. Это та норма морали, которая до сих пор не приобрела императивного характера. Иждивенческая позиция в вопросе о собственном здоровье приводит, фактически, к новым болезням. И в этом смысле проблема ответственности каждого человека за свою жизнь и здоровье является одной из центральных в биоэтике.

Для медицинских работников позиция пациента в отношении его здоровья не является безразличной, более того она принципиально важна для всего хода лечения. Поэтому сами принципы медицинской этики даже при строгом соблюдении еще не дают гарантию того, что нравственность будет способствовать успеху лечения. Поскольку все люди, в той или иной степени, могут рассматриваться как потребители медицинских услуг, интересно посмотреть, каковы же *моральные требования к позиции пациента* с точки зрения биоэтики?

*Принцип 1.* Ответственность перед прошлым (сохранение генофонда, переданного родителями).

*Принцип 2.* Ответственность перед будущим (обеспечение здорового потомства — передача генофонда детям).

*Принцип 3.* Ответственность перед настоящим (обеспечение сохранности биофункций для участия в создании культуры).

*Принцип 4.* Право на достойную жизнь.

*Принцип 5.* Право на охрану здоровья.

*Принцип 6.* Право на естественную смерть. (Этот принцип чрезвычайно сложен с точки зрения реализации и вызывает много споров, вряд ли здесь есть общезначимые решения).

Каждый из этих принципов может быть конкретизирован в соответствии с конкретными ситуациями. Например, ответственность за свое здоровье — это, одновременно, выполнение нравственного долга перед родителями и всеми предыдущими

---

<sup>3</sup> Сразу отметим, что врач несет профессиональную ответственность только за жизнь и здоровье того, с кем он вступает во взаимодействие. Другими словами, врач не несет нравственной ответственности за жизнь и здоровье тех людей, которые являются его потенциальными пациентами.

поколениями предков, которые сохранили и передали генетическую информацию. Таким образом, ответственность человека за свое личное здоровье приобретает смысл ответственности Homo sapiens.

Второй принцип совершенно ясен, поскольку сохранить вид — это не просто беречь те жизненные силы, которые достались тебе, но и передать уникальную генетическую информацию дальше. К сожалению, у нас не предусмотрена юридическая ответственность родителей, давших неполноценное потомство, но их нравственная вина очевидна в тех случаях, когда появление такого потомства можно было предупредить.

Третий принцип связан с тем, что культура есть способ сохранения биологической природы человека. И если безответственное отношение к своему здоровью не позволяет человеку выполнять свои функции по созданию культуры, это объективно сказывается на благополучии других людей. Следовательно, налицо нарушение нравственных взаимоотношений между людьми.

С другой стороны, согласно принципа обмена деятельностью Хоманса, человек, выполняя свои обязательства перед окружающими, вправе требовать от них того же. Право на достойную жизнь реализуется по-разному в разных обществах и временах, главное здесь — уважение к личности.

Право на охрану здоровья можно понимать по-разному в условиях государственной и страховой медицины и т.д. Следует отметить, что данные принципы распространяются и на медицинских работников как пациентов.

Все сказанное свидетельствует о том, что данные принципы распространяются на каждого человека и совсем не обязательно называть его врачом или пациентом. Он просто человек и, согласно биоэтике, должен жить в соответствии с указанными принципами. Медицина, безусловно, сыграла решающую роль в их формулировке, но ограничивать далее их применение только этой сферой просто невозможно.

Что же касается нравственной позиции врача, то она, в целом, до сих пор исчерпывалась принципами медицинской морали:

- не вреди;
- принцип сберегательного лечения (сравнить — принцип наименьшего зла);
- принцип бережного отношения к больному;
- принцип сохранения врачебной тайны;
- принцип дифференцированного подхода к сообщению диагноза (сравнить с принципом информированного согласия);



— принцип исключения ятрогений.

Это основные принципы, которые конкретизируются и дополняются в зависимости от ситуаций, типичных в тех или иных условиях. Однако, сейчас уже ощущается недостаточность регулятивной функции данных принципов, поэтому, на наш взгляд, целесообразно руководствоваться общими принципами биоэтики:

- принципом "не навреди";
- принципом "делай добро";
- принципом уважения автономии пациента;
- принципом справедливости<sup>4</sup>.

Абстрактная формулировка этих принципов, практически, не может помочь в организации стоматологической практики, тем более, что все они в конкретной деятельности приобретают ярко выраженную персонифицированную окраску. Следует также четко различать, в каких случаях несоблюдение этих принципов влечет за собой юридическую, а в каких — этическую ответственность. Поэтому мы используем для их рассмотрения традиционный в биоэтике метод "пример — комментарий".

## ПРИНЦИП "НЕ НАВРЕДИ"

По мнению Б.Г. Юдина, которому принадлежит наиболее точная, на наш взгляд, интерпретация этих принципов, первый из них может быть правильно понят только после выяснения смысла понятия "вред". Он предлагает рассматривать понятие вреда с позиций врача в четырех смыслах: а) вред, вызванный бездействием (неоказание помощи); б) вред, вызванный небрежностью или злым умыслом; в) вред, вызванный неквалифицированными (или необдуманно) действиями; г) вред, вызванный необходимыми в данной ситуации действиями<sup>5</sup>.

В первом случае можно говорить, например, о несвоевременном оказании помощи.

*В травматологическое отделение поступил подросток, пострадавший в результате дорожно-транспортного происшествия (катаясь на велосипеде, был сбит автомашиной). Дежурному врачу до смены оставалось некоторое время, и он принял решение, не оказывая помощи, "передать" пациента меняющему его врачу. Пришедшему на дежурство врачу потребовалось вре-*

<sup>4</sup> Введение в биоэтику. М., 1998, Гл. 2.

<sup>5</sup> Там же, с. 54.

мя на подготовку к выполнению лечебных мероприятий. В результате несвоевременно оказанной помощи ребенок скончался. Роковой случайностью оказался тот факт, что подросток был сыном врача, который не оказал помощи пострадавшему и даже не подошел к нему.

Как оценить с позиции биоэтики поступок врача? Какое наказание должен понести врач? Или можно его считать уже наказанным?

Очевидно, что здесь имеется: а) факт неоказания помощи нуждающемуся в ней, что подлежит уже не этическому, а правовому регулированию; и б) если больной поступил, когда рабочее время врача уже закончилось, факт неоказания помощи является предметом этической оценки, нарушен принцип ненападения вреда, но также нарушен принцип справедливости. Если бы речь шла о постороннем пациенте, родители ребенка могли бы обратиться в комитет по этике, который рекомендовал бы, как нам представляется, отстранение данного врача от работы. Но поскольку один из родителей — тот самый врач, то этический комитет может заняться этим вопросом по собственной инициативе. В любом случае, этическая оценка будет дана, несмотря на то, что, как уже указывалось, гибель ребенка — самое страшное наказание для этого человека. Но здесь существует еще один аспект — оценка данного случая должна быть публичной, чтобы исключить возможность повторения подобных инцидентов с другими врачами.

Примером вреда, вызванного бездействием, может быть случай из стоматологической практики.

На приеме у врача-ортопеда пациент во время примерки мостовидного протеза случайно проглотил его. Вместо того, чтобы предпринять действия, а именно проведение рентгенологического исследования органов грудной и брюшной полости, врач отпустил пациента домой, порекомендовав ему прийти через определенное время. Пациент в назначенное время на прием не явился, так как был госпитализирован в стационар с бронхолегочной патологией, где и скончался. Во время патологоанатомического исследования в бронхах был обнаружен мостовидный протез, который и явился причиной очага воспаления, которое привело (в результате несвоевременного обращения) к летальному исходу.

Нарушены ли юридические нормы обслуживания пациента в данном случае. Нет, потому что врач-ортопед не имеет права рекомендовать лечебные процедуры, которые находятся вне

сферы его профессиональной компетенции, он не хирург и не терапевт. Следовательно, правовой ответственности за сделанную рекомендацию не несет. Но, с другой стороны, он мог предположить пессимистическое развитие ситуации и посоветовать больному обратиться к врачу-терапевту или врачу-хирургу, что сделано не было. А это уже — в сфере этической ответственности. Поэтому можно рассматривать клинические случаи, когда врачи одного профиля, выполнив объем своих мероприятий, не направляют на консультацию и лечение к другому специалисту как небрежность или злой умысел.

Например, удалив молочный зуб у ребенка по медицинским показаниям задолго до физиологической смены, врач-хирург обязан направить пациента на консультацию к врачу-ортодонту для решения вопроса о протезировании дефекта зубного ряда, о чем сделать запись в амбулаторной карте. Несоблюдение этих предписаний можно рассматривать как вред, так как у ребенка уже через месяц после удаления начнет формироваться деформация зубного ряда в области дефекта, что в дальнейшем потребует проведения сложных лечебно-профилактических мероприятий.

Об оказании помощи, которая приносит вред пациенту, так как оказывается врачом не по профилю его специальности можно продемонстрировать на клинических примерах.

*Ребенок 12 лет, во время игры в хоккей получил травму челюстно-лицевой области, в результате которой произошел полный вывих двух резцов верхней челюсти. Обратились к дежурному врачу поликлиники по месту жительства, так как в специализированной стоматологической поликлинике был выходной день. Врач обработал рану, наложил шов на верхнюю губу. Зубы, которые пациент принес с собой... выбросил вместе с мусором.*

Подобные действия врача рассматриваются как неквалифицированные, так как зубы в данном случае можно было реплангировать, либо направить к специалисту, который мог бы оказать квалифицированную помощь, даже через некоторое время.

Другим примером является случай обращения в клинику девочки 13 лет с посттравматическим дефектом в области резцов верхней челюсти. Отмечалась деформация зубного ряда нижней челюсти, а именно произошло зубоальвеолярное выдвижение в сторону дефекта нижних резцов, которые травмировали слизистую оболочку твердого неба и альвеолярного отростка верхней челюсти. Из анамнеза установлено, что в 9-ти летнем возрасте девочка получила травму, катаясь на качелях. Обратились к



*врачу-стоматологу, который порекомендовал изготовить протез... после 18 летнего возраста!*

Подобные действия можно квалифицировать как необдуманные или объяснить некомпетентностью врача, так как это привело к деформации зубных дуг и прикуса и отразилось на функциональном состоянии челюстно-лицевой области. Какую ответственность в данном случае несет врач? Вряд ли суд, если родители девочки обратятся туда, примет решение в их пользу, поскольку нет прецедента тяжелых последствий врачебного вмешательства для здоровья. Здесь речь идет о комфортности и эстетике, что может быть принципиально важно для пациента, но не обсуждается в правовом поле. Следовательно, речь может идти об этической ответственности врача. Какой она будет — зависит от позиции этического комитета, мнения родителей и самой пациентки.

Примером вреда, вызванного небрежностью, может быть недобросовестное отношение к стерилизации инструментария, что нередко приводит к инфицированию пациента. Сюда же можно отнести случаи неумышленного вреда, которые не связаны напрямую со стоматологической помощью, но когда вред причинен именно в кабинете врача.

*На консультативном приеме врачом-стоматологом в присутствии обоих родителей было высказано предположение, что у ребенка патология носит наследственный характер. Клинически данная патология у родителей не отмечена, что вызвало у отца некоторое недоумение.*

Дестабилизация семейных отношений в данном случае может рассматриваться как вред, но вред этот неумышленный, случайный, и вряд ли врачу можно предъявить здесь претензии — в своей профессиональной деятельности он никаких принципов не нарушил. Но, с другой стороны, отношение к нему, как виновному виновнику семейного конфликта, изменилось, что не может не нанести урон его практике.

В случае нанесения вреда, который неизбежен, можно смело утверждать, что стоматолог всегда вынужден причинять вред пациенту, хотя бы потому, что любое вмешательство в организм — это психологическая травма. Данное утверждение основывается на общем принципе этики — добро всегда есть зло. То, что хорошо для одного человека (органа, части тела), плохо для другого. Поэтому в медицине вообще принято всегда действовать по принципу не наибольшей пользы, а наименьшего зла.

*Так, например, изготовление мостовидных несъемных протезов сопровождается одонтопрепарированием. Снятие слоя твер-*



дых тканей зуба можно рассматривать как "зло", но которое необходимо для восстановления целостности зубного ряда.

Другим примером является удаление здоровых зубов по ортодонтическим показаниям. Удалив несколько зубов, создается место в зубном ряду для размещения аномально расположенных. Таким образом, рекомендуется жертвовать чем-то малым (одним или несколькими зубами), во благо нормализации эстетических и функциональных норм челюстно-лицевой области.

С точки зрения пациента разновидностей вреда может быть гораздо больше, чем с точки зрения врача. Дело в том, что каждый человек имеет сугубо индивидуальные ресурсы — психические, физиологические, моральные, материальные, интеллектуальные и т.д. Парадокс здесь состоит в том, что больной может быть не заинтересован в конфиденциальности информации о своей болезни, которую обязан соблюдать врач. Пациент также может иметь отличные от врача представления об эстетической стороне лечения. Известен случай, когда пациентка обратилась к врачу-ортопеду с жалобой на то, что выполненный им протез настолько хорошо имитирует естественные зубы, что "никто не верит, что я была у стоматолога".

Поэтому принцип ненанесения вреда тесно связан с принципом "делай добро".

## ПРИНЦИП "ДЕЛАЙ ДОБРО"

Разрешить конфликт между ценностями врача и ценностями пациента можно, но способы достижения этого будут зависеть от того, какой модели общения с пациентом придерживается врач. В биоэтике существует представление о четырех основных моделях взаимодействия врача и пациента: патерналистская, коллегиальная, контрактная и технократическая. Первая наиболее распространена и подразумевает, что врач мудрее пациента, больше знает и должен сам принимать решения. Согласно этой модели конфликт ценностей решается в пользу врача.

В коллегиальной модели высоки требования к информированности пациента, которая обеспечивает сотрудничество с врачом в спорных вопросах. В контрактной модели защищенным в моральном отношении оказывается не только пациент, но и врач. Технократическая модель вообще старается исключить этический момент, поскольку врач выступает как "механик, исправляющий поломку", т.е. участвует в процессе лечения только своими знаниями и умениями, но без личностного компонен-

та. Такая модель также имеет право на существование, но при развитой службе социальных работников.

Принцип "делай добро" предполагает активные действия по предотвращению вреда. И в этом смысле показательной является профилактическая (или гигиеническая, как ее называют на Западе) стоматология. Здесь даже не нужно приводить примеры, поскольку все превентивные меры в стоматологической практике, направленные на предотвращение заболевания, можно оценивать в контексте данного принципа.

Но и в других отраслях стоматологии мы постоянно имеем дело с применением этого принципа. Вот типичный пример

*Врач-стоматолог, осматривая пациента, задает ему вопрос: "Кто же Вас так плохо лечил?". При этом указал, что все, что сделано, нужно немедленно переделать, и только он в состоянии вылечить правильно и хорошо. Посоветовал обратиться в суд и потребовать от ранее лечившего врача компенсации за материальный и моральный ущерб.*

Такую активную позицию можно трактовать как следование принципу "делай добро", ведь врач явно превысил объем помощи, которую ждал от него пациент, указав не только на предмет непосредственного обращения, но и на возможные последствия от предыдущего лечения. Но действительно ли такая позиция является добром для пациента? Ведь она заставляет его волноваться, жалеть о напрасно потраченных средствах, ставит перед моральным выбором: обращаться в суд или оставить все как есть. Ведь сам пациент не догадывался о плохом качестве предыдущего лечения и не имел претензий к тому, кто обслуживал его раньше. Следовательно, о добре в данном случае говорить трудно.

Кроме того, врач нарушает правила корпоративной этики, обсуждая с пациентом неправильные действия своего коллеги. Более того, такая позиция противоречит и более общим принципам, заложенным еще в Женевской конвенции (см. Примечания).

С другой стороны, имеет ли право врач не обратить внимание пациента на имеющиеся проблемы в полости рта? Это вопрос легкий. Врач должен сообщить пациенту обо всех дефектах, но может не указывать их причину, либо указать ее в такой форме, которая не предусматривает ссылку на предыдущее лечение.

И, наконец, если мы обратимся к мотивам такого поведения, то увидим, что врач вовсе не руководствовался принципом "делай добро", а использовал его как средство достижения других целей — повышения своего авторитета в глазах пациента, полу-

чении, в результате, дополнительных доходов, а это уже внесомальные мотивы.

Однако, остается проблема: что должен делать врач, обнаруживший некачественную работу своего коллеги? Если он руководствуется указанным принципом, то должен воспрепятствовать повторению врачебных ошибок и некомпетентного исполнения профессиональных обязанностей. Как? Это тоже можно показать на примере.

*В клинику стоматологии детского возраста обратились родители с 6-летним ребенком, у которого в районной поликлинике удалили два резца нижней челюсти, сославшись на естественную смену зубов. Врач-стоматолог, сделав рентгеновский снимок в области дефекта и выяснив причину удаления зубов, обнаружил, что у ребенка вместо молочных зубов (мама отметила, что молочные зубы у ребенка ранее выпадали самостоятельно) были удалены постоянные. Как выяснилось, врач районной поликлиники, допустивший ошибку, был близким другом консультировавшегося в данный момент врача-стоматолога. Именно поэтому консультант не известил родителей об ошибке, но серьезно поговорил со своим другом и объяснил ему причины его оплошности.*

В данном случае врач-консультант действовал, исходя из принципа добра и для ребенка (он взялся его лечить), и для родителей (он не стал их расстраивать — ведь изменить что-либо было уже нельзя), и для некомпетентного коллеги (он не стал публично уличать его в ошибке, что явилось дополнительным стимулом для ее исправления). Но если бы ошибшийся врач не был его другом? Если бы они вообще не были знакомы? Существуют варианты обсуждения данной ошибки на а) заседании стоматологической ассоциации, б) в комитете по этике, в) в административных органах здравоохранения. В любом случае, ошибку нужно обсудить и дать ей моральную оценку. Другое дело, что в этом процессе не обязательно принимать участие родителям ребенка.

## ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА

Принцип уважения автономии пациента в стоматологии соблюдать труднее всего. Он заключается в том, что пациент сам должен дать согласие на лечение, причем, оно должно быть информированным, т.е. врач должен предложить больному все варианты помощи, которую он может оказать с обоснованием и прогнозом последствий. Само по себе это бывает проблематич-



но, да и пациенты часто руководствуются соображениями немедицинского характера в выборе варианта лечения.

Так, например, при ортодонтическом лечении силовое воздействие передается на зубы, после исправления положения которых, нередко меняется архитектура мягких тканей лица (щеки, губ). Врач-ортодонт обязан в данном случае продемонстрировать пациенту на примерах или смоделировать окончательный результат лечения. Пациенту предлагают, как правило, несколько вариантов лечения. Например, предлагают вариант лечения с удалением отдельных зубов, после которого, практически не изменяются лицевые признаки. Или вариант исправления положения отдельных зубов без удаления, но при этом отмечают, что возможно изменение лицевых признаков. Пациент должен самостоятельно принимать решение, руководствуясь соображениями не медицинского характера.

Как правило, идея удаления зубов не вызывает энтузиазма у пациентов и они стремятся к использованию иных методов. В случае, если пациент доволен своей внешностью и считает себя красивым, он скорее согласится на удаление, чем на изменение лицевых параметров. Но если он, напротив, страдает комплексом неполноценности, то может увидеть в лечении, связанном с изменением лицевых признаков, хорошую перспективу для себя. Врач, использующий патерналистскую модель во взаимоотношениях с пациентом, не будет сообщать ему разные варианты лечения, а сообщит только один, который считает наилучшим. Но при коллегиальной модели, в которой наиболее полно реализуется принцип уважения автономии пациента, необходимо, чтобы получить от пациента согласие на оптимальный вариант, учитывать его отношение к своей внешности, наличие фобий, сравнительную стоимость лечения и т.п. Соотнеся ситуацию с личностью пациента и его ценностными установками, врач, не нарушая принципа уважения автономии, может убедить пациента принять оптимальную стратегию лечения.

Проблема состоит в том, что неразумное следование принципу уважения автономии пациента может привести ...к нарушению принципа ненанесения вреда. Приведем характерный пример.

Пациент 49 лет обратился в клинику с просьбой восстановить дефекты зубов и зубных рядов современными несъемными эстетическими конструкциями. После осмотра врач-стоматолог объяснил, что для изготовления выбранной им конструкции имеются абсолютные противопоказания, а именно: патология прикуса (глубокий травмирующий), заболевание тканей пародонта, патологическая

подвижность зубов. Предложил изготовить съемные шинирующие конструкции. Пациент, ссылаясь на нежелание пользоваться съемной конструкцией, настаивал на изготовлении несъемной, поясняя, что он платит деньги, и врач обязан выполнить его требования. Врач-стоматолог сделал соответствующие записи в амбулаторной карте, составил договор, в котором пациент расписался, что ознакомлен с осложнениями, которые могут быть впоследствии. Врач изготовил заказанную конструкцию вопреки медицинским показаниям.

В данном случае полностью соблюден принцип уважения автономии пациента. В результате нанесен вред пациенту. Юридически врач застрахован от последствий, поскольку получил расписку пациента. Информированное согласие тоже оформлено по всем правилам. Но пациент будет страдать, и врач это знает. Несет ли он моральную ответственность? Какой принцип взаимоотношений с пациентом выбрать, если они приходят в конфликт? Разумеется, можно было бы посоветовать врачу использовать дополнительную аргументацию, созвать консилиум, пригласить к пациенту психотерапевта, который помог бы ему адаптироваться к новому протезу. Но все это выходило за рамки платы за лечение. Так, может быть, врач просто не хотел упускать свой заработок и, застраховавшись от возможных юридических санкций, пошел на некоторые этические нарушения?

Согласование этических принципов в данном случае могло бы быть достигнуто, если бы врач отказался изготавливать конструкцию, которая принесет вред пациенту. Тот мог обратиться к другому врачу. В данном случае речь не шла об оказании медицинской помощи по жизненным показаниям и, следовательно, отказ врача не попадал под юрисдикцию закона.

С другой стороны, отказ в помощи тоже может быть рассмотрен в этическом аспекте, и врач может быть подвергнут моральному осуждению. Это, в свою очередь может повлечь потерю клиентуры и снижение доходов. Очевидно, в данной ситуации или подобной ей необходимо использовать все морально оправданные методы воздействия на пациента, а если они не помогут, руководствоваться более сильным принципом — в нашем случае это принцип "не навреди". Все это делает для врача-стоматолога соблюдение принципа уважения автономии пациента достаточно сложным.

## ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ

Принцип справедливости вообще носит настолько общий характер, что его приходится уточнять и конкретизировать в

каждом отдельном случае. При этом следует различать справедливость как в распределении врачебной помощи, так и справедливость в оплате ее, справедливость в моральном смысле и в правовом, в эстетическом и в политическом. Реализация на практике принципа справедливости связана не только с существующими в данной культуре критериями, но также с тем, по отношению к кому реализуется данный принцип, кто его реализует, с их возможностями и желаниями.

Так, например, врач обязан оказать помощь пациенту, несмотря на материальные затраты. Здесь остро встает проблема оплаты. Врач готов оказать помощь пациенту безвозмездно. И это является справедливым по отношению к пациенту. Однако, затратив часть медикаментов, врач нанес ущерб клинике. Кроме того, в работе врача принимает активное участие коллектив клиники. Врач, являясь основным источником материальной прибыли клиники, несет ответственность за материальное благополучие вспомогательного персонала. Поэтому по отношению к сотрудникам, обеспечивающих его работу, он поступил несправедливо, оставив их без заработной платы. Кроме того, сам врач обязан в таком случае возместить клинике затраты за израсходованные материалы.

Но если в проблеме оплаты лечения принцип справедливости можно, как говорится просчитать, то в клинической практике он, порой, неочевиден, и требуется дополнительное обсуждение, чтобы выяснить, не нарушены ли моральные нормы. Приведем, казалось бы, не относящийся к данному вопросу пример.

*На клинических занятиях со студентами профессор консультировал ребенка 7 лет со сложной врожденной патологией челюстно-лицевой области. Во время консультации мама попросила, чтобы студенты вышли из кабинета, так как не желает, чтобы патологию ее ребенка им демонстрировали. Профессор объяснил, что это врачи-ординаторы, которым безразлична данная ситуация и они в дальнейшем будут лечить детей с аналогичной патологией. Мама была не удовлетворена объяснением, обиделась, забрала ребенка, высказав соображение, что желает лечиться в частной клинике, где ее ребенка не будут демонстрировать окружающим. Через несколько лет эта пациентка вновь обратилась в клинику, но с более тяжелой патологией, так как лечение ее ребенка проводилось не на должном профессиональном уровне, хотя в более комфортных условиях.*

Был ли нарушен в данном случае принцип справедливости по отношению к маленькому пациенту? Ведь, если понимать его



примитивно, он предполагает одинаковые условия для всех пациентов, следовательно, все они должны были бы демонстрироваться в клинике врачам-ординаторам, но этого не происходило. Однако, такой подход — это не справедливость, а банальная уравниловка. Здесь, видимо, принцип справедливости должен пониматься как доступность квалифицированной помощи всем пациентам, страдающим подобной патологией. Эта доступность обеспечивается наличием необходимого числа профессионалов, которых как раз и готовят в клинике, в том числе, разбирая с ними конкретные случаи. Отказ врачам-ординаторам в знакомстве с данной патологией и способами ее лечения, таким образом, объективно нарушает принцип справедливости. Но виноваты в этом профессор, уступивший требованию матери ребенка? Очевидно, нет, поскольку он руководствовался принципом уважения автономии пациента и вытекающими из него принципами информированного согласия и конфиденциальности.

Здесь очевидна иерархия принципов биоэтики в их конкретном применении: отношение к реальному пациенту более значимо для врача, чем отношение к вероятным пациентам. Действительно, в практике врачей-ординаторов, возможно, никогда не встретится данная патология и, следовательно, нарушение принципа справедливости не обнаружится. Или они смогут наблюдать подобный случай с другим пациентом, когда им не будет отказано в демонстрации. Кроме того, здесь не может идти речь и о нанесении неумышленного вреда — ведь профессор не предполагал, что в частной клинике патология ребенка только усугубится. Но даже если и предполагал, то, согласно тому же принципу справедливости, не мог выдвигать необоснованные предположения о некомпетентности своих коллег.

## **КОГДА И ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМО ОБРАЩЕНИЕ К ПРИНЦИПАМ БИОЭТИКИ**

Само появление понятия "биоэтика" свидетельствует об углублении наших знаний о человеке, усложнении его отношений с миром. Это в полной мере касается и медицины. Необходимость обращения к принципам биоэтики становится очевидной для медиков тогда, когда внутри самой медицины отсутствуют объяснительные процедуры для решения возникающих проблем. Весь комплекс таких проблем условно можно разделить на три группы.



*1 группа. Проблемы, имеющие общечеловеческое значение.* Прежде всего, это вопрос ценности жизни и соотношения ее с другими ценностями (здоровье, благополучие, любовь и т.п.). Этот вопрос относится к категории "вечных", в каждой новой системе морали он приобретает новые оттенки и вновь активно обсуждается. В биомедицинской этике чаще всего проблема стоит так: жизнь или здоровье? Особенно это касается проблемы эвтаназии, а также старого, как мир, но вечно спорного вопроса об абортах.

Здесь речь может идти также о "качестве жизни". Этот термин часто используется, но остается спорным. Некоторые авторы полагают, что если жизнь — высшая ценность, к ней не применимы качественно-количественные характеристики. А если они применяются, ценность жизни снижается. Но по этим же соображениям термин "качество жизни" может стать принципиально важным для более строго регламентированных дисциплин, чем биоэтика. Об этом мы скажем ниже. Кстати, вопрос о том, как человек умирает, едва ли не важнее того, как он живет.

*II группа. Проблемы, связанные с применением новых медицинских знаний и технологий.* Так, с появлением техники трансплантации органов и тканей, возник целый ряд ситуаций, выхода из которых медицина не знала, врачи вынуждены были обратиться к существующим нравственным критериям для определения своих прав и обязанностей. Аналогичные события происходят в современной неонатологии, реанимации, геронтологии. Несколько обособленно здесь стоят проблемы психиатрии и фармакотерапии (например, модификация поведения, изменения личности под действием новых фармакологических средств, да и просто побочные эффекты от применения этих средств). По мере компьютеризации медицины, возникают новые проблемы "человек — машина". Особенно остро встают аналогичные вопросы сейчас, когда решена проблема расшифровки генома человека.

Новые технологии позволяют сегодня вторгаться в подсознание и управлять поведением личности, без ее ведома. Строго говоря, этот вопрос к медицине отношения не имеет, все манипуляции с человеческим поведением производятся в рамках биологической и психической нормы. Но механизм вторжения в личность разработан на базе медицинских данных, да и проблема прав личности здесь стоит так же, как в случаях принудительного лечения. Практически пока реализовать регулятивные

потенции биоэтики в этой сфере удастся лишь в процессе этического контроля за клиническими испытаниями.

*III группа. Проблемы, возникающие при взаимодействии медицины как социального института с другими сферами общественной жизни.* Так, существует серьезная разница между этическим статусом государственной, страховой и частной медицины. Всегда острым в нравственном отношении является вопрос о взаимоотношении медицины и политики. Нравственные нормы в медицине во многом зависят и от экологической ситуации в обществе (с ее осложнением они ожесточаются). В каждой из указанных сфер жизни существует, если можно так сказать, своя этика, в медицине — своя. Поэтому корреляции между вступающими в соприкосновение различными нравственными системами может и должна быть достигнута в рамках биоэтики.

Что касается первой группы проблем, то они, казалось бы, решаются просто. Согласно основному принципу биоэтики, главная ценность жизни — сама жизнь. Следовательно, сохранять ее надо при любых условиях. Но врачи, лучше кого бы то ни было, знают, что есть "жизнь организма" и "жизнь личности", есть "жизнь-благо" и "жизнь-страдание". По канонам медицинской деонтологии врач не должен обладать правом выбора в этом вопросе. Для врача существует "программа-минимум" — спасти жизнь пациента и "программа-максимум" — вернуть ему здоровье. Но как человек, врач не может не задумываться над вопросом, какой будет эта жизнь. Следуя моральной максиме, вытекающей из категорического императива Канта, невольно сталкиваешься с вопросом, хотел бы ты сам в данной конкретной ситуации получить то, что получает от тебя больной? Ответ на этот вопрос может помочь принять решение, но здесь легко попасть в логическую ошибку, когда понятие "жизнь пациента" меняется на понятие "моя жизнь".

В целом следует сказать, что основной принцип биоэтики, согласно которому жизнь является главной ценностью, соответствует правилу медицинской деонтологии, указанному выше. Кроме того, существует психологический закон — если человек один раз нарушил норму, он обязательно нарушит ее еще раз. Поэтому так резко выступает против эвтаназии известный теоретик медицинской этики Хейяр: "Если врачи начнут с того, что будут убивать больных, чтобы облегчить их страдания, то закончат тем, что будут убивать их, чтобы поскорей отправиться на уик-энд".

Как только мы вводим разграничение понятий "жизнь личности" и "жизнь организма", сразу же возникает еще одна кол-

лизия — отождествление жизни личности с жизнью сознания. И получится, что со смертью сознания заканчивается жизнь, так зачем сохранять организм? Поэтому принципиально важно и до сих пор нерешенным является в биоэтике, равно как и в медицине, вопрос о границах бытия индивида.

Вторая группа проблем связана, прежде всего, с адаптацией новых научных достижений в медицине к существующей системе прав и достоинства личности. Каждый раз, когда наука предлагает нечто новое и эффективное, встает вопрос, а не нарушается ли этим достижением система нравственных ценностей в обществе. Так, например, разработка техники трансплантации органов и тканей поставила вопрос о правах донора. Новейшие достижения в анестезиологии и реаниматологии позволили достичь ситуаций когда больному можно не дать умереть сколько угодно долго. Здесь опять возникает вопрос о правах пациента.

Особого внимания заслуживает вопрос о применении фармакологических средств. Очевидно, что каждое вмешательство в организм имеет свои последствия (побочный эффект). Там, где этот эффект распространяется только на организм (например, дисбактериоз после интенсивного применения антибиотиков), вопрос может решить сама медицина. Но там, где фармакологический эффект затрагивает личностное бытие индивида, необходимо обращаться к принципам биоэтики.

Самым "слабым" с точки зрения личностного воздействия, может быть побочный эффект от лекарств, который отмечается просто как дискомфорт, ограничивающий жизненные проявления. Например, слабость и сонливость на фоне приема антигистаминных препаратов. Более значительные проявления встречаются, например, при изменении внешности в результате гормональной терапии (прием андрогенов в гинекологической практике). Здесь имеет место утрата эстетических ценностей, мучительно переживаемая человеком (сама личность не изменена, но высокая степень психоматогении).

Самые жесткие последствия имеет применение психотропных препаратов (и близких к ним). Здесь налицо изменения личности и правомерен вопрос, насколько врач имеет право вторгаться в душевный мир человека? Мы не имеем ответа на него. Следует указать, что в последнее время номенклатура подобных препаратов имеет тенденцию к постоянному расширению. При назначении этих препаратов принцип информированного согласия зачастую не соблюдается. Можно конечно возразить, что в случаях психических заболеваний юридические пра-



ва пациентов бывают ограничены. Ну а моральные? Тесно при-  
мыкает к этой проблема модификации поведения.

Третья группа вопросов связана, прежде всего, с фактами отказа от медицинской помощи (при различных моделях страховой и частной медицины). Наиболее остро они стоят в случаях необходимости неотложной помощи. Здесь невольно приходит на ум ассоциация с догиппократовским периодом в медицинской этике, когда врачу предписывалось не оказывать помощь определенным группам больных. В современную эпоху отказ в медицинской помощи порой имеет вполне определенные юридические основания. Но будет ли он морально оправданным?

К этой же категории следует отнести вопросы ответственности врача за патогенное влияние на здоровье пациентов среды обитания. Сюда относятся как экологические, так и социальные факторы. Должен ли врач бороться только с болезнью или на нем лежит моральная ответственность и за причины ее порождающие. В вопросах экологии, безусловно, ответственность медицинских работников за контроль над изменениями окружающей среды является одной из нравственных максим их деятельности. А вот в вопросах патогенности социальной "среды обитания" роль врача ограничена.

Вопрос можно поставить так, как в свое время его ставил известный русский врач и писатель Вересаев: врач должен бороться против тех социальных условий, которые вызывают заболевания. Но какими средствами? Одно дело если врач становится активным участником общественных движений типа "Врачи мира против ядерной угрозы". Другое дело, если он бросает врачебную практику, ради политической карьеры, которая, возможно, поможет ему влиять на принятие позитивных политических решений, но явно помешает оказать конкретную помощь нуждающимся в ней пациентам. Нравственно ли жертвовать профессиональными обязанностями ради не менее гуманных, но более абстрактных целей? С другой стороны, кто как не врачи лучше всего знают, какие условия жизни наиболее благоприятны для здоровья пациентов! В современной жизни есть немало примеров врачей-политиков, мы видим на конкретных примерах их деятельности, насколько она морально оправдана.

Таким образом, сфера действия принципов и ценностей биоэтики достаточно широка, но наиболее часто на это обращают внимание в драматических ситуациях, связанных со здоровьем. В то же время, стоматологическая практика не предполагает ре-

шения вопросов о жизни и смерти, хотя такие проблемы как трансплантация тканей, клонирование и генная инженерия, имеют к ней непосредственное отношение уже сейчас. Но в том то и важность вопроса, что стоматологические пациенты — это среднестатистические индивиды, которые могут иметь другие соматические нарушения, а могут и не иметь, могут быть психически здоровыми, а могут и не быть, могут быть богатыми и бедными, представлять самые разные профессии, национальности, возраста и религии. Короче говоря, важность применения принципов биоэтики в стоматологии объясняется, в первую очередь, *общезначимостью* данной сферы медицинского знания и деятельности. Но для того, чтобы нарисовать биоэтический портрет стоматологии как науки и практики, необходимо рассмотреть ее собственную ценностную базу.

## ЦЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИИ

Как мы уже отмечали, критические состояния, наиболее охотно обсуждаемые на страницах изданий по биоэтики, не являются типичными для стоматологии. В то же время биоэтический компонент присутствует во всех без исключения действиях специалиста-стоматолога и, более того, он имеет пролонгированный характер — этическая оценка последствий стоматологического лечения является критерием его успеха или неуспеха. Какие же ценности можно считать системообразующими в формировании этических отношений в стоматологии? Нам представляется минимальным следующий перечень:

- об облегчение и предупреждение интенсивной боли;
- об облегчение и предупреждение менее сильной боли и дискомфорта;
- о сохранение и восстановление функционального состояния челюстно-лицевой области;
- о сохранение и восстановление эстетических параметров внешности пациента;
- о сохранение и восстановление комфортности соматических ощущений пациента.

Все эти ценности важны как для пациента, так и для стоматолога, по поводу них существуют определенные профессиональные нормы и, следовательно, вокруг них возникают этические дилеммы стоматологической практики. Хотя, существуют специфические "ценности пациента", которые зависят от его ин-

дивидуальных психофизиологических характеристик и личного опыта, и "ценности врача-стоматолога", которые связаны с внутренними особенностями его деятельности (например, взаимоотношения со средним и младшим медперсоналом, личная жизнь и т.п.). Все они имеют значение, но для процесса лечения в моральном плане главной является их "область пересечения", те ценности, которые выступают общими для двух взаимодействующих сторон и которые мы указали выше.

Почти каждый практикующий врач-стоматолог регулярно имеет дело с различными этическими дилеммами. Их перечень уже стал хрестоматийным:

1. Когда практикующий врач-стоматолог, осматривая нового пациента, обнаруживает факт плохой стоматологической работы, что он должен сказать пациенту? Должен ли стоматолог связаться с предыдущим врачом, чтобы обсудить дело? Или стоматолог обязан обратиться в стоматологическую ассоциацию, к начальству, короче, обжаловать неквалифицированные действия коллеги?

2. Этично ли врачу-стоматологу заниматься саморекламой, заверяя, что его практика подарит пациенту "голливудскую улыбку", качественное стоматологическое обслуживание без боли и т.п., или подобное рекламирование является неэтичным и несоответствующим статусу врача?

3. Может ли практикующий врач-стоматолог, намереваясь внести эстетические коррективы во внешность пациента, сообщить ему о его внешней непривлекательности, хотя пациент об этом не просил и внешностью своей доволен?

4. Может ли врач-стоматолог манипулировать данными об оплате лечения в условиях наличия различных форм медицинских услуг (страховая медицина, частная медицина, льготное лечение и т.п.)? В каком размере стоматолог может (и обязан ли) нести потери дохода, чтобы предоставить пациенту необходимую, но не экстренную терапию?

5. Этично ли практикующему врачу-стоматологу отказаться лечить пациента с опасной инфекционной болезнью? Какие обязательства есть у врача стоматолога относительно информации о пациенте, страдающем подобной болезнью?

6. Как должен вести себя врач-стоматолог с несовершеннолетним пациентом, который не может полностью участвовать в принятии решения относительно стоматологической помощи. Обусловливаются ли соображения лечения таким основанием, как эта неспособность принимать решения? Что должен делать



врач-стоматолог, когда опекун несовершеннолетнего или некомпетентного совершеннолетнего пациента отказывается санкционировать наилучший вид терапии для такого пациента?

7. Что может предпринять стоматолог, чтобы добиться сотрудничающего поведения от юного или с детства недееспособного пациента, который нуждается в стоматологической помощи, но не поддается контролю в кресле.

8. Обязаны ли врачи-стоматологи предупреждать своих пациентов о рисках, связанных с курением и другими зависимостями от наркотических веществ, даже если пациенты не желают слушать об этом?

9. Как должен вести себя врач-стоматолог по отношению к коллеге, страдающему от вредных привычек, если считает, что это может отразиться на качестве оказываемой этим коллегой помощи?

Особые требования профессионального обязательства стоматолога в любом частном аспекте профессиональной практики будут зависеть от специфических фактов и обстоятельств, и должны получать индивидуальную оценку. Но основные категории профессиональных обязанностей врачей-стоматологов могут быть рассмотрены по восьми рубрикам:

1. Кто составляет главную клиентуру стоматологини?

2. Каковы идеальные отношения между врачом-стоматологом и пациентом?

3. Каковы центральные ценности стоматологической практики?

4. Каковы нормы компетенции для стоматологической практики?

5. Каким убыткам подвергается врач-стоматолог в профессиональном отношении, и в каких отношениях его обязанности перед пациентом получают приоритет над другими морально релевантными соображениями?

6. Каково идеальное отношение между стоматологами и другими представителями профессии?

7. Каково идеальное отношение между конкретным врачом и профессиональной группой стоматологов, профессиональной группой стоматологов и обществом?

8. Какой кодекс профессиональной этики принят в стоматологическом сообществе и каковы санкции за его нарушение?

Для решения данных проблем должно существовать некое общее моральное основание, которое чаще всего представлено в виде **иерархии ценностей** стоматологической науки и практики.



Ее структурирование связано с выделением субъекта, объекта и предмета стоматологической деятельности (как теоретической, так и практической). Субъектом выступает представитель стоматологического сообщества (врач, исследователь, техник, администратор, средний медицинский работник, представитель страховой фирмы, осуществляющей услуги на стоматологическом рынке, фармацевт, младший медицинский работник — короче говоря, любой работник в области стоматологии).

Объектом деятельности является пациент, предметом — патология челюстно-лицевой области. Отклонения от нормы могут быть как объективными, так и субъективными — когда нет видимых изменений, но есть ощущения этих изменений у пациента, вопрос в том, насколько правомерны в этом случае врачебные манипуляции. Возможно, в таких ситуациях показана психотерапевтическая, а не стоматологическая помощь. Но это специальный вопрос, который имеет выраженную этическую окраску, и мы к нему еще вернемся.

Особенностью объекта в стоматологии является то, что он способен выступать и выступает в ряде случаев как активный субъект: при выполнении предписаний врача, при обсуждении с ним процесса и перспектив лечения, при оценке результатов этого лечения, при оплате лечения, в некоторых специальных случаях (жалобы в администрацию, претензии к страховой фирме, выбор лекарств в аптеке). Эта особенность и позволяет сделать вывод, **что именно сам пациент, а не состояние его здоровья является центральной ценностью в стоматологии.**

В стоматологической клинике пациент играет несколько последовательных социальных ролей: он записывается на прием, ожидает приема, сидит в стоматологическом кресле, проходит специальные обследования (рентген, ультразвук и т.п.), оплачивает услуги, короче говоря, один и тот же человек предстает перед врачом-стоматологом в разных ипостасях. Какая из них в большей степени соответствует статусу пациента как центральной ценности стоматологической деятельности?

В стоматологии, как и в любой другой отрасли медицины, различают три этапа ведения пациентов — диагностический, лечебный и реабилитационный. Этическая компонента соответствует в своих конкретных проявлениях каждому из этих этапов. Мы хотели бы особенно подробно остановиться на первом этапе, поскольку он, в нравственном отношении, представляет инвариант для всех отраслей стоматологической практики.

Нравственный аспект проявляется, прежде всего, в работе с пациентами. Очевидно, что эффективная организация работы с пациентами — ключ к успешной стоматологической практике. Хорошая организация работы в кабинете и его оснащение несомненно важны, но неправильный подход к работе с пациентом может вызвать у него негативное отношение к лечению, а без должного взаимодействия с пациентом невозможно достичь хорошего результата.

Пациент, которого обошли вниманием, будет противиться всем положительным начинаниям доктора. Поэтому к каждому пациенту нужен индивидуальный подход. Когда пациент только входит в клинику, все действия регистратора должны быть направлены на то, чтобы он чувствовал себя комфортно, и главное — что ему здесь рады. Регистратор должен разговаривать с пациентом с улыбкой на лице. В противном случае негативные эмоции могут перейти к пациенту или к его родителям, которые поймут насколько ему рады в этой клинике. Создание теплой атмосферы в клинике очень важный момент в работе с пациентами. Пациент, если не проявить к нему участия, чувствует себя, как только что начавший ходить ребенок. Держите в голове, что этот пациент обычно испытывает дискомфорт, так как он оставил своих друзей и привычную обстановку и оказался в новом окружении. Чем более комфортно он себя чувствует, тем легче для него будет приспособиться к новому порядку в клинике.

Медсестра должна проводить пациента (и его родителей) в консультационную комнату. Сначала она демонстрирует видеofilm, где в общих чертах рассказывается о предстоящем лечении и на примере других пациентов показывается его эффективность. В деталях обсуждается распорядок работы клиники, процедура записи на прием, правила взаимоотношений с другими пациентами, порядок вызова в лечебный кабинет. Здесь же решаются все финансовые и юридические вопросы. Желательно, чтобы регистратор или медсестра передали всю "несимпатичную" информацию плательщику, а также начало и способы выплаты денежных средств. Таким образом, когда врач входит в кабинет, все немедицинские проблемы уже решены, а пациент и его родители могут сконцентрировать внимание на его диагностических выкладках.

Создание необходимой нравственной атмосферы в клинике возможно только в том случае, если все организационные вопросы решены, если действия медперсонала согласованы, и ни-

какие неприятные инциденты не омрачают диалог с пациентом. Здесь особую роль играет момент регистрации.

Существует старый афоризм, который звучит примерно так: "Контролируйте ведение журнала записи на прием, а иначе она начнет контролировать вас". Составляя расписание, надо определиться насчет некоторых важных моментов. Врач должен определить хочет ли он работать по вечерам, должна ли клиника быть открыта по субботам, и надо ли назначать пациентов в утренние часы?

Физически трудно каждый день работать с раннего утра до позднего вечера и при этом иметь только один выходной. Поэтому решение по вышеперечисленным вопросам врач должен вынести сам, исходя из собственной индивидуальности, стиля жизни и экономических задач. Заметим только, что сделать это подчас бывает сложно. Мало кому из врачей хочется работать по вечерам и по субботам, но если ваша практика в стадии становления, почему бы не пойти навстречу пациентам, которых в большинстве своем это время очень устраивает. Однако когда, имея уже устоявшуюся практику, врачу надоеет работать в эти часы, преодолеть инерцию журнала назначений будет очень сложно.

Тщательность ведения журнала назначений имеет непосредственный этический эффект, поскольку избавляет пациентов от долгого ожидания в коридоре, когда у них накапливаются негативные эмоции. Аналогично можно рассматривать и дифференциацию помещений по приему пациентов, и последовательность операций.

Успех лечения, с одной стороны, зависит от того, насколько персонал клиники терпелив по отношению к пациентам. С другой стороны немаловажно, насколько терпелив сам пациент. Врач-стоматолог не должен останавливаться на достигнутом. Иногда, когда пациенты не видят прогресса, они становятся нетерпеливыми. Долг врача перед пациентом — приложить все свое умение для достижения запланированного результата, однако, он не может полностью отвечать за пациента. Определение задач — составная часть работы с пациентами. Однако, пациент должен осознавать, что во многом успех лечения зависит от него самого.

Например, ортодонтическое лечение пациентов, как правило, занимает несколько лет. Поэтому, если врач говорит, что ему необходимо 18 месяцев для лечения данной патологии, то он должен достигнуть его в намеченный срок. Однако врач обязан предупредить пациента, что все зависит только от пациента. Не-



редко нужно объяснить пациенту, что лечить себя он будет самостоятельно! Врач изготавливает ортодонтический аппарат, объясняет механизм его действия, сроки активации и намечает этапы лечения и сроки повторных посещений. Можно сказать пациенту, что если ортодонтический аппарат (если он съемный) пациент будет носить в кармане, то лечение займет несколько десятилетий, если по 25 (!) часов в сутки, то сроки лечения удастся сократить.

Перед тем как врач непосредственно приступит к осмотру пациента (особенно ребенка), полезно начать с какой-нибудь шутки типа, "Я должен посмотреть, что у тебя с твоими зубами, и обещаю, что не укушу тебя, если ты пообещаешь мне, что не укусишь меня". Обстановка становится более непринужденной, у пациента и его родителей повышается настроение.

Проводятся необходимые для диагностики методы исследования. Желательно сфотографировать пациента или записать на видеопленку исходное состояние, для того, чтобы в дальнейшем показать эффективность лечения пациенту или решать спорные вопросы с коллегами. Предварительный диагноз обсуждается с пациентом и его родителями, намечается план лечения, определяются его сроки.

Очень важно, чтобы пациент (и его родители) были достаточно расслабленными, чтобы иметь возможность узнать все, что они хотят, и ответить на интересующие их вопросы.

Имеет большое значение, чтобы на консультации присутствовали члены семьи пациента. Всю семью легче заставить осознать, что стоматологическое лечение — коллективная задача пациента, его родителей и врача.

Врач-стоматолог и персонал клиники должны постоянно обращать внимание пациента на гигиену полости рта. Работа в этом направлении начинается уже на приеме по получению диагностических записей. Пациент смотрит видеофильм о гигиене полости рта, где в качестве декораций используется обстановка в клинике, ему выдаются инструкции по чистке зубов, использованию флоссов и инструкции по полосканию. Пациентов в подростковом возрасте просят появляться у стоматолога для профилактики как минимум каждые шесть месяцев. Взрослым пациентам рекомендуют делать это с трехмесячными интервалами. Гигиена полости рта пациента должна оцениваться в каждое посещение. Если пациент продолжает недостаточно хорошо чистить зубы, врач еще раз обращает внимание, насколько важна гигиена и каковы последствия плохой гигиены полости рта.



Посещение на заключительный этап лечения — светлая полоса в жизни пациента, один из самых прекрасных его дней. Врач выполняет все необходимые манипуляции. После этого пациенту дают зеркало, чтобы он смог по достоинству оценить полученный результат.

Членов семьи просят присутствовать на этой встрече. Врач показывает начальные контрольные модели, рентгеновские снимки, видеозаписи и другие материалы. Он сравнивает полученные ранее данные с настоящим внешним видом пациента, обсуждает дальнейшие действия пациента.

Врач обязан сделать комплимент, насколько идет пациенту его новая улыбка, подчеркивает тот немаловажный факт, что полученный результат это плод совместных усилий врача, пациента, его родных и персонала.

Если врач-стоматолог, по окончании лечения посвятит достаточное количество времени сравнению полученных результатов, престиж стоматологии повысится на недостижимую высоту. Пациенты лучше поймут, что деньги, которые они потратили, действительно стоили этого и, конечно, оценят по достоинству произошедшие с ним изменения.

Таким образом, психологические, эргономические и профессиональные компоненты приемы пациентов в стоматологической клинике "работают" на нравственную составляющую лечения. Если же какой-то из этих компонентов нарушен, хотя бы он и не предстал перед нами в виде морального агента лечения, негативное отношение пациента и его родителей сразу примет форму отрицательной нравственной оценки деятельности врача и всего медицинского персонала клиники.

Но если данные наблюдения, как говорится, лежат на поверхности, то лечебный и реабилитационный этапы могут преподнести уже серьезные этические задачи, судить о которых можно только по конкретным случаям.

Любая профессия имеет человека или группу людей, благополучие которых поручается обслуживать преимущественно членам этой профессии. Пациент в стоматологическом кресле, несомненно, является наиболее важным из главных клиентов врача-стоматолога. Но стоматологи имеют также профессиональные обязательства перед пациентами, которые ожидают в приемной и перед всеми своими записанными ранее пациентами. Когда эти обязательства вступают в противоречие, предпочтение перед другими обычно получает пациент в стоматологическом кресле. Но иногда пациент в кресле уже получил необхо-

димую ему помощь в сравнении с другими пациентами. Возможно, ожидающие в коридоре больше нуждаются в помощи врача. Это предполагает сравнительные оценки врачом степени потребности пациентов в его услугах. Это тема, которая мало обсуждалась в литературе по стоматологической этике, и поэтому она заслуживает тщательного внимания.

Какое взаимоотношение между врачом-стоматологом и пациентом в кресле является правильным, когда они выносят оценки и делают выбор по поводу обслуживания пациента? Существует ряд различных способов понимания этого идеального взаимоотношения между стоматологом и полностью компетентным совершеннолетним пациентом:

- первый связан с врачом-стоматологом, самостоятельно принимающим решение, которое определяет действие;
- второй — с решением, принимаемым одним пациентом;
- третий — с таким решением, в котором в разном отношении участвуют обе стороны.

С конца 60-х годов признанная норма стоматологической практики изменилась в сторону третьей модели, модели совместного участия в оценке и выборе относительно лечения. Правовая доктрина информированного согласия определяет минимальный стандарт распределения участия в принятии решения, установленный для врачей-стоматологов и их пациентов. Однако стоит ещё задаться вопросом, выражает ли полностью информированное согласие идеальное отношение между врачом-стоматологом и полностью компетентным пациентом.

Кроме того, какое взаимоотношение между врачом-стоматологом и пациентом, который не может полностью участвовать в принятии решения относительно лечения, является правильным? Какова истинная роль стоматолога в этом отношении? Какова роль пациента, вплоть до предела способности пациента участвовать в принятии решения. Какова истинная роль других участвующих лиц? На практике, большинство стоматологов зависят от выборов родителей и опекунов таких пациентов, когда они отвечают требованиям и когда выбор участвующих лиц не наносит вреда здоровью пациентов. Но пока нет единого мнения как в самой стоматологии, так и в обществе по поводу поведения в отсутствии этих условий. Литература по этике стоматологии только начинает внимательно обсуждать взаимоотношение врача-стоматолога с пациентами с ограниченной способностью к принятию решения или вообще не имеющими способности принимать решения.

Независимо от традиционной рекламной риторики, не существует профессиональной области врачебной деятельности, которая гарантировала бы полное благополучие своим клиентам. Вместо этого имеется определённый набор ценностей, которые являются определяющими компетенцию каждой профессии. Эти ценности можно назвать **центральными ценностями этой профессии**. Они определяют и/или устанавливают на практике параметры для большей части аспектов оценок профессионала. Если мы решили, что пациент — главная ценность в стоматологии, то это положение нужно конкретизировать и посмотреть, как располагаются по отношению к этому другие ценности. Тогда можно предложить такой вариант иерархии стоматологических ценностей:

1. Жизнь и общее здоровье пациента;
2. Здоровье пациента, понимаемое как пригодное и свободное от боли функционирование его челюстно-лицевой области;
3. Автономия пациента, в пределах, в которых он способен на неё, сверх того, что происходит с его телом (включая ранжировку пациентом здоровья, комфорта, стоимости, эстетических соображений и других ценностей);
4. Предпочитаемые со стороны стоматолога образцы практики (включая различные философии стоматологической практики);
5. Эстетические соображения с точки зрения квалифицированной стоматологической практики;
6. Соображения эффективности с точки зрения врача-стоматолога, которые могут включать в себя соображения стоимости.

Очевидно, что идеальным для деятельности конкретного врача-стоматолога будет ориентация на все эти ценности именно в такой последовательности. Практически это невыполнимо, и мы обычно имеем дело с предпочтением какой-то определенной ценности врачом — в силу объективных обстоятельств, или характера его опыта, или влияния той школы, которая его воспитала, или особенностями выдвигаемых пациентом требований. Другими словами, выбор приоритетной ценности, начиная с п.2 в нашем перечне, осуществляется врачом индивидуально или в процессе диалога с пациентом.

И здесь следует особо оговорить вопрос о том, что выбор врача в данном случае во многом зависит от его компетенции. Каждый профессионал обязан обновлять и поддерживать специальные знания, необходимые для того, чтобы выполнять свои профессиональные обязанности. Любой профессионал обязан брать на себя только те обязанности, которые находятся в пре-



делах его компетентности. Поэтому каждому врачу-стоматологу, на практике, требуется делать заключение по поводу того, имеет ли он достаточную компетентность, чтобы ставить пациенту некоторый диагноз или выполнить некоторую процедуру при данном стечении клинических обстоятельств, в особенности, когда она содержит что-то неординарное.

Стоматологическое сообщество по необходимости устанавливает детали стандартов компетентности, потому что для этого необходимы специальные стоматологические знания. Но более широкое сообщество на законном основании может требовать обоснования таких решений данной профессиональной группы и приведения их в соответствие с принятыми культурными стандартами.

Кроме проблемы компетентности, которую общество контролирует, существуют еще, так называемые "обязательства к публике" как одна из характерных особенностей любой врачебной специальности. Описания своей профессии стоматологией в этом отношении являются достаточно стандартными. Но эти изображения допускают много различных интерпретаций с разными значениями для текущей практики. Например, в отношении видов убытков, которые обязаны нести в профессиональном отношении врачи-стоматологи ради своих пациентов, или видов риска для жизни и здоровья, финансового благополучия или репутации, которые может быть стоматолог обязан переносить.

Связанный с этим вопрос правильного отношения между предпринимательством и обязательством перед пациентом, жертвы личным интересом, которые это обязательство подразумевает, обсуждались всегда. Согласие существует в том, что стоматологическое и общее здоровье пациента, в особенности в чрезвычайных ситуациях, требует существенных жертв личным удобством и финансовым интересом со стороны врача-стоматолога. С приходом ВИЧ-инфекции и СПИДа, стали оживленно обсуждаться вопросы риска для врача и здоровья пациента как центральной ценности стоматологической деятельности. Очевидное противоречие здесь теоретически разрешается в пользу пациента, а практически — в каждом случае индивидуально.

Серьезную этическую проблему представляет и коммуникация стоматологов между собой и с представителями других врачебных специальностей. Каждая профессия имеет нормы, обычно в значительной степени неявные и не сформулированные, относительно правильного взаимоотношения между представителями профессии. Например, врач-стоматолог мог бы относиться



к другим врачам стоматологам как к конкурентам на рынке, или как к бенефициариям в монополии, которую даёт им их особое специальное знание на рынке, или другими способами. Каково идеальное отношение между стоматологами и как оно связано с тем фактом, что они являются представителями одной и той же профессии, а не только конкуренты на том же самом рынке?

Как должен поступить врач-стоматолог в отношении плохой работы другого стоматолога, когда обнаруживает её последствия в ротовой полости нового пациента или пациента, который обратился за специализированной помощью. Врач-стоматолог, который обнаруживает плохую работу, мог бы информировать о своём мнении пациента или скрыть это от него. Он может связаться с врачом-стоматологом, чья работа имела плохой результат, или, возможно, с местным стоматологическим начальством. Каков правильный баланс между обязательствами перед этим и другими пациентами и обязательствами перед собратом стоматологом? Как и в других профессиях, обязательства перед пациентом обычно получают преимущество в стоматологии, но этот принцип не даёт автоматического ответа на сложности таких ситуаций.

Взять другой пример: так как всё больше и больше стоматологов, получающих высшее образование, оказывается в финансовом отношении не в состоянии организовать практику самостоятельно, какое отношение между предоставляющим работу стоматологом и работающим по найму стоматологом является правильным? Эти взаимоотношения иногда являются выгодными для обеих сторон, а иногда в этическом отношении проблематичными, как в случаях, когда внутренние стандарты интенсивности труда заставляют работающего по найму стоматолога предоставлять услугу, которая ниже необходимого уровня качества. Профессиональная литература только начинает обсуждать эти отношения как этические, а не просто практические или деловые вопросы.

Имеются также ситуации, в которых члены различных профессий заботятся о тех же самых пациентах. Много стоматологов, например, работают в очень тесном сотрудничестве со стоматологами гигиенистами, чьи профессиональные навыки и центральные профессиональные ценности близко связаны, но существенно отличаются от профессиональных навыков и ценностей стоматологов. В лучшем случае эти различия дополняют друг друга к выгоде пациента. Но в других ситуациях, навыки стоматолога гигиениста могут принижаться или статус стоматологической гигиены как профессии оспариваться. Безусловным

в этических обязательствах каждой профессии является обязательство развивать отношения, которые наиболее способствуют и взаимному уважению и благосостоянию пациентов.

Деятельность любой профессии включает многочисленные отношения с более широким сообществом в целом и с отдельными социальными группами. И стоматологическая профессия, и индивидуальные стоматологи имеют обязательства контролировать качество стоматологической работы и практики, сообщать и адресовать случаи плохой работы и неэтичной практики. Они также имеют обязательства перед обществом в вопросе образовательного фактора стоматологического здоровья, как прямыми образовательными усилиями, так и контролем надежности и эффективности продуктов стоматологического обслуживания, предлагаемого публике.

Отношения стоматологов с более широким сообществом влекут за собой обязанности относительно соответствующих стандартов для рекламы товаров и услуг. Стоматологи играют важную роль в усилиях общественного здравоохранения по поддержанию здоровья населения также в отношении серьезных эпидемических болезней, подобно инфекции ВИЧ. Индивидуальные стоматологи и стоматологическая профессия в целом также имеют обязательства относительно доступа к стоматологическому обслуживанию для людей с неудовлетворенными стоматологическими потребностями. Стоматологи также обязаны проявлять определенную социальную активность в тех случаях, когда вырабатывается политика распределения ресурсов здравоохранения.

В конечном счете, содержание обязательств со стороны профессии — результат диалога между профессией и более широким сообществом, которое доверяет ей и ее членам практически с высокой степенью автономии, включая полномочие саморегулирования. В случае стоматологии, этот диалог часто трудно уловим и носит неформальный характер. Кодексы этики, сформулированные профессиональными организациями, государственные законодательства, касающиеся стоматологической практике, обычно формулируют лишь незначительную часть реального содержания. Общество часто занимает позицию пассивной терпимости, а не активного участия в этом диалоге, поэтому основная нагрузка по формулированию и реализации этической парадигмы профессиональной стоматологической деятельности лежит на самих стоматологах, что существенно затрудняет прогресс биоэтики в стоматологии.

И здесь особенно важна роль профессиональных стоматологических организаций, которые, выступая от имени профессио-

нального сообщества наиболее авторитетно, заставляют прислушиваться к себе. Следовательно, эти организации имеют приоритет в обсуждении проблем биоэтики в стоматологии и в принятии компетентных решений в этой области. Например, стоматологические организации, типа Американской Стоматологической Ассоциации (АСА) и Американская Коллегия Стоматологов (АКС), всегда были очень активны в отношении этических проблем. В их практике часто имели место проблемы, которые сосредоточили внимание многих стоматологов на моральных обязательствах их профессии. Например, когда Совет АСА по стоматологической терапии впервые санкционировал коммерческое средство для чистки зубов, и когда АСА впервые изложила свою политику относительно обязательства стоматологов лечить ВИЧ-положительных пациентов.

В России стоматологические ассоциации, включая национальную, пока не уделяют этим вопросам должного внимания. Это объясняется как их собственной молодостью, так и отсутствию опыта в вопросах биоэтики. Нужно отметить, что биоэтика как практика здравоохранения возможна лишь в плюралистических обществах, о чем свидетельствуют перечисленные выше проблемы. А наша страна, как известно, на протяжении сотен лет исповедовала жесткую централизацию власти и всего, что с ней связано. Поэтому проблемы морального выбора в медицине, как и морального выбора вообще, носили, скорее, умозрительный, чем практический характер. Поэтому сейчас так важно их обсуждение на основе науки и мирового опыта.

Поскольку мы уже неоднократно отмечали, что общие принципы биоэтики конкретизируются в стоматологической деятельности в зависимости от многих обстоятельств, то и анализировать их необходимо дифференцированно. Кроме того, биоэтика использует индуктивный метод анализа, что подразумевает исследование конкретных случаев, их интерпретацию и обобщение выводов. Этим мы и руководствовались при обсуждении данных вопросов.

## **ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

*В клинику обратилась пациентка 20 лет с жалобой на недовольство эстетическим состоянием челюстно-лицевой области.*



*Пациентку беспокоило неправильное расположение зубов в переднем отделе зубных дуг, высокое вестибулярное положение клыков верхней челюсти, которые обнаружили при улыбке и в разговоре. В беседе с врачом пациентка сказала, что если он не сможет восстановить эстетический и функциональный оптимум челюстно-лицевой области, она покончит жизнь самоубийством.*

С точки зрения врача, эстетический дефект был налицо, но функционального дефекта не было. Строго говоря, медицинские показания для вмешательства отсутствовали. И, в то же время, жизнь пациентки действительно была под угрозой. В чем тут дело? А дело в том, что состояние ее здоровья было нормальным, а качество жизни — низким.

Качество жизни — одна из важнейших тем в биоэтике. Анализ клинического случая, после постановки диагноза и определения стратегии лечения, должен включать сравнение качества жизни пациента до и после лечения. Несмотря на то, что само понятие появилось впервые в социологии, наиболее эффективно оно используется в настоящее время именно в медицине. Поскольку пока не разработано единого определения, мы примем за "точку отсчета" следующую дефиницию: **качество жизни есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу<sup>6</sup>.**

Здесь мы сосредоточимся на клиническом смысле трудного для понимания феномена качества жизни.

Основная цель любого врачебного вмешательства — улучшение качества жизни. Она реализуется в решении нескольких конкретных задач, как, например, облегчение боли, восстановление функций и т.п.

Пациенты нуждаются во врачебной помощи, медицинском внимании и заботе, поскольку они обеспокоены какими-то симптомами болезни, последствиями травм и т.п. Врач отвечает на их потребность в нем: а) постановкой диагноза, б) общением с пациентом, в) лечением, г) успокоением, д) обучением. Эта деятельность направлена на улучшение качества жизни пациента.

Во многих ситуациях это улучшение может быть произведено без особого труда. Например, некоторые воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта нередко устранимы при помощи антибиотика, который побеждает вызвавшую их инфекцию. Качество жизни, сниженное из-за этой инфекции,

<sup>6</sup> В.И. Петров, Н.Н. Седова. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001, с. 23.



быстро восстанавливается. Но бывают ситуации, когда качество жизни пациента серьезно нарушено прогрессирующей болезнью, и восстановить его трудно, если вообще возможно. Медицинское вмешательство может затормозить снижение качества жизни, немного улучшить его, но не восстановить. В этих случаях можно говорить о сносном качестве жизни, если оно постоянно поддерживается различными медицинскими манипуляциями, заботой и уходом.

Есть случаи, когда медицинское вмешательство помогает излечить болезнь, но при этом качество жизни снижается. Так, например, можно избежать негативных последствий диабета, если регулярно принимать инсулин и придерживаться определенной диеты, но это серьезно ограничивает свободу пациента и, следовательно, качество его жизни понижается. Или возьмем пример пациентки, которая подверглась резекции части нижней челюсти и нижней губы по поводу гигантоклеточной опухоли и рака нижней губы, после чего она избавилась от болезни, но этому предшествовали многочисленные курсы химиотерапии и рентгенотерапии.

Оценка качества жизни входит во все дискуссии по вопросам медицинского обслуживания. Врач и пациенты вместе должны определить, какой уровень качества жизни желателен, как это должно быть достигнуто, какие существуют риски. В отличие от проблемы рисков и преимуществ той или иной стратегии лечения, вопрос о качестве жизни фиксирует внимание на пролонгированных последствиях медицинского вмешательства. Вопрос о качестве жизни пациента всегда включает этическую сторону. Она складывается из следующих аспектов:

1. Проблема различного толкования качества жизни врачом и пациентом.
2. Проблема невозможности для пациента оценить то качество жизни, которое он хотел бы иметь.
3. Проблема использования качества жизни как критерия для рационального медицинского ухода.

## **СМЫСЛ ПОНЯТИЯ "КАЧЕСТВО ЖИЗНИ"** **(ЗНАЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ)**

Несмотря на большое значение феномена качества жизни в клинической практике, смысл данного понятия пока четко не определен. Saikewicz (1997) вообще считает, что оно выбрано неудачно. В принципе, данное понятие означает статус пациента

по шкале "хорошо — плохо", где может быть достаточно много делений. В последние годы были предприняты достаточно успешные попытки для разработки меры качества жизни, при помощи которой можно было бы оценивать результаты клинических вмешательств. Данная мера включает много показателей, таких как, мобильность, выполнение ежедневных функций по обеспечению жизнедеятельности, отсутствие или присутствие боли, социальная коммуникация и интеллектуальная бодрость. Учитываются как объективные показатели этих аспектов жизни, так и степень удовлетворенности ими. Многие оценки, в случае отдельных нозологических форм, являются специфическими, но существует стандарт QALY (Качество Корректирующее Годы Жизни), который пытается обеспечить глобальное измерение, основанное на коэффициенте отношения состояний здоровья к ожидаемому "сроку службы" организма. Эти различные измерения стремятся обеспечить объективное описание там, где неизбежна субъективная и персональная оценка. В этом значении, качество жизни более актуально в политике, чем в клинических решениях. Даже когда измерения базируются на эмпирических исследованиях, неизбежны весьма существенные персональные отклонения от принятых стандартов. Поэтому сами эмпирические выводы должны использоваться очень осторожно и ограниченно.

Качество жизни (КЖ) не может оцениваться только субъективно или только объективно. Необходимо учитывать как личностные, так и социальные характеристики пациента, отношение к лечению, прогноз, субъективные ценности, которые пациент связывает с понятием качества жизни. Поэтому целесообразно и необходимо ставить и решать целый ряд сложных вопросов:

1. Кто оценивает качество жизни — сам живущий или наблюдатель?
2. Какие критерии используются для оценки качества жизни?
3. Наконец — критический этический вопрос: какие именно клинические решения обосновываются ссылкой на качество жизни? Ответ на этот вопрос важен в ситуациях распределения ресурсов и реализации принципа DNR ("Не оживлять!")

Святость Жизни и Качество Жизни. Это различие иногда используется, чтобы описать отличие отношений к защите человеческой жизни. Сторонники святости жизни настаивают на том, что снижение качества жизни никогда не доказывает отказ от поддержания жизни. Святость жизни иногда связывается с идеей того, что человеческая жизнь так ценна, что она должна

быть сохранена во что бы то ни стало, при любых условиях, столько, сколько возможно. Эту позицию иногда называют витализмом, она свойственна религиозным группам и традиционным обществам. Хотя виталистские убеждения не считаются аргументом в клинической практике, она, тем не менее, черпает энергию в витализме. Желание сохранять органическую жизнь даже тогда, когда все другие человеческие функции утеряны, отражает именно виталистскую позицию. Святость жизни в качестве этического аргумента используется в философской и теологической литературе.

## РАЗЛИЧИЯ В УПОТРЕБЛЕНИИ ПОНЯТИЯ "КАЧЕСТВО ЖИЗНИ"

Важно различать употребление понятия "качество жизни" в двух смыслах, недифференцированный подход в данном случае может вызвать неразбериху в клинических выводах.

А. Персональное удовлетворение, выраженное или испытываемое личностью в его или ее медицинском осмотре, умственной и общественной ситуации. Мы называем это "персональная оценка".

*23-летний инструктор по гимнастике, у которого в результате огнестрельного ранения челюстно-лицевой области была произведена резекция костей и мягких тканей лица, что обезобразило внешний вид, лишило возможности четко произносить звуки и команды. Однако он говорит: "Моя жизнь не так уж и плоха, как она выглядит. Я адаптируюсь к своему состоянию и буду заниматься умственной работой, получая от этого удовольствие".*

*68-летний художник, пытаясь покончить жизнь самоубийством, из ружья выстрелил себе в полость рта. Значительно повредил верхнюю и нижнюю челюсти, язык и глаза. Хирурги-стоматологи были вынуждены удалить 2/3 языка, часть тела и альвеолярной части нижней челюсти. Зрение спасти не удалось, и художник ослеп. Он говорит: "Удивляюсь, как я еще могу жить, лишенный всего, что составляет смысл моей жизни".*

В. Оценка чьей-то персональной жизни. Мы называем это "оценка наблюдателя".

*Отец 29-летнего умственно отсталого сына говорит о нем: "Он кажется таким счастливым! Наверное, ему хорошо".*

*83-летняя женщина со старческим слабоумием, прикованная к постели, у нее поддерживают жизнь при помощи трубок. Сестры, ухаживающие за ней, говорят, что у нее нет никакой жизни.*



Ссылка на качество жизни в клинической дискуссии естественна и необходима, но поскольку это понятие может использоваться по-разному, это может вызвать неразбериху. Должна быть проведена дифференциация.

А. Заключение о низком (или бедном) качестве жизни может быть сделано как самим живущим, так и наблюдателем. Часто случается, что наблюдатель считает качество жизни низким, а сам живущий вполне удовлетворен этой жизнью. Человек чрезвычайно адаптивен. Он способен создать себе жизнь буквально из ничего.

Например, инструктор по гимнастике может быть человеком чрезвычайной мотивации; слепой художник может наслаждаться живым воображением; отсталый человек может испытать простые удовольствия. Таким образом, если пациенты могут оценить и выразить свое собственное качество жизни, наблюдатели не должны брать решение на себя, а должны прислушаться к мнению пациентов. Аналогично, когда собственная оценка человека не может быть дана или не может стать известна, наблюдатели могут высказывать свое мнение, но должны быть чрезвычайно осторожны в применении к пациенту своих систем ценностей.

В. Низкое качество жизни может означать, что пациент ощущает свое положение как несоответствующее желаемому стандарту. Но в каждом случае это несоответствие может быть разным — это может быть боль, ограничение двигательной активности, падение умственного потенциала, проблемы здоровья могут отвлекать от более важных и интересных дел, могут сократиться контакты с другими людьми, вообще может пропасть радость жизни и т.п. Таким образом, низкое качество жизни может иметь отношение ко многим разным обстоятельствам.

С. Оценка качества жизни, подобно самой жизни, носит временный характер. Беспокойство художника может возникнуть из временной депрессии, которая пройдет, если обнаружатся новые возможности деятельности для него. Инструктор по гимнастике может, наоборот, позже стать глубоко разочарованным в жизни и впасть в депрессию.

Таким образом, медицинские работники не должны торопиться с выводами о реальных основаниях оценки качества жизни, учитывая преходящие условия в ситуации пациентов.

Д. Оценка может отразить не сиюминутное ощущение от жизни, а привычные для пациента, выработанные годами нормы и установки. У людей существуют определенные привычки, предрасположения, которые они связывают с представлением о качест-



ве жизни, поэтому в их восприятии конкретного момента может отразиться некоторое смещение представлений.

Е. Оценка может отразить социоэкономические условия, в которых находится пациент. Если он считает их несоответствующими своим требованиям к качеству жизни, то никакое улучшение здоровья не изменит эту позицию до тех пор, пока не будут изменены бытовые, жилищные условия, размер зарплаты и т.п., то есть немедицинские факторы.

*Человек, пострадавший в автомобильной аварии, получил увечья и вынужден проводить свою жизнь в инвалидной коляске. Его первоначальная реакция на эти изменения — полное отчаяние, он полагал, что качество жизни равно нулю и, следовательно, жизнь кончена. У него были искренние стремления к смерти.*

Впоследствии он адаптировался к ситуации, стал учиться на юридическом факультете, выступать с лекциями в домах инвалидов, писать научные работы, стал достаточно известен и популярен, более того, у него появились деньги, которых он, будучи здоровым, не зарабатывал. Его представления о качестве собственной жизни изменились, он стал оценивать его выше, чем до аварии.

Нужно отметить, что оценки наблюдателей в этом случае, были сразу после аварии выше, чем у пациента. Врачи, медсестры и нянечки, которые уже знали по опыту, что сохраненные функции могут позволить пациенту вести достаточно активную жизнь, старались и его в этом убедить. Их усилия не пропали даром. Этот пример показывает, что наблюдатель должен взвешенно относиться к оценкам качества жизни пациента и учитывать все объективные и субъективные факторы, которые могут изменить его собственную оценку в лучшую сторону, хотя и не могут вернуть ему здоровье.

Это необходимо учитывать и родственникам или доверенным лицам пациента, чье качество жизни ухудшилось вследствие медицинской патологии. В принятии решений они должны руководствоваться тем, что называется в юриспруденции "наилучший интерес для пациента", а в этике формулируется как "действовать в интересах пациента". Понятие "качество жизни" как раз и существует, чтобы показать, что необратимость физиологических изменений может быть компенсирована социально-экономическими, интеллектуальными, эстетическими, религиозными составляющими, которые помогут пострадавшему человеку вновь ощутить полноту жизни.

Но что означают "интересы пациента"? В каждом конкретном случае они могут быть и реально бывают различными. То,

что может компенсировать физический недостаток для интеллектуального человека, совсем не подходит для людей ограниченных или малообразованных, более того, для "правополушарных" индивидов будут существовать совершенно иные "заместительные" формы жизни, чем для "левополушарных" и т.д. Следовательно, тот, кто работает с пациентом, должен, прежде всего, постараться посмотреть на мир его глазами, чтобы помочь ему в повышении качества жизни, снизившегося в результате болезни.

При этом необходимо соотносить интересы пациента с общечеловеческими ценностями. Врач должен принимать во внимание такие факторы как облегчение страдания, сохранение или восстановление функций, продолжительность и способы поддержания жизни и здоровья пациента. Таким образом, ценностная ориентация врача в вопросе о качестве жизни должна базироваться на учете трех видов ценностей: общечеловеческие ценности, ценности медицинской профессии и индивидуальные ценности пациента.

## ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Оценки качества жизни, независимо от того, персональные они или это оценки наблюдателей, всегда субъективны, они всегда отражают индивидуальные убеждения и ценности, симпатию и антипатию, личный опыт и личную ситуацию. Вопрос о том, существуют ли объективные критерии оценок качества жизни, возможны ли соответствующие измерения, результаты которых действительны для всех и имеют общезначимый смысл, это сложный философский вопрос.

Мы допускаем, что в клинике окончательного ответа на этот вопрос можно и не получить, однако, некоторые соображения помогут в нем разобраться:

А. Ограниченное качество жизни — это ситуация, когда человек страдает от серьезных дефектов физического или умственного здоровья, когда его функциональные способности не соответствуют физиологической норме.

Такое заключение может быть сделано как самим живущим, так и наблюдателями, хотя, как мы уже отмечали, их оценки могут и отличаться. Так диабетик, который обеспечен необходимыми лекарствами и привык соблюдать определенный режим, может считать свою жизнь вполне сносной, тогда как наблюдатели постоянно его жалеют.

В. Минимальное качество жизни обычно описывается как такое, когда наблюдатели или сам пациент отмечают существенные физиологические ухудшения, причем с ограничением не просто личных свобод, но и возможности коммуникации, сопровождающимся страданием и болью.

*Психически неполноценный 85-летний пациент, к тому же страдающий серьезным артритом височно-нижнечелюстного сустава, требует постоянного присмотра, кормления через зонд и проведения обезболивающих мероприятий.*

С. Качество жизни ниже минимального соответствует ситуации, когда пациент страдает экстремальным физическим ослаблением, а также полным и нереверсивным убытком сенсорной и интеллектуальной деятельности. Это состояние можно описать как жизнь, вообще не имеющую качества, если бы персональная способность оценки не была бы полностью потеряна в таком состоянии. Это описание относится к лицам в устойчивом вегетативном состоянии.

Человек, представивший себя в ситуации (в) и (с) предпочел бы, наверное, скорее умереть. Но нет гарантии, что, находясь в такой ситуации, они думают именно так. Поэтому необходимо учитывать все факторы болезни и отношения к ней для принятия адекватных решений по лечению и уходу за такими больными. В противном случае можно принять решения, которые приведут к смерти пациента, а это уже относится к вопросу о пассивной эвтаназии, по поводу которого в нашей стране существует определенное юридическое правило — она не разрешена.

## ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОЦЕНОК КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Поскольку оценка качества жизни очень субъективна, разные наблюдатели оценивают одни и те же ситуации по-разному. Это может отразиться на качестве лечения и ухода за пациентами. В клинической этике существуют четыре проблемы подробного типа:

1. Недостаток понимания собственных ценностей пациента.
2. Расхождение в оценках врача и пациента по поводу качества жизни пациента.
3. Дискриминация в отношении к пациентам.
4. Введение общественно значимых критериев по поводу качества жизни.

Исследования показывают, что врач оценивает качество жизни пациентов, обычно, ниже, чем сами пациенты. Так, в од-



ном из экспериментов, врачей и пациентов попросили независимо друг от друга оценить качество жизни в ситуации хронического заболевания: артрита, ишемической болезни сердца, хронического легочного заболевания и рака. Врачи определили условия жизни этих пациентов как более худшие, чем они сами себе это представляли. Врачи основывали свои оценки на медицинских показателях, в то время как пациенты учитывали и показатели немедицинские — такие как межличностные отношения, финансовое благополучие и общественный статус.

Те же исследования показали, что оценка врачом качества жизни пациента влияет на важные клинические решения, как, например, решения о реанимационных мероприятиях. [Peariman R, Uhlmann R. Качество жизни в хронической болезни: восприятие пожилых пациентов. J Gerontol 1988; 43:1125; Starr T, Peariman R, Uhlmann R. Качество жизни и решения реанимации у пожилых пациентов / Интерн Ген Мед. 1986; 1:373.]

*62-летний человек с метастатическим раком почек чувствовал себя достаточно хорошо, пока у него не появилась уремия на фоне вторичной обструктивной нефропатии. Он — энцефалопат.*

Врач уверен, что уремия — признак скорой смерти, поскольку он хорошо представляет себе картину метастатического рака. Он утверждает, что операция не поможет. Жена пациента настояла на хирургическом вмешательстве. После операции пациент восстановился и жил с удовлетворительным качеством жизни еще десять месяцев — оно упало лишь за две недели до смерти.

Подобное расхождение в оценке качества жизни может привести к серьезным ошибкам при назначении терапии. Естественно, врачи обсуждают вопрос о качестве жизни с пациентом и стараются представить, какими ценностями он руководствуется. И здесь от врача требуется хорошее знание и психологии, и теории ценностей [Gibson J.M. Исторический Проект Национальных Ценностей//Generations -N.Y.1990;].

## НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ ПАЦИЕНТ

Некоторые пациенты не просто не вызывают интереса — они вызывают отвращение у врача. Например, один — несговорчивый неприятный алкоголик, другой — скандальный наркоман, третий — просто преступник. Врач не может проявить свое истинное отношение к этим типам, но оно может сказаться на принимаемых им решениях. Поэтому необходимо преодолевать отрицательное отношение к таким пациентам.

*Пациент П. — бомж и алкоголик. Он постоянно грязный, ведет себя по-хамски, появляется в клинике то по поводу заболевания зубов, то с обморожением лица, то с травмой, полученной в пьяной драке и алкогольным бредом, то просто приходит погреться. Он уже всем надоел, но его обязаны лечить, и лечат. Хотя стараются обслужить в последнюю очередь. Однажды, когда врач уж очень долго преодолевал себя, чтобы подойти к этому пациенту, тот чуть не умер от открывшегося кровотечения. Но быстро восстановился и ушел из больницы, как ни в чем не бывало. Интерны считают, что у него очень высокое качество жизни, без которой общество вполне могло бы обойтись.*

Качество жизни у П. с точки зрения культуры нашего общества, очень низкое, но в медицинских решениях такой подход не актуален. Но это не мешает медикам рассматривать таких пациентов как обременительных.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НЕТРУДОСПОСОБНЫХ ОТ РОЖДЕНИЯ ЛЮДЕЙ

Определенную трудность представляют заключения о качестве жизни людей, нетрудоспособных от рождения. Обсуждению проблем их стоматологического обслуживания посвящен следующий раздел книги. Пока же отметим, что для таких людей не существует компенсаторных интеллектуальных и культурных механизмов для повышения качества жизни. Для них, практически, нет разницы между ограниченным и минимальным качеством жизни в том смысле, который мы раскрывали выше. Каким же образом можно делать заключения в случае необходимости медицинского вмешательства относительно таких людей? Какое качество жизни здесь может быть желаемым?

*67-летний мужчина, чья нетрудоспособность была официально установлена в годовалом возрасте, умственное развитие трехлетнего ребенка. Он страдает злокачественной опухолью челюстно-лицевой области. Его опекун считает, что не к чему пытаться повысить качество жизни этого человека путем лечения данного заболевания, коль скоро оно и так очень низкое.*

Этот случай рассматривался в суде, который решил не использовать в лечении химиотерапию. Тем не менее, суд пытался разобраться в отличиях между качеством жизни, которое изначально присуще этому человеку и качеством жизни, которое обеспечивается лечением. Говоря о боли и дезориентации, которые могут возникнуть в процессе химиотерапии и оперативного

лечения, судьи посчитали, что данный пациент будет страдать от них меньше, чем осознающий, что с ним происходит, человек. И здесь уже встал этический вопрос: имеем ли мы право заранее снижать планку оценки качества жизни для неполноценных людей? Не повлечет ли это отношения к ним как к подопытным животным? Риск такого подхода состоит в том, что выделяя в отдельную группу людей с изначально низким качеством жизни и разрабатывая менее щадящие подходы к их лечению, мы можем постепенно расширить границы этой группы, незаметно для себя самих. Ведь качество жизни — понятие достаточно субъективное, как уже неоднократно указывалось. Следовательно, мы можем прийти к ситуации, когда будем рассматривать как исходно минимальное качество жизни у людей, которые просто нам неприятны. А здесь уже остается один шаг до того, чтобы лечение превратилось в убийство.

## \* ДИСКРИМИНАЦИЯ

Одним из важнейших достижений медицины является принцип оказания помощи каждому в ней нуждающемуся, независимо от социальной принадлежности, национальности, религии или гражданства.

Тем не менее, врачи тоже люди, у них могут быть различные убеждения, верования, они могут страдать от собственной религиозной нетерпимости или быть подвержены вирусу национализма или расизма. Несмотря на то, что они стремятся, чтобы их убеждения не влияли на их профессиональную деятельность, подсознательно они могут учитывать их при принятии решений.

Так, в истории Америки были периоды дискриминации в медицине в отношении афро-американцев. Это была явная дискриминация, сейчас ее нет, но предубеждения у многих сохранились, и они могут повлиять на клиническую практику. Этически важно, чтобы эти предубеждения осознавались и люди боролись с ними. Как можно классифицировать такие предубеждения?

А. Предубеждения против пожилых и недееспособных пациентов. Этим особенно грешат молодые врачи. Они порой делают все возможное, чтобы избежать контакта с такими пациентами

*Пожилая женщина в бессознательном состоянии доставлена в приемный покой больницы скорой помощи. Ее племянник сообщил, что ей 92 года. При обследовании — неконтактна, обезвожена, гипотензивна, мочевого тракт инфицирован. Врач-ординатор фиксирует сепсис, но сомневается, что нужно вводить ан-*



антибиотики и ставить капельницу — ведь она такая старая, пусть тихо умирает. Вызванный дежурный врач назначает обработку по принятому стандарту, в результате чего больная возвращается в прежнее (довольно бодрое и энергичное) состояние, ее качество жизни оказывается довольно высоким, о чем врач-ординатор и не мог подозревать.

Решения об оказании медицинской помощи и соответствующем лечении пациента должны основываться на медицинских показаниях и предполагаемых предпочтениях пациента. Дискриминация, основанная на возрасте пациента, морально не оправдана. Даже если вклад в общество считается критерием точного и честного распределения пособий по социальному обеспечению, возраст — не показатель вклада в общество. У человека могут быть в прошлом заслуги перед обществом, да и вообще, он ведь не только экономическую или производственную пользу приносил, он был кому-то нужен, о ком-то заботился, что-то творил... Он — часть общества, и никакие мнения о нынешнем низком качестве жизни не могут оправдать равнодушного отношения к нему в старости.

В. Существуют предубеждения против представителей сексуальных меньшинств. Часто врачи, имеющие их, оправдываются тем, что эти лица представляют группу риска по ВИЧ и другим инфекционным болезням. Но они не замечают, что в качестве оправдания приводят просто другое предубеждение — против ВИЧ-инфицированных. Хотя исследования показали, что врачи более свободны от подобных предубеждений, чем другие группы населения.

У врача могут быть предубеждения против стиля жизни пациентов, например, когда врач сравнивает свой заработок и заработок "нового русского", пришедшего к нему на прием, он с трудом удержится от недоброжелательных мыслей в адрес этого пациента.

С. Среди врачей могут иметь место неосознанные сексуальные предубеждения, например, мужчины врачи (не без оснований) полагают, что качество жизни у женщин выше, чем у мужчин, но они могут сделать из этого вывод, что женщина меньше нуждается в медицинской помощи и не требует такого ухода как мужчина.

Д. Предубеждения, основанные на общественном мнении меньше всего должны затрагивать медицинскую практику. Общество может как угодно относиться к человеку, но врач не только не должен учитывать это при лечении больного, но, более того, он не вправе считать, что общественное мнение как-то влия-

ет на оценку качества жизни данного пациента врачом. Преступник, наркоман, военный или идеологический противник — любой человек, независимо от своего образа в общественном сознании, имеет равное с другими право на квалифицированную медицинскую помощь. Однако, социально-экономическая и культурная ситуация может повлиять на специальные решения в медицине — такие как сортировка больных, очередность на трансплантацию органов и т.п.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ

Имеются два важных отличия в оценке качества жизни у взрослых и у детей. Первые могут оценить качество собственной жизни, исходя из прошлого опыта, имеющейся системы ценностей. Даже если взрослый человек не способен к самооценке, другие люди могут дать ее, анализируя его жизнь. Это позволяет приспособляться к будущим состояниям.

В педиатрии же оценивается качество жизни, которая — в будущем, здесь недоступно сравнение предпочтений, апелляция к прошлым впечатлениям и т.д.

*А. 12-летний мальчик с синдромом Дауна имел врожденный порок сердца. Хирургическое вмешательство до 12-летнего возраста не рекомендовалось, но в этом возрасте стало необходимо по жизненным показаниям. К 12 годам мальчик хорошо развивался, занимался спортом, неплохо учился в специальной школе. Его родители не дали разрешения на операцию по поводу порока сердца, которая продлила бы жизнь мальчику. Они считали, что после их смерти поддерживать качество его жизни все равно не удастся.*

*В. Новорожденный младенец с признаками синдрома Дауна, которые подтверждаются хромосомными исследованиями, страдает от непроходимости кишечника, ему требуется немедленное хирургическое вмешательство, но родители не дают согласия, считая, что лучше пусть новорожденный умрет, чем потом будет жить неполноценным человеком.*

Данные случаи иллюстрируют то, как люди оценивают качество жизни детей, опираясь не на их опыт (которого во втором случае вообще нет), и не на свой опыт (они не имеют подобной патологии), но делают выводы, от которых принципиально зависит будущее их детей. Эти выводы они делают на основе существующих в обществе представлений о социальном статусе больного и здорового человека, об участии неполноценных людей в производственной, культурной жизни и т.п. Но ведь соци-

альный статус — не единственное человеческое качество, ради которого стоит жить. Во всяком случае, эти представления и выводы, основанные на чьем-то опыте и на чьих-то ценностных установках, не настолько значимы, чтобы из-за них дать ребенку умереть. Здесь вообще нет реальных доводов о качестве жизни.

Медицинские вмешательства, которые обычно эффективны для обеспечения физической трудоспособности или облегчения нетрудоспособности, этически обязательны, если единственным предполагаемым показателем является предполагаемое низкое качество жизни в связи с синдромом Дауна. Истинным противопоказанием может быть только вероятность летального исхода в случае рекомендованного хирургического вмешательства, если есть другие организмические патологии, несовместимые с данным типом вмешательства.

## КАК СОБЛЮСТИ ИНТЕРЕСЫ МАЛЕНЬКОГО ПАЦИЕНТА

У детей нет тех предпочтений, на которых основывают свои оценки качества жизни взрослые. Таким образом, мы здесь имеем дело с решением, принимаемым представителем ребенка, который, в свою очередь, должен максимально полно учитывать интересы ребенка.

*А. В срок рожденная девочка имеет очень большой thoracolumbar myelomeningocele, в который просачивается цереброспинальная жидкость. Кроме того, она оказывается микроцефалом. Томография головы показывает дисгенезис и вентрикуломегалию, кортикальная мантия составляет меньше, чем 3 мм. Родители девочки, понимая ситуацию, просят не проводить клинических мероприятий, они просят отдать девочку им домой, где она спокойно умрет.*

*В. Преждевременно родившийся младенец весит 1кг 100 г, у него обнаружена серьезная болезнь мембран. Низкий гематокрит, высокий билирубин, непонятной этиологии кровотечение. Ультразвуковой анализ подтверждает интравентрикулярное кровоизлияние. Кроме того, у ребенка имеется расщелина губы, твердого и мягкого неба. Родителей информируют о возможных рисках в развитии ребенка, прежде всего, в умственном развитии, необходимости длительного и трудного лечения у стоматолога. После этого родители просят отключить ребенка от аппарата искусственного дыхания.*

*С. Двухдневный младенец получил дозу простагландинов, когда эхокардиограмма подтвердила слабость сердечной мышцы. Ре-*



бенка интубировали, провентилировали и дали седативное средство. Неонатологи радовались тому, что младенец хорошо стабилизировался и "пошел" на этих препаратах. Дискуссия с родителями — молодой интеллектуальной парой — показала, что они хотят полноценной жизни для своего ребенка, но не хотят, чтобы он страдал.

В первом случае прогноз исключительно неблагоприятный, ребенок будет умственно отсталым и некоммуникабельным, полностью зависимым от опекунов. Многочисленные хирургические процедуры будут требоваться в детском возрасте для решения проблем ортопедического характера, но гарантии их эффективности нет. Высока опасность инфекций и т.п. Комбинация крайне болезненной нетрудоспособности и серьезного замедления умственного развития составят качество жизни этого ребенка. О таком качестве можно с уверенностью сказать, что оно нежелательно ни для какого человека.

В случае В есть большая вероятность нетрудоспособности, хотя ее степень непредсказуема. Большого внимания потребуют хронические проявления болезни. Прогноз умственного и физического ограничения неопределен. Очевидно, что данный ребенок потребует значительных врачебных усилий и, главное, повышенного внимания и заботы, тщательного терпеливого ухода. Но он может стать равноправным членом общества, он может быть и не отсталым умственно, а если и отсталым, то незначительно, он, разумеется, будет физически несильным, но сможет развиваться. Здесь можно говорить о вероятности более высокого качества жизни, чем в случае А.

В случае С есть три варианта — ребенок может умереть, если слабость сердечной мышцы в будущем окажется несовместимой с жизнью, он может перенести ряд сложных хирургических операций, которые могут дать осложнения в виде нетрудоспособности, и, наконец, его можно подвергнуть пересадке сердца, но долгое ожидание из-за нехватки органов делает этот вариант маловероятным.

Мы полагаем, что врачебные мероприятия в случаях А и С не должны применяться, поскольку они не способствуют повышению качества жизни. Поэтому сами эти мероприятия, доставляющие страдания маленькому пациенту, можно рассматривать как негуманные. Если ребенку предстоит умереть, право родителей выбрать для него более легкую смерть, то есть не подвергать мучительным операциям. Обязательство врача облегчить боль и страдание столь же морально, как и обязательство сохранить жизнь. Но сохранять жизнь ниже минимального качества — аморально.

Однако, и в менее драматических ситуациях, может идти речь об ответственности родителей, опекунов и врачей за качество жизни ребенка. Так, типичными являются случаи навязывания определенных лечебных мероприятий, которые, безусловно, улучшают здоровье, но, как оказывается, не повышают качество жизни.

*На прием к врачу-стоматологу родители привели трехлетнего ребенка с острой болью. Ребенок и его родители беспокойно провели ночь. Ребенок не подпускал к себе незнакомых лиц (врачей) и не открывал рот для выполнения лечебных манипуляций. Насильственными методами (медсестра держала ноги, родители — руки, врач вставил роторасширитель) проведено лечение ребенка.*

В этом случае изменена физиологическая мера здоровья ребенка. В лучшую сторону. Но воспоминания о способе лечения останутся у него на всю жизнь. К улучшению своего состояния он уже не будет относиться радостно. Наоборот, перенесенная психическая травма заставит его в будущем обращаться к врачам только в крайнем случае, что косвенно повлияет на ухудшение состояния его здоровья. В целом такое навязанное "улучшение" качества жизни оборачивается его реальным ухудшением.

В ситуации выбора — лечение, наносящее психологическую травму или пассивное созерцание усугубляющегося состояния здоровья ребенка — нельзя выбрать ни то, ни другое. Следует применять лечебные мероприятия, но обязательно в комплексе с психотерапией или с использованием седативных средств. Решение в каждом конкретном случае принимается индивидуально.

## **ЭТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НИЗКИМ УРОВНЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Больной, страдающий соматическими патологиями, в стоматологической практике встречается достаточно часто, поскольку все его недуги, так или иначе, отражаются на состоянии челюстно-лицевой области.

Одной из сложных задач в стоматологии является лечение пациентов с детским церебральным параличом. Проблемой таких пациентов является их временная или постоянная нетрудоспособность. Некоторые из них не могут обходиться без посторонней помощи, что также создает проблемы для стоматолога. Обработка и лечение таких пациентов требует более строгой этической регуляции, чем в обычных случаях, поэтому необходимо оговорить некоторые ее моменты.

Наиболее вероятно, что такой пациент не придет сам на прием, скорее всего, первый контакт с ним или его опекуном будет осуществлен по телефону. На этой стадии необходимо выяснить детали, которые могут в дальнейшем обеспечить лучший контакт с пациентом:

1. Может ли пациент передвигаться сам или пользуется специальными средствами (инвалидная коляска, "ходунки", костыли, носилки)?
2. Является ли пациент умственно полноценным, а если нет, то какова степень церебральных поражений?
3. Контактен ли пациент?
4. Кто сопровождает пациента в стоматологическую клинику?
5. Возможно, врач должен сам нанести визит пациенту из-за тяжести клинического состояния последнего.

Информация об этих моментах составляет основу для установления контакта, который может быть затруднен с таким пациентом. Непосредственно перед визитом полезно (если даже это не указано специально в истории болезни) проконсультироваться с лечащим врачом такого пациента. Здесь уже речь идет не только об интересах пациента, но и о корпоративной этике.

Необходимо предусмотреть трудности, связанные с перемещением и определением во врачебное кресло малоподвижных или неподвижных пациентов. По этому поводу существуют специальные инструкции, которые врач-стоматолог должен знать, хотя сам он такими операциями и не занимается — это функции среднего и младшего медицинского персонала.

Пациенты, с поврежденным позвоночником часто создают проблемы в плане фиксирования шеи и подбородка. Пациента необходимо стабилизировать в зубо врачебном кресле, но это может вызвать у него раздражение, волнение, поэтому этот этап полезно обсудить с ним предварительно (если пациент контактен). Во многих странах существуют специальные клиники для лечения таких пациентов. Нередко стоматологическое лечение осуществляется не в стоматологическом кресле, а в инвалидной



коляске. Для этого существуют специально оборудованные стоматологические кабинеты.

Обсуждать с пациентом проблемы обследования и лечения лучше, когда он уже зафиксирован в стоматологическом кресле или коляске. Сначала целесообразно обсудить его отношение к гигиене полости рта вообще, узнать, какой пастой и щеткой он пользуется, приходилось ли ему раньше прибегать к помощи стоматологов, и какие впечатления у него остались, понимает ли он, что стоматологическое лечение облегчит его состояние по поводу основного заболевания и т.п. На этом этапе стоматологу требуется не просто этическая подготовка, но и некоторые психотерапевтические навыки, поскольку речь идет о типе отношения пациента к а) основному заболеванию и б) стоматологической проблеме. Налицо то, что можно назвать бинарной соматогенией.

Следовательно, при первом контакте врача-стоматолога с пациентом, страдающим основным соматическим или церебральным заболеванием, требуется:

- а) общая оценка личности больного;
- б) выяснение степени соматогении, как по поводу основного заболевания, так и по поводу стоматологической проблемы;
- в) выяснение иерархии ценностей, существенных для больного и влияющих на его отношение к лечению;
- г) выбор формы поведения с данным пациентом.

Необходимо учитывать, что каждый врач сталкивается на практике с четырьмя условными типами личностной реакции на болезнь:

1. Субъективная загруженность болезненными ощущениями;
2. Апатия, безразличие, "бегство в болезнь";
3. Отрицание наличия болезни, игнорирование ее;
4. Недооценка тяжести болезни.

Тип личностной реакции на болезнь зависит, в основном, от двух факторов: типа нервной деятельности и аксиологического типа личности. Это значит, что реакция на болезнь определяется, во-первых, темпераментом, характером, акцентуацией и, во-вторых, той иерархией ценностей, на которую ориентирован человек. Так, например, страх потерять престижную работу заставляет скрывать болезнь, а неполадки в семье провоцируют преувеличение тяжести заболевания вплоть до симуляции. Отношение к лечению может быть активным, пассивным и негативным, что, в свою очередь, зависит от установившихся между врачом и пациентом отношений.

Следует особо отметить, что сложности возникают с пациентами, имеющими неконтролируемые рефлекторные движения. Простые рефлексы суть автоматизированные ответы мозга на раздражители, они присутствуют у всех младенцев и исчезают, обычно, между тремя и шестью месяцами, непрерывное присутствие таких рефлексов предполагает пожизненную нетрудоспособность. Пациенты с такими симптомами представляют особую трудность, и вопрос их фиксирования в зубо врачебном кресле связан с решением ряда моральных проблем, связанных с применением дополнительных устройств.

Пациент с соматическими или психическими отклонениями в здоровье в большей степени, чем обычный пациент, требует создания непринужденной атмосферы в стоматологическом кабинете. В этом плане рекомендуется делать назначение для таких пациентов в ранние утренние часы, когда они чувствуют себя лучше, а в клинике еще мало людей и обстановка не вызывает тревожных состояний у пациентов. Рекомендуется мягкая музыка и успокаивающее освещение. Не нужно принуждать пациента, особенно с нарушением рефлексов, принимать позы, удобные для врача, а не для него самого. Исключения составляют меры безопасности, которые принимаются, чтобы пациент не соскользнул с кресла или не ушибся обо что-нибудь. Необходимо помнить, что даже опускание или подъем стоматологического кресла могут вызвать у пациента приступ страха. Для пациентов с неконтролируемым рефлексом кусания необходима специальная межчелюстная распорка, роторасширитель или ретрактор.

Пациенты с церебральным параличом хорошо реагируют на мягкий массаж шеи и головы в процессе оказания им стоматологической помощи. Их нельзя торопить, лучше вообще перенести визит, если пациент не может адаптироваться к своему положению в стоматологическом кресле. Для врача важно обнаружить специфический рефлекс, который не контролирует данный пациент, и исключить факторы, стимулирующие его проявление. С таким пациентом нужно все время разговаривать, успокаивать и подбадривать его. В идеальном варианте при оказании стоматологической помощи необходимо присутствие лечащего врача-терапевта, врача-логопеда и социального работника, но поскольку в условиях наших клиник этот вариант недостижим, функции всех перечисленных специалистов выполняют врач-стоматолог и медицинская сестра, что, безусловно, усложняет их этическую ситуацию.

Особую проблему для стоматологической практики представляет умственно отсталый пациент. Умственную отсталость мы понимаем в данном случае как очевидный субсредний интеллектуальный уровень, который может быть как наследственным, так и приобретенным, и выражается как в скорости и качестве рассудочных операций, так и в поведении человека. Здесь можно использовать широко распространенный на Западе, но сравнительно редко применяемый у нас показатель IQ. Согласно нему существуют градации степеней умственной отсталости: мягкая — 52–67 баллов, средняя — 36–51 балл, серьезная — 20–35 баллов и глубокая — ниже 20 баллов. Этот измеритель не очень надежный, но он позволяет, по крайней мере, иметь хоть какие-то количественные критерии, на основе которых необходимо строить отношения с пациентом.

В зависимости от IQ пациент может быть обучаемый и необучаемый. Обучаемый умственно отсталый пациент способен усвоить простые навыки гигиены, понять предписания врача в элементарной форме и следовать им. Необучаемый пациент может выполнять врачебные назначения только под контролем, ему необходимы опекун или сиделка для соблюдения режима гигиены полости рта.

Умственная отсталость — признак не порядка в ЦНС, она, как правило, сопровождается различными соматическими патологиями. Это может выражаться и в уже упоминавшемся церебральном параличе, и в скелетных уродствах, и в сосудисто-сердечных патологиях, а в результате — в эмоциональной напряженности и неадекватности. Возраст, пол и коммуникабельность — основные показатели, которые влияют на диагноз умственной отсталости. Оценка интеллектуальных способностей охватывает речь, визуальную сферу и двигательную активность, слуховые восприятия, память и внимание, способность к самообслуживанию. При этом у детей следует различать неспособность к самообслуживанию и самоконтролю, вызванную умственной отсталостью и обусловленную неправильным воспитанием. Все эти показатели важны для решения вопроса об обучении умственно отсталого человека. В принципе, чему-то можно научить любого больного.

Пациенты с умственной отсталостью часто обнаруживают аномалии челюстно-лицевой области, связанные, в основном, с неправильным ростом зубов, изменениями прикуса. В случаях с умственно отсталыми пациентами, страдающими болезнью Дауна чаще всего встречаются аркаобразное небо, зубочелюстные



аномалии, бороздчатый язык, гипотония мимических мышц (круговой мышцы рта) и языка. У умственноотсталых обычно реже встречается кариес, чем у среднестатистического пациента. Это эмпирический, но пока не объясненный факт, хотя задержка роста зубов, морфология и расстояние между ними, вероятно, играют роль. А в более взрослом состоянии эти пациенты находятся под постоянным контролем, который обеспечивает рациональное питание и соблюдение правил гигиены, поэтому случаи кариеса среди них более редки. Хотя это относится к тем, кто содержится в специальных интернатах и санаториях. В домашней обстановке родители часто балуют умственно отсталого ребенка всякими сладостями, обеспечивая его будущие визиты к стоматологу.

У пациентов с синдромом Дауна и церебральным параличом отмечается высокая степень заболеваемости тканей пародонта. Это объясняется трудностями, которые они испытывают при чистке зубов, а также влиянием лекарственных препаратов, рекомендованных при этих заболеваниях, но разрушающе действующих на десны (дилантин и т.п.)

Обычно с умственно отсталыми пациентами стоматологу легче работать, чем это принято думать. Дело в том. Что они находятся под тщательным медицинским контролем и об их соматическом состоянии врачу бывает известно гораздо больше, чем о соматическом состоянии простого нормального пациента. Этическая сложность здесь состоит в том, чтобы правильно и с наименьшей степенью вреда для пациента сбалансировать терапевтическое или психиатрическое и стоматологическое лечение. Поэтому стоматолог, в принципе, не должен работать с такими пациентами без предварительной консультации с их лечащим врачом. Так, примерно 40% пациентов с синдромом Дауна страдают сосудисто-сердечными заболеваниями, и при оказании стоматологической помощи требуется изменить им дозу обычных лекарств. Многие умственно отсталые пациенты склонны к легочным заболеваниям, что усложняет работу в полости рта и требует специальных дополнительных мер по оксигенации. Как правило, такие пациенты нуждаются в дополнительных седативных средствах при посещении стоматологической клиники. Профилактику эпилептических приступов провести трудно, поэтому необходимо быть готовыми, чтобы купировать их.

В принципе, врач-стоматолог реализует этическую компоненту своей деятельности с умственно отсталым пациентом через контакт с его опекуном, законным представителем или об-

служивающим его персоналом. Именно через этих людей получают согласие на лечение, полную информацию о больном и они же в кооперации со стоматологом должны обеспечить медицинские приготовления к оказанию стоматологической помощи. Некоторые рекомендации помогут стоматологам правильно построить свои взаимоотношения с умственно отсталым пациентом. Вот они:

1. Не спешите. Дайте пациенту адаптироваться к новой ситуации.
2. Назначайте прием таких пациентов утром.
3. Используйте визуальные методы общения с пациентом (рисунки, слайды, фильмы, компьютерную графику).
4. Ваши движения должны быть неторопливыми.
5. Позвольте пациенту потрогать руками инструменты.
6. Чаще касайтесь пациента, но делайте это мягко и бережно, чаще улыбайтесь ему.
7. Демонстрируйте уверенность и спокойствие.
8. Не используйте ограничение движений пациента в качестве карательной меры.
9. Используйте предметы гигиены полости рта для непосредственного обучения пациента, повторяйте каждую процедуру до тех пор, пока он не запомнит и не выучит ее.
10. Вы должны обладать знаниями в области невропатологии и психиатрии.

В случаях с пациентами, которые страдают заболеваниями ЦНС, типичными являются следующие поражения: внутричерепное кровоизлияние, тромбоз, эмболия, спазм. У таких больных, как правило, бывает гипертоническая болезнь, атеросклероз, аневризмы, заболевания сердца и диабет. Все эти факторы необходимо учитывать при планировании стоматологического вмешательства.

Больные с парезами и параличами лицевых мышц представляют трудный объект для обработки, но, в то же время, если лечение производится на парализованной стороне, они не нуждаются в анестезии. Это важно отметить, потому что, на фоне принимаемых ими препаратов, не все виды анестезии можно использовать. Бывает, однако, что при стоматологическом лечении в парализованной части лица появляется чувствительность, пациент начинает чувствовать боль. В этом случае лечение необходимо сразу прервать и проконсультироваться с невропатологом. Появление чувствительности может оказаться хорошим призна-

ком для основного заболевания, но испуг пациента и испытываемое им чувство боли приносит ему несомненный вред.

Препараты, которые рекомендуются умственно отсталым пациентам, имеют негативные для стоматологических вмешательств качества. Во-первых, как мы уже указывали, некоторые из них вызывают гиперплазию ткани десен. Она может достигнуть таких размеров, что потребуются хирургическое вмешательство.

Во-вторых, многие из используемых ими препаратов задерживают свертывание крови (чтобы избежать тромбоза, вероятность которого при таких заболеваниях высока). Это, в свою очередь, осложняет стоматологическое лечение, провоцируя кровоизлияния даже при небольшом нарушении тканей. С этой опасностью стоматолог не может справиться один — необходимо, чтобы лечащий врач больного за определенное время до стоматологического вмешательства изменил предписания и постарался стабилизировать свертываемость крови у пациента.

Гипертензивные пациенты должны пройти перед стоматологическим лечением соответствующую профилактику. Измерение давления должно производиться до и после обработки, а она, в свою очередь, должна занимать минимум времени. Пациентам с сердечной аритмией нельзя вводить анестезирующее вещество, содержащее эпинефрин. Если у пациента порок клапана или другие аналогичные патологии сердца, целесообразно до начала обработки дать ему соответствующий антибиотик.

У некоторых умственно отсталых пациентов болезнь имеет циклический характер, поэтому нужно учитывать при записи их на прием к стоматологу, в какой именно фазе — возбуждения или торможения — они находятся. Впрочем, для стоматологического лечения не подходит ни та, ни другая — необходимо поймать период относительной стабильности между фазами. В случае ускорения наступления фазы возбуждения или торможения у таких пациентов в процессе стоматологического лечения, необходимо прекратить обработку.

В зависимости от серьезности мозгового повреждения, пациенты могут иметь затруднения с речью. Естественно, это происходит при повреждении левого полушария мозга. Контакт с таким пациентом проблематичен, поэтому требуется "переводчик", т.е. человек, постоянно ухаживающий за ним и способный понимать его. Подобная перетрансляция тормозит работу стоматолога, но проявление нетерпения здесь не просто аморально, но и неэффективно. Это относится, прежде всего, к пациентам с афазией, атраксией, дисартрией и дисфагией.



Использование анестезии или седативных средств для пациента в острой фазе психического расстройства не рекомендуется. Но для пациента с хроническим психическим заболеванием, чье состояние достаточно стабильно, анестезия хорошо подходит. Однако, в любом случае ее применение должно быть обсуждено с невропатологом, психиатром или другим лечащим пациента постоянно врачом. В данном случае врач-стоматолог несет моральную ответственность не только за состояние полости рта пациента, но и за возможный вред по поводу общего заболевания.

Пациентов, страдающих повреждением спинного мозга, трудно обслуживать в стоматологической клинике, не только потому, что возникают проблемы с транспортировкой и фиксированием больного в стоматологическом кресле. Когда имеются повреждения в спинном мозге, человек страдает от недостатка двигательных импульсов ниже сектора повреждения. Так, если повреждение имеется ниже первого грудного сегмента позвоночного столба, имеет место параплегия — частичный или полный паралич ноги. Если поврежден шейный отдел, наступает тетраплегия — частичный или полный паралич всех четырех конечностей. Повреждение в нижней части может вызвать парез кишечника, а повреждение в верхней части — исключить всякую двигательную активность, включая респираторную функцию.

Как мы уже сказали, такие пациенты нуждаются в специальных способах транспортировки и фиксации в стоматологическом кресле, но необходимо также знать о возможных осложнениях, сопровождающих подобные травмы и учитывать их при оказании стоматологической помощи. К ним относятся, прежде всего, язвы *decubitus* — локальные дефекты на поверхности кожи или подкожной ткани. Они обычно нарушают кровоснабжение отдельных участков кожи. Эти язвы легко инфицируются, поэтому такие пациенты трудно переносят длительное пребывание в одной позе. Трудно усидеть в кресле и пациенту, страдающему приступообразными спазмами, что также является следствием повреждения позвоночника.

Пациенты со сниженной респираторной способностью обычно имеют диафрагмальный тип дыхания, их часто мучает кашель, поэтому в работе с ними необходимо применять отсосы и всегда иметь под рукой кислородный прибор. У пациентов с повреждением выше четвертого сегмента позвоночника может обнаружиться дисрефлексия, которая провоцирует внезапный приступ гипертонии, инсульт, даже смерть. Можно отметить первые признаки дисрефлексии — головная боль, замутнение

зрения, обильное потоотделение, покраснение лица, тошнота. При обнаружении этих признаков работа должна быть приостановлена, необходимо вызвать лечащего врача, выяснить у пациента его состояние, возможно, использовать катетер при дальнейшем лечении. Возможно, изменение позы пациента снимет эти симптомы, но лучше все же передать заботу о нем терапевту или невропатологу.

Врач-стоматолог может серьезно повысить качество жизни у пациентов, страдающих заболеваниями ЦНС, избавив их от страданий, не связанных с основным заболеванием, улучшив функциональную и лицевую эстетику. Учитывая, что для таких пациентов сейчас разработаны довольно эффективные реабилитационные программы, роль врача-стоматолога в них достаточно престижна.

Особую группу пациентов составляют онкологические больные (мы имеем ввиду онкологию челюстно-лицевой области). Если после общепринятых исследований онкологический диагноз подтвержден, больного следует должным образом проинформировать и заручиться его разрешением на лечение по предложенному врачом плану. Первый этап такого лечения — тщательная стоматологическая обработка полости рта. Она включает:

- тщательный осмотр;
- лечение и удаление зубов с патологией твердых тканей;
- удаление экзостозов, небного торуса (если это создает проблемы для протезирования);
- лечение и профилактика заболеваний тканей пародонта;
- удаление ортодонтических приспособлений;
- назначение гигиенических мероприятий;
- рекомендация соответствующих добавок к пище (витамины, питье и т.п.)
- фторид-терапия;
- профилактика антибиотиками.

Укрепляющая обработка и периодонтальная терапия освободят пациента от зубоврачебных проблем после онкотерапии, а именно она является следующим этапом лечения. При лечении онкологических заболеваний органов и тканей полости рта обычно используют лучевую терапию, химиотерапию и хирургическое вмешательство. Все это либо применяется вместе, либо отдельно. Выбор лечения базируется на следующих критериях:

- размер опухоли;
- место расположения опухоли;
- метастазирование;

- статус здоровья пациента;
- гистология повреждения;
- функциональные и косметические проблемы.

Преимущества лучевой терапии в том, что при ней сохраняется нормальная ткань и функции. Недостаток же состоит в том, что после нее требуется длительная обработка, могут возникнуть остеорадионекрозы, и совершенно не исключена возможность образования новой опухоли.

Химиотерапия обычно используется для того, чтобы уменьшить размер опухоли. Большинство химиотерапевтических препаратов может вызвать депрессию костного мозга и повреждение слизистых мембран. Пациенты часто страдают побочными эффектами (тошнота, падение аппетита, снижение веса).

При хирургическом вмешательстве, которое применяется наиболее часто, преимущество состоит в возможности полного удаления опухоли. Но здесь обычно требуется тщательная косметическая работа и не всегда она приносит желаемый результат.

При онкологическом лечении контроль стоматолога за состоянием органов и тканей полости рта необходим постоянно. У пациента может возникнуть эритема кожи лица и шеи, может наступить дисфункция слюнных желез, незаживающие трещины и т.п. Постонкологическая терапия в стоматологической практике чрезвычайно важна. При этом с пациентом должна работать группа врачей: хирург и терапевт, хирург и радиолог, стоматологическая группа, логопед, психолог, социальный работник. Только комплексное лечение, осуществляемое группой врачей, может помочь больному. При этом взаимопонимание между ними достигается благодаря разделению функций, когда на разных этапах лечения лидирующую роль берет на себя соответствующий профильный специалист. В плане моральной ответственности их функции разделить нельзя, поскольку каждый член группы несет всю полноту ответственности за пациента — такую же, как и остальные. Кроме всего прочего, работа группы врачей оказывает психологическое влияние на повышение качества жизни онкологического больного.

## ЭТИЧЕСКИЕ КОДЕКСЫ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ЗАКОНЫ

Представление о неформальности этической регуляции медицинской и, в частности, стоматологической деятельности не



должно быть примитивным — неформальность не означает полного отсутствия "писаных" правил. Суть в том, что им можно следовать, а можно и не следовать. В случае несоблюдения предписаний санкции в сфере морали действуют, порой, сильнее, чем правовые меры типа ограничения свободы, штрафа и т.п. Моральные санкции, практически вычеркивают человека из того сообщества, к которому он привык принадлежать, и которое представляет поле его карьеры. Поэтому морального осуждения боятся больше, чем административной ответственности.

Однако, для того, чтобы следовать моральным предписаниям, необходимо их знать. Релятивизм этических оценок не настолько силен, чтобы нельзя было конвенционально закрепить общепринятые нормы. Инварианты этических предписаний в медицине существуют, обычно, в виде кодексов, клятв, присяги и т.п. Естественно, первой в этом списке стоит Клятва Гиппократата (см. Приложение 1), хотя еще в 11 веке до нашей эры в "Аюрведе" первый кодекс врачебной морали был достаточно четко прописан. Но он отражал нравы архаичной эпохи, иной культуры, иной медицины. Западная традиция восходит к Гиппократу, и это оправдывает себя уже на протяжении нескольких веков.

Свыше двух тысячелетий, прошедших от рождения этой клятвы, потребовали её модернизации в сравнительно недавние годы.

"Обещание врача России", которое даёт при получении врачебного диплома каждый выпускник медицинского вуза, было введено в 1992 г. совместным приказом министерства здравоохранения и министерства науки, высшей школы и технической политики. "Обещание" почти полностью повторяет "Клятву Гиппократата", разве что за исключением камнесечения, да упоминания Аполлона и других богов и богинь. Однако в ноябре 1994 г. 4-я Конференция Ассоциации врачей России (Москва) утвердила новый текст — "Клятву Российского врача", в которой везде взамен *"обещаю"* из "Обещания" восстановлено *"клянусь"* из "Клятвы", подчеркнуто обязательство бескорыстно оказывать неотложную помощь (см. Приложение 2). В 1999 году неурегулированная проблема по клятве врача нашла свое законодательное отражение в Законе "О внесении изменения в статью 60 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", где устанавливаются соответствующие правовые и общепринятые врачебным сообществом этические нормы. В Законе приводится текст клятвы врача.

В предпоследнем абзаце "Клятвы" российский врач обязуется руководствоваться "Этическим кодексом Российского врача",

многочисленными другими этическими требованиями, но благо- разумно исключает из них допустимость пассивной эвтаназии. "Этический кодекс Российского врача", принятый той же 4-й Конференцией Ассоциации врачей России в 1994 г., представ- лен в 5 разделах и 22 статьях, изложенных на 9 страницах. По- мянув первыми тремя словами клятву Гиппократу, "Кодекс" регламентирует жизнь и деятельность Российского врача следу- ющими разделами:

1. Врач и общество (общие положения) — 7 статей;
2. Врач и права пациента — 8 статей;
3. Отношения с коллегами и другим медицинским персона- лом — 2 статьи;
4. Врачи и прогресс медицины;
5. Пределы действия этического кодекса, порядок его пере- смотра и ответственность за его нарушения — 3 статьи.

В последнем разделе "Кодекса врача" есть статья 21, которая устанавливает соотношение этической и юридической ответст- венности врача:

### **Статья 21.**

*Ответственность за нарушение профессиональной этики оп- ределяется уставами территориальных и профильных ассоциа- ций врачей. Первый судья врача — собственная совесть. Второй — медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответст- вии со своим уставом и иными документами.*

*Если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положения действующего законодательства Российской Федера- ции, врач несет ответственность по закону.*

Данная статья обладает, на наш взгляд, очень низким регу- лятивным эффектом, поскольку "совесть" — понятие достаточно абстрактное для предписывающего документа, а ссылка на ком- петенцию врачебных ассоциаций на местах тавтологична — они состоят из тех же самых врачей, к чьей совести обращена статья. Кроме того, здесь нет, практически, содержательной части, соб- ственно предписаний. Граница между этическим и юридическим не фиксирована, хотя и отмечается, что она существует. На практике руководствоваться такой статьей нельзя, поскольку здесь возможны любые интерпретации. Более того, под прикры- тием этого документа можно творить зло, а не добро. Например, практиковать пассивную эвтаназию, оправдывая ее "велением совести".

Здесь есть и еще одна принципиальная неточность: нарушение этических кодексов, клятв, обещаний, постановлений этических комитетов (рассматриваемых в следующем разделе), — всё это влечёт за собой ответственность перед *собственной* совестью или перед совестью *членов профессиональной ассоциации*, в которой врач может состоять, а может и не состоять!

И деонтология, и уголовный кодекс как бы изначально подразумевают, что нарушителей человеческих правил ждет наказание — поэтому *не нарушайте!* А этика учит, каким надо быть, *чтобы делать добрые дела*, а не нарушать правила. Этика (точнее — мораль) — это кодекс, который сидит внутри каждого, но не как инородное тело (которым может стать и деонтология, и уголовный кодекс), а как составная морфологическая часть организма, без которой он хоть и не погибнет, но просто станет другим. Поэтому постоянное привлечение внимания врача к этическим аспектам его деятельности с помощью этических кодексов и клятв — это важный элемент воспитания и образования врача, который станет много более действенным, если будет подкрепляться ещё и должным гуманитарным самообразованием.

Организаторы медицины хорошо это понимают и чутко реагируют на происходящие в мире изменения. Например, возникают новые этические и юридические проблемы в связи с всё возрастающим использованием в медицине компьютерной техники (проблема безопасности и конфиденциальности информации, хранящейся в памяти компьютера) — 27-я (Мюнхен, 1973) и 35-я (Венеция, 1983) Всемирные Медицинские Ассамблеи откликнулись на это "Заявлением о порядке использования компьютерной техники в медицине".

Развитие телемедицины поставило совершенно новые этические проблемы обмена опытом, информацией, обследования и лечения больных — от терапии импотенции до сложных хирургических операций, на что 44-я Всемирная Медицинская Ассамблея (Марбэлла, Испания, 1992) выпустила "Заявление о телемедицине и медицинской этике".

В Приложении 3 мы приводим два основополагающих документа по медицинской этике: "Женевскую декларацию Всемирной медицинской ассоциации", принятую 2-й Генеральной ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Женева, 1948), которая — в силу самой сути медицинской этики — постоянно дополняется и исправляется, и "Международный кодекс медицинской этики", принятый 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Лондон, 1949), дополнен-



ный в 1968 г. (Сидней) и 1983 г. (Венеция). Важность таких этических документов не вызывает сомнений, они требуют ответственности перед собственной совестью врача, а не перед законом, но при этом понятие совести в них конкретизируется, поскольку указаны типичные ситуации и пути выхода из них.

Отметим лишь одно исключение. "Основы законодательства по охране здоровья граждан Российской Федерации" своей статьей 60 "Клятва врача" заявляют, что нарушение этой клятвы карается законом. Мы не знаем, о какой клятве идёт речь — "Обещании врача", утвержденном в 1992 г., или "Клятве Российского врача", принятой в 1994 г., когда "Основы законодательства" ещё не работали, или даже о Клятве Гиппократа, но, насколько нам известно, ни в ГК РФ (1996), ни в УК РФ (1997) нет никаких упоминаний о врачах-клятвопреступниках.

Российский врач при получении диплома подписывает текст "Клятвы", тем самым как бы подтверждая свою не только этическую, но и юридическую ответственность. В этом отношении показательны статьи, напечатанные на удостоверении каждого члена Американской медицинской ассоциации, которые, по сути аналогичны статьям нашей Клятвы, но которым предшествует разумная преамбула (см. Приложение 4).

В целом можно сказать, что предписания, зафиксированные в кодексах, клятвах, обещаниях и памятках носят достаточно абстрактный характер для того, чтобы быть интерпретированными в различных смыслах. Но они и не могут быть более конкретными, поскольку потеряют свой общезначимый смысл, либо приобретут правовой характер. Естественно, права и обязанности врача конкретизируются в правовых актах различных государств. В России по этому поводу существует статья 30 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" (см. Приложение 5).

Рассуждения по этим правам больных мы систематизируем следующим образом:

- право больных на информацию о здоровье;
- выбор лечебного учреждения и врача;
- участие больного в выборе характера и методов лечения;
- законные представители больного и их права;
- самоопределение больных в стоматологии;
- защита прав больных.

Эта сводка прав больных соответствует *"Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе"*, принятой Европейским совещанием по правам пациента, которое состоя-

лось в марте 1994 г. в Амстердаме в рамках Европейского регионального бюро ВОЗ. Из этой декларации мы приведём выдержку, характеризующую отношение ВОЗ к правам больных с учётом особенностей разных стран и необходимости действий различных правительств.

*Ситуации в разных странах неодинаковы в силу различий действующих в них законодательств, организации национальных служб здравоохранения, экономических условий, социальных, культурных и нравственных ценностей; однако, существуют некоторые общие принципы политики в области защиты прав пациента, которые могут быть должным образом адаптированы к условиям каждой отдельно взятой страны. Мы призываем все заинтересованные стороны инициировать и пересматривать множественные стратегии осуществления этой политики, которые вероятнее всего будут включать следующие компоненты:*

*принятие законодательных или подзаконных актов, определяющих права и обязанности пациентов, представителей медицинской профессии и учреждений здравоохранения;*

*принятие периодически пересматриваемых медицинских и других профессиональных кодексов, хартий прав пациентов и иных аналогичных документов, созданных на основе согласия и взаимопонимания между представителями граждан, пациентов, медицинских работников и политиков;*

*развитие сотрудничества среди и между пациентами, производителями и поставщиками медицинских услуг, учитывающего различие взглядов здоровых граждан и потребителей медицинских услуг;*

*оказание поддержки со стороны правительства созданию и успешной работе неправительственных общественных организаций, чья деятельность связана с отстаиванием прав пациентов;*

*организацию в национальном масштабе дискуссий и конференций с участием всех заинтересованных сторон, что способствовало бы возникновению и развитию взаимопонимания;*

*привлечение средств массовой информации с целью информирования населения, побуждения сторон к конструктивному диалогу, поддержки осведомленности населения в области прав и обязанностей пациентов и потребителей медицинских услуг, а также органов, их представляющих;*

*улучшение подготовки в области приобретения навыков общения и защиты прав, как для работников здравоохранения, так и для пациентов и других потребительских групп с целью правильного понимания задач и роли всех участников взаимодействия;*

*обеспечение проведения исследований с целью оценки и документирования эффективности законодательных мер и других методов и инициатив, предпринятых в различных странах в области обеспечения прав пациента.*

Кроме того, права больных и права человека представлены в книге, изданной Советом Европы и переведённой на русский язык в 1992 г. [43].

*Право больных на информацию о здоровье.* Реализация этого права начинается со ст. 19 "Основ законодательства РФ по охране здоровья граждан", которая относится не только к больным, но и ко всем гражданам и касается информации о факторах — региональных и общих, влияющих на здоровье в положительном и отрицательном смысле. Что же касается права больных на получение информации о состоянии их здоровья, то оно довольно четко изложено в ст. 31 (см. Приложение 5).

Для российского врача эта статья несёт много новшеств, и в соответствии с этой статьей в сознании многих наших врачей должна произойти некоторая ломка. Теперь нет понятия о "спасительной" лжи, характеризующейся тезисом *что полезно для больного, то — правда, даже если она — ложь*. Однако врач должен помнить и то, что есть больные, которые *не хотят знать правды*, и что даже самую горькую правду можно и нужно делать не убийственной. Есть только один способ написать да и нет, но десятки способов произнести эти простые слова, когда интонация и мимика могут даже поменять их смысл. Таким образом, проблема сообщения всем больным истинной информации об их здоровье юридически оправдана, но далеко не всегда укладывается в этические каноны. И соматически, и психологически люди сделаны не по ГОСТу, и та информация, которая может быть полезна или хотя бы не слишком вредна для одного больного, для другого может оказаться просто опасной для его жизни.

Особое внимание надо уделить современному способу хранения информации о больных, составляющей врачебную тайну, в компьютерных системах. Следует продумать вариант, при котором доступ к такой информации будет ограничен конкретным кругом лиц. Лица, которым при определённых условиях разрешено сообщать сведения, составляющие врачебную тайну, перечислены в ст. 61.

*Выбор лечебного учреждения и врача.* До тех пор, пока правовая культура граждан находилась в первобытном состоянии, патернализм в медицине был распространённым, вполне безо-



пасным и может быть, даже единственно возможным принципом. Сегодня такой принцип *крайне опасен для медицинских работников*, потому что активное участие больных в собственном лечении регламентировано и поощряется многими статьями Гражданского и Уголовного кодексов РФ. Выбор и реализация этих прав начинается с того, что согласно ст.30 п.2, больной имеет право *"выбора лечебного профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования"*. Таким образом, "крепостная зависимость" от участкового, районного и ведомственного принципа этой статьей поколеблена, хотя у чиновников от медицины есть немало "полузаконных" способов обойти это право больных. В соответствии со ст. 58 больной имеет право выбирать себе врача — право, само собой разумеющееся в большинстве цивилизованных стран, но весьма непривычное и пока почти нигде не реализуемое в нашей стране (см. Приложение 5).

Отметим, что закон, давая свободу выбора больному, не ущемляет права и достоинство врача, который также может отказаться от ведения какого-нибудь конкретного больного. С другой стороны, такое право больного стимулирует врача к самосовершенствованию и самообразованию, потому что больные, конечно же, будут выбирать лучших, а не худших врачей. В обозримом будущем заработная плата будет зависеть от того, сколько больных захочет у них лечиться. Следует обратить внимание, что по ст. 58 (см. Приложение 5) лечащим врачом не может быть специалист, проходящий последипломное образование в данном лечебном учреждении (интерн, клинический ординатор и др.). Мы понимаем это ограничение не как запрет на ведение больных такими врачами, а как ответственность, которую несёт за больного *штатный* врач лечебного учреждения, под руководством которого стажирруется обучающийся врач.

*Участие больного в выборе характера и методов лечения.* До последних лет наиболее распространённым принципом общения врача и больного в нашей медицине было информирование больного о плане и методах диагностики и лечения, выбранных для него врачом, и ответы на вопросы больного, если они возникали. У больного не спрашивали, что он хотел бы получить, ему предлагали готовый план и методы. При неприятии больным плана могли, конечно, вноситься коррективы, но они свидетельствовали, скорее, о культуре врача и лечебного учреждения, чем о принципе, который, как правило, был строго патерналистским.

Сегодня больной *должен* участвовать в выборе стратегии, объёма, конкретных методов диагностики и лечения, контроле их проведения, и эти права больного обеспечиваются несколькими статьями закона. Полагаем, что активное участие больных в выборе, проведении и контроле своего лечения является прогрессивным принципом, и оно должно поощряться или — по крайней мере — для его реализации должны создаваться необходимые условия. Но есть больные, которые в силу разных причин — склада ума и характера, пиетета к врачу и др. — не хотят участвовать в реализации этого принципа, и таких больных немало не только в нашей стране. Тех пациентов, которые не хотят участвовать в решении медицинских задач (а их, по данным некоторых исследований, около половины) целесообразно оставить в покое и использовать с ними (если позволяют условия) патерналистскую модель, отметив в истории болезни причину её выбора.

Для тех же, кто хочет реализовать свои законные права (и даже тех, кто не хочет), надо создать условия, которые позволят реализовать эти права с максимальной пользой и минимальным вредом для больного. К сожалению, вред от этого тоже бывает, например, в виде неблагоприятной реакции больных на получаемую ими правдивую информацию.

Учитывая, что больной не имеет медицинских знаний, необходимых для оптимального решения сложных вопросов стратегии и тактики его лечения, врач обязан выступать в качестве заинтересованного консультанта больного. Поэтому участие больного в решении вопроса о принципах и методах его лечения начинается с получения так называемого *осознанного (информированного) согласия* больного на медицинские действия или его осознанного отказа от лечения.

*Информирование больных для принятия ими решения.* Термин *информированное согласие* на медицинские действия впервые появился в 1957 г. во время судебного процесса больного Мартина Сальго против Стэнфордского университета, в котором лечился этот больной. При выполнении транслюмбальной аортографии у больного возникло осложнение, и он остался парализованным инвалидом. Больной не был заранее информирован о возможности такого осложнения, иначе он не согласился бы на это исследование, зная о такой его опасности. Больной выиграл этот процесс, и с тех пор, как сам термин, так и необходимость получения информированного согласия перед опасны-

ми медицинскими действиями, — вошли в повседневную практику большинства стран.

Подчеркнём, что информация, получаемая больным и необходимая для того, чтобы он мог принимать сознательное участие в решении вопросов своего лечения, должна удовлетворять требованиям, отмеченным в уже упоминавшейся ст. 31.

*Согласие больного на медицинские действия.* Согласие больного на предлагаемые методы диагностики и лечения осуществляется по правилам, изложенным в ст. 32 (см. Приложение 5).

Проблема осознанного согласия обсуждается в медицине свыше 40 лет, и по ней имеется много литературы, однако до сих пор нет единого мнения, какие медицинские действия требуют оформления осознанного согласия и при каких без него можно обойтись, в каких случаях требовать подпись больного, в каких нет. Тем не менее, если закон есть (а в России ст. 32 ОЗОЗ действует), различные методы диагностики и лечения, *имеющие реальный риск осложнений*, требуют оформления осознанного согласия больного.

*Отказ от лечения.* Если компетентный больной не соглашается на предлагаемый ему план и методы лечения, то ему надо разъяснять опасность его решения, но ни в коем случае не вымогать согласие угрозами и тем более — не действовать вопреки требованиям больного. Его право на отказ от любого вида лечения оговорено ст. 33 ОЗОЗ (см. Приложение 5).

*Законные представители больного и их права.* Законные представители больного — родственники, друзья и иные, заранее назначенные больным люди. Надо думать, что по мере роста юридической грамотности населения интересы больного всё чаще будет представлять адвокат. И он, и другие законные представители больного должны при принятии медицинского решения излагать *не их собственные представления о благе больного, а те взгляды*, которые больной им высказывал ранее. Лишь при отсутствии у законных представителей такой информации они могут излагать собственные взгляды на то, чего бы в подобной ситуации хотел сам больной.

Надо помнить, что если требования законных представителей резко расходятся с представлениями медицинских работников, занимающихся больным, окончательное решение должен выносить суд. В экстремальных ситуациях можно выразить мнение консилиума или действовать по врачебной совести, но при этом быть морально готовым к судебному процессу.



Законные представители больного считаются юридически правомочными принимать за больного решение, если воля больного была оформлена нотариально. В повседневной клинической практике такое оформление в нашей стране является редким исключением, хотя в цивилизованных странах подобная практика общепринята.

Но следует ещё раз подчеркнуть, что неполучение согласия и причины этого должны быть отражены в медицинской документации со своевременным уведомлением должностных лиц. Однако, в наших законах не указано, как следует оформлять согласие или несогласие больного и его представителей на любое медицинское действие.

Исключения, когда лечение больных может осуществляться без их согласия и несмотря на их отказ, представлены в ст. 34 и относятся к больным, страдающим опасными для окружающих заболеваниями, в том числе тяжёлыми психическими расстройствами.

*Медицинское волеизъявление больного.* Особые этические и юридические трудности могут возникать при согласии, несогласии или требовании больных прекратить терапию, поддерживающую жизнь, или применить методы, ускоряющие наступление смерти. Поскольку в стоматологии данная ситуация представляется крайне маловероятной, мы не будем ее здесь обсуждать.

*Защита прав больного.* В соответствии со ст.30 ОЗОЗ, п.13, больной или его законные представители могут обращаться в следующие инстанции, если нарушены права больного:

— к руководителю или другому должностному лицу в лечебном учреждении, где больному оказывается помощь; при неудовлетворении на месте, он может обращаться в органы здравоохранения, которым данное лечебное учреждение подчинено (хотя это и не оговорено в "Основах законодательства РФ по охране здоровья граждан", но такое право больных обосновано другими законами страны);

- в профессиональную медицинскую ассоциацию;
- в лицензионные комиссии, которые лицензируют лечебные учреждения или аттестуют и сертифицируют врачей;
- в суд.

Как видим, здесь не указаны этические комитеты, о которых пойдет речь ниже. В соответствии с той же ст. 30 Основ Законодательства об Охране Здоровья, п.12, к больному должен быть допущен адвокат или другой законный представитель

для защиты его прав и интересов. В соответствии со ст. 68 Основ Законодательства об Охране Здоровья, а также ст. 1084-1093 Гражданского кодекса РФ, больному возмещается моральный и материальный ущерб, причиненный ему при нарушении его прав потребителя или относящийся к причинению вреда здоровью.

Как видим, основные принципы биоэтики имеют весьма ясное подтверждение в законе, но каждой из статей закона может соответствовать большое число случаев, которые могут быть истолкованы по-разному. Фактически, сколько пациентов, столько и вариантов применения закона. Чтобы он действовал, необходима этическая поддержка, способная учесть то, что не написано в нем самом. В связи с этим различные медицинские ассоциации разрабатывают свои уставы, в которых содержится этическая компонента. В качестве примера можно привести Устав Ассоциации Стоматологов.

Все указанные документы не являются в полном смысле слова *биоэтическими*. Они несут на себе отпечаток деонтологических представлений докомпьютерной и догеномной медицины. Смысл биоэтической регуляции в том, что она относится не к деятельности врача, а к **отношениям** пациента и медицинских работников. В ней учитываются поливариантные системы ценностей, более того, она содержит, пока в зачаточном варианте, регламентацию поведения пациента, что принципиально не допускалось кодексами врачебной морали прошлого. Принцип личной ответственности за свое здоровье фигурирует в биоэтике наравне с другими известными принципами. Здесь надо отметить, что в ноябре 1996 года Парламентская Ассамблея Совета Европы приняла Конвенцию "О правах человека и биомедицине", которая наиболее полно учитывает современное состояние биоэтического регулирования медицинской деятельности, но к которой Россия до сих пор не присоединилась.

Биоэтический подход делает затруднительным формулировку этических предписаний в общей — "кодексовой" — форме (исключение составляет, пожалуй, лишь Памятка, указанная в приложении 4). Требуется иной механизм структурирования нормативно-оценочной составляющей медицинской деятельности. Он был найден и апробирован недавно — в начале 90-х годов, но уже получил полное признание и широкое распространение. Речь идет об этических комитетах и этическом консультировании.

# ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ И ЭТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

В обычной врачебной практике решения принимают две стороны — врач и пациент. В этом диалоге, как говорится, третий лишний, если, конечно, его не пригласят.

Однако, возрастающая сложность медицинских манипуляций, изменение структуры заболеваемости, разработка новых методик и лекарственных средств часто заставляют обращаться за помощью к третьей стороне — в случае противоречий или конфликтов. Этой третьей стороной являются этические комитеты или (и) этические консультации.

Этические комитеты лечебных учреждений учреждаются как консультативные группы и привлекаются в тех случаях, когда возникают моральные проблемы. Их прерогатива — обсуждение сложных этических проблем, возникших в клинической практике и формулировка рекомендаций о том, как эти проблемы следует решать. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в том, чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты формируются из независимых лиц, компетентных в вопросах биоэтики, которые могут оценить медицинскую сторону дела и дать советы не только практикующим врачам, но и пациентам. Сейчас все службы, имеющие отношение к медицине, стали проявлять повышенный интерес к комитетам по этике и этическим консультациям, в деятельности которых они видят способ гармоничного развития отношений медицинских работников и пациентов.

Первый медицинский этический комитет был создан в 1979 г. в Массачусетской больнице, г. Бостон, США, одной из клинических баз Гарвардского университета. Там многое делалось впервые, например, первый публичный эфирный наркоз (1846) или первый медицинский стандарт (1985).

Каковы же функции этических комитетов? Поскольку в нашей стране они только недавно стали появляться и опыта для обобщения пока нет, сошлемся на мнение *Президентской комиссии по этическим проблемам в медицине и биологии США*, которая отметила три основных функции ЭК: образование в области биоэтики, разработка этических нормативов врачебной деятельности и консультация в конкретных случаях. В этой связи в



США имеется Федеральная Программа образовательной деятельности в сфере биоэтики. За последние годы, практически, во всех медицинских учреждениях созданы и успешно работают комитеты по этике. Их членам разрешено открытое консультирование, причем, не только в стенах больницы. Во многих лечебных учреждениях и страховых фирмах существует должность консультанта по этическим вопросам. Некоторые комитеты по этике разрабатывают регламентацию деятельности медработников по отдельным блокам, например, ведение пациента с устойчивым вегетативным состоянием, ведение пациента, инфицированного ВИЧ и т.п. Одной из последних разработок является техника разрешения конфликта по неформальному согласованию или посредничеству как альтернатива судебному иску, когда возникают конфликты между врачом и пациентом или его родственниками. Этические комитеты, консультанты по этике, менеджеры риска и юристы могут сотрудничать, чтобы отыскать неформальное решение конфликтов ценностей. Например, врач и родители могут не соглашаться друг с другом по поводу ортодонтического лечения ребенка, но при помощи третьего лица компромисс может быть найден. И только если после этого взаимопонимание не достигнуто, родители имеют право перевести ребенка в другое лечебное учреждение. Единая общая цель этических программ — управление конфликтами и поиск способов их разрешения без обращения в суд. И только те конфликты, которые не нашли неформального решения, разрешаются в суде.

Эффективность работы комитета по этике определяется следующим:

1. Поддержка от администрации больницы и медицинского персонала. Она должна включать наличие достаточных ресурсов для функционирования комитета и консультантов. Комитет должен иметь строго определенное место в структуре учреждения и его работа должна фиксироваться в специальных и общих отчетах.

2. Члены комитета и консультанты должны быть авторитетными людьми, они должны собираться регулярно, вести протоколы заседаний, которые являются конфиденциальными.

3. Комитет должен информировать о своей работе, как персонал, так и пациентов. Специальные конференции и обсуждение сложных случаев с привлечением экспертов должны специально субсидироваться.

4. Члены комитета и эксперты должны осуществлять образовательную деятельность в области биоэтики.

Клинические решения имеют не просто медицинский, но также культурный, экономический, юридический и образовательный смысл. Все эти контексты генерируют определенные права и обязанности. Клиницисты должны нести этическую и юридическую ответственность, чтобы гарантировать благосостояние и достоинство их пациентов; и в то же самое время, у них есть другие обязанности, которые могут, иногда, противоречить профессиональным. Они должны быть осведомлены о пожеланиях и претензиях других лиц и учреждений и учитывать их в своей практике. Функцию коммуникации здесь также могут выполнять этические комитеты и консультанты.

В США, где родились первые Этические комитеты, они замыкаются на специальную *Президентскую комиссию по этическим проблемам в медицине и биологии*, возникшую ещё в 1942 г. В нашей стране Национальный этический комитет (Приложение 7) появился лишь в 1996 г. Сейчас уже есть Комитет по этике при Президиуме РАМН, но чем ниже мы опускаемся по иерархической лестнице отечественной медицины, тем реже слышим об этических комитетах и биоэтике вообще. Имеющийся опыт позволяет представить отечественный этический комитет или комиссию, как часто говорят, как *общественный орган, рассматривающий проблемы медицинской этики и морали главным образом в тех ситуациях, которые не описаны или нечетко описаны в законе. Ни прямое нарушение закона, ни общечеловеческие аморальные поступки не являются предметом для обсуждения их этическим комитетом. Этический комитет является рекомендательным и консультативным органом.*

Повторяем, именно такое представление сложилось об этических комитетах и их статусе в отечественной медицине: Законодательной базой для их создания является ст. 16 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (1994 г.). Приводим здесь эту статью.

### **Статья 16.**

**Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан.** *При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области, для участия в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с их нарушением, в подготовке рекомендаций по при-*

оритетным направлениям практической и научно-исследовательской деятельности, для решения иных вопросов в области охраны здоровья граждан.

В состав комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан входят лица, представляющие интересы общественности, включая специалистов по медицинской этике, юристов, деятелей науки и искусства, представителей духовенства, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов и других общественных объединений.

В 1983 г. в США этические комитеты были только у 1% больниц, но к настоящему времени этические комитеты имеются в 70% больниц, насчитывающих более 200 коек. Существуют и специальные Этические центры для больниц региона, и этот вариант для наших условий представляется нам оптимальным.

Всё большее распространение получает работа так называемых *этических консультантов*. Как правило, это члены этического комитета, выезжающие в лечебное учреждение, где возникла этическая проблема, и решающие её на месте или представляющие материал на заседание комитета. За рубежом такая форма работы действует уже давно.

Основания классификации этических комитетов можно представить следующим образом<sup>7</sup>:

- статус комитета (степень формализации — общественный или при администрации);
- масштаб деятельности (локальный исследовательский, первичный — больничный, региональный, национальный);
- ведомственный или межведомственный.

Очевидно, что работа любого Этического комитета принесет здравоохранению и медицинскому образованию реальную пользу при соблюдении нескольких немаловажных условий.

1. В Комитете должны работать не просто организаторы здравоохранения и специалисты высокого класса, но люди, имеющие достаточно *широкое гуманитарное образование*. Гуманитарный склад ума, характера и поведения при решении этических проблем не менее важны, чем высокий авторитет специалиста. Желательно, чтобы в Этический комитет входили и сестры — не обязательно главные или старшие, но авторитетные по своим профессиональным и человеческим качествам.

<sup>7</sup> См. Б.Г. Юдин. Этические комитеты в современной медицине// Актуальные проблемы биоэтики в России. М., 2000. С.12—15.



2. Требуется большая подготовительная работа в здравоохранении и медицинском образовании, чтобы члены Этического комитета, заинтересованные врачи и преподаватели имели бы единую или хотя бы взаимно понятную терминологию.

3. Непонимание задач Этического комитета приводит к тому, что очень часто и администраторы, и врачи, и больные обращаются только для того, чтобы наказать медицинского хама, невежду, нарушителя уголовного законодательства. Этический комитет — это не партком и не народный суд. Круг его задач конкретен и изложен выше.

При соблюдении подобных условий и при понимании задач Этического комитета, как его членами, так и врачами региона, Этический комитет может стать действительно рабочим органом при здравоохранении и медицинском образовании, а не собранием чиновников, причитающих над страждущим больным или глубокомысленно решающих, что такое хорошо и что такое плохо, когда это и без того ясно каждому.

К концу 2000 года в России было, наконец, разработано Примерное Положение о региональном этическом комитете (см. Приложение 7). Нам представляется, что оно достаточно полно учитывает потребности моральной регуляции медицинской деятельности. Своеобразием российской биоэтики является то, что она, в своем структурировании, сохраняет традиционную государственную централизацию, без которой, как оказалось, страна никак не может обходиться. Поэтому предложено начинать создание системы этических комитетов "сверху" — от Национального ЭК к региональным, а от них — уже к больничным и поликлиническим комитетам. Естественно, на низшем уровне этой "биоэтической лестницы" должны конкретизироваться те профессиональные моменты, которые не представлены или представлены в "снятом" виде в положении о региональном этическом комитете. Рассмотрим эту специфику в применении к этическим комитетам стоматологических учреждений.

Очевидно, что для биоэтического комитета стоматологического учреждения сохраняются все те параметры, которые существенны для комитета регионального, кроме того, что этот региональный комитет является высшей инстанцией для комитета первичного (данное обозначение наиболее удобно). Кроме указанных параметров в регламентацию деятельности стоматологического комитета по этике вводятся дополнительные, связанные со спецификой стоматологической практики. Эта специфика, в этическом отношении, выражается в следующем:

— незначительная, по сравнению с другими медицинскими отраслями, доля стационарных больных;

— высокая этическая значимость эстетических характеристик лечения;

— наличие профессиональной группы зубных техников как активных участников лечения, которые, в то же время, не вступают в личный контакт с пациентом;

— большое количество частных стоматологических кабинетов, как правило, небольших и достаточно автономных;

— высокая дифференцированность платных услуг;

— в социальной группе стоматологических пациентов представлены все, без исключения, половозрастные, расово-этнические, профессиональные группы, а также пациенты со всеми возможными видами доходов или их отсутствием;

— более ярко выраженная персонификация врачебной помощи.

Этот перечень можно было бы продолжить, но другие особенности стоматологической практики так или иначе оказываются включенными в вышеперечисленные.

Ясно, что этические комитеты можно создавать только при достаточно крупных стоматологических поликлиниках или клиниках. Но как быть тогда с деятельностью частных кабинетов? Ведь основное этическое правило — защита прав пациента и совершенно неважно, где этот пациент предпочитает получать стоматологическую помощь. Очевидно, что практика в таких кабинетах должна находиться под контролем регионального этического комитета или этического комитета соответствующей Ассоциации. Надо полагать, что в отношении частных стоматологических кабинетов действия этических комитетов могут быть успешнее, чем в отношении больших стоматологических учреждений. Это связано с тем, что обнародование результатов рассмотрения той или иной проблемной ситуации повлечет падение престижа конкретного врача, тогда как в сфере страховой стоматологии, независимо от негативной или позитивной информации от этического комитета, больному просто иногда некуда деться, кроме как обратиться в поликлинику по месту жительства или работы. В то же время, решения этического комитета могут иметь непосредственное влияние на работу сертификационных комиссий, на процесс присвоения медицинских категорий, на возможности карьеры врача в учреждениях страховой медицины.

Возможно, этические комитеты стоматологических учреждений окажутся более загруженными работой, чем в других отраслях медицины, поскольку психологическое состояние пациента,

страдающего от зубной боли, assisteрует жалобы. Кроме того, персонифицированные представления об эстетическом идеале могут породить неудовлетворенность больного и заставить его обратиться в этический комитет.

Пациенты стоматологической поликлиники — это перманентно воспроизводящаяся группа, причем, тот, кто однажды стал ее членом, чаще всего, остается в ней на всю жизнь. Это создает специфический микроклимат в данной группе, который во многом зависит от взаимоотношений между самими медицинскими работниками. Так, связка "врач — техник" в ортопедии и ортодонтии или "врач — сестра" в частном кабинете может характеризоваться различной степенью моральной комплиментарности, что оказывает влияние на весь процесс ведения пациента. При этом претензии, высказанные пациентом врачу, могут относиться к другому медицинскому работнику, о чем пациент даже не подозревает.

Серьезной проблемой для этических комитетов стоматологических учреждений может стать вопрос об адекватности платы за лечение, если больной недоволен тем, как оно проведено, или не может позволить себе дорогостоящее лечение. Нравственная коллизия может возникнуть и в случае, если врач, обслуживая интересы определенной фармацевтической компании, рекомендует больному средства профилактики или лечения, которые тому не по карману.

В принципе, все случаи из стоматологической практики, описанные в этой книге, могут стать предметом рассмотрения в этическом комитете. Но особую группу, на наш взгляд, представляют проблемы модификации средств и методов лечения. Каждый стоматолог, если он достаточно хороший профессионал, всегда относится к своей работе творчески, стараясь, хотя бы в мелочах, усовершенствовать приемы, методы, материалы и вообще все, что задействовано в лечебном процессе. Но здесь встает вопрос, насколько такие мелкие усовершенствования можно считать новаторскими и, следовательно, насколько соблюдены моральные критерии их внедрения в практику. Этический контроль в клинических испытаниях — это известная и очевидная вещь, но как расценивать минимальные изменения (по отношению к стандарту), которые не может не вносить в свою работу каждый врач? Мы полагаем, что именно здесь может обнаружиться самая сложная задача для этического комитета.

В целом можно сказать, что в этические комитеты стоматологических учреждений целесообразно включать:

— специалистов в области биоэтики;



- юристов;
- социальных работников;
- работников страховых фирм;
- представителей творческой интеллигенции;
- специалистов в области стоматологии;
- специалистов в области здравоохранения;
- представителей духовенства (в зависимости от конфессионального состава населения).

Малоэффективным, на наш взгляд, было бы включение в состав этического комитета людей со средним и неполным средним образованием, а также "представителей пациентов", как требуют сейчас многие.

Во-первых, мы уже говорили, что все без исключения люди являются актуальными или потенциальными пациентами стоматологических клиник (по крайней мере, все должны проходить профилактические осмотры у стоматологов). А это позволяет избежать включения в комитет специально заинтересованных представителей пациентов, которые могут внести субъективизм и эмоционально-психологические деформации в процесс принятия решений.

Во-вторых, сложность современных проблем в биоэтике такова, что их решение требует большой эрудиции и компетентности. Комитет по этике — это не суд присяжных, здесь члены данной группы должны владеть методами обоснования решений, а не просто принимать его.

Очевидно, что присутствие юриста необходимо, чтобы избежать обсуждения этических проблем там, где ситуация находится полностью под прерогативой закона. Представитель страховой фирмы может помочь в решении вопросов, касающихся оплаты лечения. Представители творческой интеллигенции в большей степени имеют дело с эстетическими ценностями и могли бы оказаться полезными в обсуждении их морального статуса. Эти пояснения можно продолжить, но возникает резонный вопрос, — а не лучше ли использовать всех этих специалистов в качестве привлекаемых экспертов?

Нам представляется, что как раз экспертами должны быть врачи-стоматологи, поскольку: а) они не могут составлять основу комитета, являясь заинтересованными людьми и б) только они способны сделать профессиональный анализ сложного клинико-этического случая. Таким образом, они принимали бы участие в работе комитета своими профессиональными знаниями, что обеспечивало бы квалифицированность и непредвзятость его решений.

Разумеется, состав комитета определяется руководителем учреждения, где он создается, хотя, на наш взгляд, его решение должно быть санкционировано региональным комитетом или руководителем регионального органа здравоохранения. Разумеется, этот руководитель выбирает из тех людей, которые есть. И вполне может быть, что нужного человека не окажется. Допустим, у нас сейчас достаточно много священнослужителей, которые в светской жизни получили медицинское образование. Их участие в этическом комитете крайне желательно. Но еще больше священников, которые вообще высшего образования не имеют. Было бы нелепо включать кого-то из них в этический комитет только затем, чтоб в нем был представитель духовенства. Другими словами, состав комитета варьируется в зависимости от наличия квалифицированных, независимых и желающих участвовать в его работе людей.

Несколько иначе обстоит дело с другим типом этических комитетов — Локальным Независимым Этическим Комитетом (ЛНЭК), который организуется специально для контроля в области научной медицинской деятельности, а именно — для контроля в области клинических испытаний. Этот специфический тип этического органа создается, преимущественно, в научных центрах и его деятельность не выходит за их границы. Положение о ЛНЭК носит интернациональный характер, поскольку обмен результатами научной деятельности в мире возможен только с учетом этической компоненты исследований (см. Приложение 8). В состав ЛНЭК входят, в отличие от региональных и первичных комитетов, преимущественно, ведущие специалисты в данной отрасли, но в нем обязательно присутствует специалист-гуманитарий и, как правило, представитель духовенства (в Западных странах, а сейчас и в арабском мире). В России, Китае, Японии, Индии и некоторых других странах представителей духовенства в эти комитеты не включают или включают достаточно редко, здесь уже сказывается национальная специфика.

Решения ЛНЭК обладают более строгим статусом, чем решения региональных и первичных комитетов. Здесь мы имеем несимметричное соотношение нормативной и оценочной сторон: решения комитета необходимы, но не достаточны для любого протокола клинических испытаний. Другими словами, комитет не выступает разрешающим органом, но может выступать запрещающим. Здесь уже определенная степень формализации данной структуры присутствует, но она необходима, поскольку речь идет о проверке практической полезности нового знания, от ко-

торой зависит жизнь здоровье не одного конкретного пациента, а целой группы. У нас пока не решен вопрос о регистрации ЛНЭК, а такая регистрация необходима в крупных научных центрах, где конфликт интересов различных учреждений может породить создание некоординированных ЛНЭК.

Деятельность ЛНЭК ограничена существующими законодательными актами:

- ст. 21 Конституции РФ и ст. 16 ОЗОЗ, которые мы уже упоминали;

- Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (1922) ст. II которого определяет порядок и условия получения письменного информированного согласия на лечение (в том числе и стоматологическое) лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя;

- Федеральный закон "О лекарственных средствах" (1998), определяющий статус этических комитетов при экспертизе протокола клинического исследования с участием человека (ст. 39) и права пациентов, участвующих в клинических исследованиях, в частности, право на письменное информированное согласие и добровольное участие. В стоматологии эти нормы распространяются на клинические испытания новых стоматологических материалов и конструкций (т.40).

Существенное значение в плане реализации этических принципов клинических испытаний в России имела также адаптация Международного руководства по Качественной Клинической практике (ICH GCP), придание ему статуса национального руководства, утвержденного МЗ РФ в сентябре 1997 г.

Таким образом, собственно стоматологические проблемы решают два типа этических комитетов — первичный и локальный независимый. Что касается регионального и, тем более национального комитетов, то они не дифференцированы по отраслям медицины и занимаются всеми проблемами, которые не нашли решения на низшем уровне. Это предполагает участие в работе данных типов комитетов стоматологов-профессионалов, которые смогли бы представлять компетентную оценку сугубо стоматологических вопросов.

В заключении хочется отметить, что как развитие биоэтики, так и соответствующее этому развитие сети этических комитетов свидетельствует о степени развития науки, медицины и общества в целом. Можно надеяться, что в этом плане о России в скором времени можно будет говорить как о вполне цивилизованном государстве.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Иммануил Кант, впервые обосновавший научный статус этики, разделял все суждения человеческого разума на суждения о сущем и суждения о должном. Медицинская наука выражает себя в суждениях о сущем, биоэтика — в суждениях о должном. В этой связи можно определить высшую цель медицинской науки как получение истинных знаний о здоровье и болезни, о жизни и смерти. Высшая цель медицинской практики — деятельность в соответствии с этими знаниями по сохранению здоровья и жизни отдельных индивидов. Высшая цель биоэтики — разрешать противоречия интересов индивида и человеческого сообщества, возникающие в ходе прогресса медицинской науки и изменений в медицинской практике.

Биоэтика — наука молодая. Для нас она совсем молодая, потому что биоэтика нужна и может существовать только в плюралистических обществах. Там, где человек может выбирать — врача, лекарство, способ лечения, условия поликлиники или стационара, методы реабилитации и т.п. Биоэтика необходима не только потому, что пациенты стали умнее и информированнее, не только потому, что существуют различные стандарты и формы медицинской помощи, не только потому, что рынок лекарств разросся до размеров эдакого монстра, готового сожрать любого, кто принял решение лечиться. Главным образом биоэтика необходима как социальная мембрана, через которую проникают в медицинскую практику только те достижения медицинской науки, которые могут принести реальную пользу, и задерживается все то, что, скорее всего принесет вред.

Соответственно, принципы и нормы биоэтики ориентированы именно на эти ее функции. Такая формулировка принципов и норм биоэтики показывает изменение социального статуса медицины. Медицина перестала быть корпоративной сферой деятельности, традиционные принципы обособления — специфическая информация, которой владеют только специально обучен-

ные люди — врачи, специфический язык, на котором они говорят, эксклюзивное право принимать решения по вопросам здоровья и т.п., все это отходит в прошлое. Медицина уже не может развиваться вне взаимодействия с самыми разными отраслями деятельности и науки — экономикой, биологией, химией, эстетикой, юриспруденцией, агрокультурой, политикой. Несвойственная медицине открытость порождает определенные неудобства для тех, кто изначально привык к корпоративности и патернализму. И здесь биоэтика также необходима, поскольку намечает разграничение полномочий между медицинскими работниками и другими социальными группами, имеющими отношение к охране общественного здоровья, особенно важна ее роль в разрешении конфликтов между научной и ненаучной медициной.

Стоматологическая теория и практика особенно чувствительны к восприятию норм и принципов биоэтики, поскольку имеют дело со всеми категориями населения и тесно связаны со всеми другими областями медицины. Не будет ошибкой сказать, что качество жизни человека в первую очередь зависит от состояния его зубов и полости рта, от эстетичности или неэстетичности его лица, от дикции и улыбки. Надеемся, что эта книга поможет стоматологам в их прекрасной работе — улучшении качества жизни людей.

### Клятва Гиппократы

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигеей и Панаксеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство.

Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому.

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.



## Клятва Российского врача

(Утверждена 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994).

Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить ее и сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой,

Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья человека и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.

Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мной и моим пациентом.

Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться Этическим кодексом Российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая не признаваемое Ассоциацией врачей России положение о допустимости пассивной эвтаназии.

Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством.

## **Женевская декларация Всемирной Медицинской ассоциации**

Принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, сентябрь 1948, дополнена 22-ой (1968), 35-ой (1983) и 46-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (1994).

Вступая в члены медицинского сообщества: я торжественно обязуюсь посвятить свою жизнь служению идеалам гуманности; я буду отдавать моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают;

я буду исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством;

здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением;

я буду уважать доверенные мне секреты, даже после смерти моего пациента;

я буду поддерживать всеми моими силами честь и благородные традиции медицинского сообщества; мои коллеги станут моими братьями и сестрами; я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической или национальной клановости, партийно-политической идеологии, расовой принадлежности, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом;

я буду проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности;

я принимаю на себя эти обязательства торжественно, свободно и честно.

### ***Международный Кодекс медицинской этики***

Принят 3-ей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, октябрь 1949, дополнен 22-ой (1968) и 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, октябрь 1983.

### ***Общие обязанности врачей***

Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Врач должен не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.

Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации.

Врач должен быть честен в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане.

С нормами медицинской этики несовместимы:

А. Самореклама, если она специально не разрешена законами страны и этическим кодексом национальной медицинской ассоциации.

В. Выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Врач должен уважать права пациентов, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач должен лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательства, способные ухудшить его физическое или психическое состояние.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

### ***Обязанности врача по отношению к больному***

Врач должен постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни.

Врач должен обратиться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей.

Врач должен хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента.

Врач должен всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся, за исключением только тех случаев, когда он удостоверился в желании и возможностях других лиц сделать все необходимое.



### ***Обязанности врачей по отношению друг к другу***

Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач должен соблюдать принципы "Женевской Декларации", одобренной Всемирной Медицинской Ассоциацией.

## Американская Медицинская Ассоциация

### Принципы медицинской этики

#### Преамбула

Медицинская Профессия по своей этической сути требует прежде всего пользы больного. Состоя в этой профессии, врач должен понимать свою ответственность не только перед больными, но и перед обществом, другими работниками здравоохранения и перед самим собой. Следующие принципы, принятые Американской Медицинской Ассоциацией являются не законом, но стандартом, выполнение которого определяет сущность достойного поведения врача.

1. Врач должен оказывать медицинские услуги с сочувствием к больному и с уважением к его человеческому достоинству.

2. Врач должен быть честен с больным и коллегами и стремиться обнажать недостатки характера или компетентности других врачей или их мошенничество и обман.

3. Врач уважает закон, а также сознаёт свою ответственность за то, чтобы изменять те требования закона, которые противоречат высшим интересам больного.

4. Врач уважает права больного, коллег и других работников здравоохранения, но хранит доверительность больного в пределах требования закона.

5. Врач непрерывно изучает, использует и повышает свои научные знания, доводит необходимую информацию до больных, коллег и публики, получает консультации и использует, когда необходимо, таланты других работников здравоохранения.

6. Обеспечивая больному соответствующий уход, врач, за исключением срочных ситуаций, свободен в выборе — кого лечить, с кем сотрудничать и в каком окружении и обстановке ему работать.

7. Врач сознаёт свою ответственность за то, чтобы участвовать в деятельности, направленной на улучшение общества.

## Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование и лечение, содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;



13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

## Статья 31.

### Право граждан на информацию о состоянии здоровья

*Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.*

*Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.*

*Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом\* и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.*

*Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получить консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.*

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

## **Статья 58.**

### **Лечащий врач**

Лечащий врач — это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении; лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача, последний должен содействовать выбору другого врача\*.

Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

## **Статья 32.**

### **Согласие на медицинское вмешательство**

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных

частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

## **Статья 33.**

### **Отказ от медицинского вмешательства**

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьями 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином, либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.



## Положение о Национальном этическом комитете

### 1. Общие положения

Национальный этический комитет РМА является общественной экспертно-аналитической организацией, призванной осуществлять экспертную оценку проблем в области науки и практики по критериям биомедицинской этики.

Национальный этический комитет призван способствовать и всемерно содействовать укреплению доверия, консолидации и партнерских отношений между врачами (и всеми медицинскими работниками) и пациентами, добиваться согласия путём объективного и принципиального обсуждения сложных в морально-правовом отношении ситуаций.

Национальный этический комитет рассматривает все вопросы, связанные с соблюдением общих принципов гуманизма, нравственности и биомедицинской этики.

### 2. Цели и задачи

Целью создания Национального этического комитета является гарантия соблюдения принципов биомедицинской этики в обществе, недопущение нарушения прав человека и общественной безопасности вследствие пренебрежения нормами и принципами медицинской деонтологии в научных исследованиях и врачебной практике. В задачи Национального этического комитета входят:

- оценка государственных, федеральных, региональных и других проектов и программ с позиций биомедицинской этики;
- рассмотрение вопросов этического характера в практической врачебной деятельности;
- экспертиза проектов НИР по критериям биомедицинской этики;
- контроль за соблюдением законодательства и норм гуманности;
- контроль гуманного отношения к экспериментальным животным;
- рассмотрение информационных споров в области медицины и здравоохранения, а также вопросов интеллектуальной собственности;

— анализ и оценка вопросов, связанных с организацией и управлением здравоохранения.

### *3. Функции Национального этического комитета*

1. Разрабатывает этический кодекс врача.

2. Формулирует принципы биомедицинской этики в научных исследованиях, разрабатывает этические правила, регламентирующие порядок проведения медицинских и биологических исследований (в клинике и эксперименте).

3. Осуществляет общественный контроль за соблюдением прав человека по критериям биомедицинской этики.

4. На основе результатов экспертизы программ, проектов и отдельных НИР рекомендует их проведение, либо, в случае нарушения биоэтических принципов, выносит решение об их недопустимости.

5. Участвует в этико-правовом просвещении медицинских работников, пациентов и общественности.

Национальный этический комитет имеет право в случаях нарушения принципов биомедицинской этики:

в практической деятельности: предложить лицензионным комиссиям и комиссиям по сертификации специалистов принять меры по приостановлению действия лицензий и сертификатов (вплоть до отзыва) в отношении юридических и физических лиц, виновных в нарушениях этических принципов;

в научно-исследовательской деятельности: обратиться в официальные инстанции (Минздрав РФ, Госкомсанэпиднадзор РФ, Российскую академию медицинских наук и др.) с рекомендацией о вынесении вердикта, и применении соответствующих санкций;

в информационной сфере: инициировать рассмотрение дел в различных компетентных организациях, вплоть до Судебной палаты по информационным спорам. Организовывать разъяснительные кампании в средствах массовой информации по рассмотренным вопросам.

## Примерное "Положение о Региональном комитете по биомедицинской этике"

### Раздел 1. *Общие положения*

Региональные комитеты по биомедицинской этике создаются в субъектах Российской Федерации с целью этического регулирования отношений, возникающих в связи с защитой достоинства и индивидуальной целостности человека, основных прав и свобод пациента (испытуемого), а также в связи с обеспечением равной доступности медицинской помощи надлежащего качества для всех членов общества, профессиональных стандартов оказания медицинской помощи и проведения биомедицинских исследований, приоритета интересов и блага человека над интересами общества и науки.

Региональный комитет по биомедицинской этике осуществляет свою деятельность в соответствии с положениями и нормами Конституции Российской Федерации, законодательства Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, других законодательных актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, а также в соответствии с принципами Конвенции о биомедицине и правах человека Совета Европы и общепризнанными нормами международного права.

### Раздел 11. *Задачи регионального комитета по биомедицинской этике*

Задачами регионального комитета по биомедицинской этике являются:

- обеспечение и защита прав пациента (испытуемого);
- предупреждение и разрешение этических проблем, возникающих при оказании медицинской помощи, организации и проведении научного исследования;
- этическая экспертиза применения утвержденных и порядка применения новых методов диагностики, лечения и профилактики, лекарственных средств, биологически активных препаратов, медицинской техники;
- этическая экспертиза научно-исследовательских проектов, организации и проведения биомедицинских исследований;



— этическая экспертиза нормативных и методических документов в области охраны здоровья граждан и практики их применения;

— просвещение населения в вопросах этико-правового обеспечения и защиты прав пациента (испытуемого);

— просвещение медицинского и фармацевтического персонала, других специалистов и сотрудников лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений в вопросах профессиональной этики;

— координация работы местных больничных и исследовательских комитетов по биомедицинской этике;

— консультирование специалистов, официальных органов и организаций, общественных объединений по вопросам этического регулирования отношений в области биомедицины;

— разработка предложений для органов законодательной и исполнительной власти по совершенствованию этического регулирования отношений в области охраны здоровья граждан.

### **Раздел III. *Порядок формирования и регламент работы*** регионального комитета по биомедицинской этике

Региональные комитеты по биомедицинской этике создаются в субъектах Российской Федерации решением регионального органа исполнительной власти в области охраны здоровья граждан / распоряжением главы администрации субъекта Российской Федерации.

Региональный комитет по биомедицинской этике является общественной организацией. Состав комитета формируется на добровольной основе и утверждается региональным органом исполнительной власти в области охраны здоровья граждан главой администрации субъекта Российской Федерации.

В состав регионального комитета по биомедицинской этике входят лица, представляющие общественность, специалисты по медицинской этике, юристы, духовенство, представители обществ по защите прав пациентов и обществ по защите прав потребителей, медицинских, фармацевтических и биомедицинских ассоциаций, других общественных организаций. При необходимости комитет может привлекать к работе внешних консультантов.

Комитет должен состоять из нечетного числа человек (минимальный состав комитета — 7 человек). Председатель, заместитель председателя и секретарь регионального комитета по биомедицинской этике избираются собранием комитета. Состав

комитета утверждается на 3 года, продление сроков полномочий членов комитета возможно не более чем на 1 срок.

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан выделяет для работы регионального комитета помещение с соответствующим оборудованием.

Региональный комитет по биомедицинской этике разрабатывает собственный регламент и план работы в соответствии с настоящим "Положением". Заседания Комитета, в зависимости от содержания рассматриваемых вопросов, по решению членов Комитета могут быть открытыми и закрытыми. Заключение комитетов оформляются в письменном виде, при этом отрицательные заключения должны носить мотивированный характер.

При проведении экспертизы научно-исследовательских проектов их обсуждение проходит в открытой форме с участием авторов, при этом обязательно должны рассматривать проект "Формуляра информированного согласия" пациента на участие в клиническом эксперименте (исследовании). По результатам обсуждения проекта Комитет на закрытом заседании выносит письменное решение. Если научное исследование охватывает несколько регионов, его проект направляется в региональный комитет, к которому относится учреждение руководителя проекта.

Специальными правилами регламентируется порядок хранения протоколов заседаний и других документов Комитета.

Не реже одного раза в год региональный комитет по биомедицинской этике должен представлять доклад по результатам работы в Объединенный комитет по биомедицинской этике Министерства здравоохранения и Президиума РАМН, а также периодически (не реже 2 раз в год) информировать о своей деятельности широкую общественность.

#### **Раздел IV. Полномочия регионального комитета по биомедицинской этике**

Заключения регионального комитета по биомедицинской этике носят рекомендательный характер.

В случае выявления или подтверждения нарушений этических норм в медицинской или научно-исследовательской деятельности Комитет обязан уведомить об этом пациента (испытуемого), в отношении которого допущено нарушение норм этики, медицинского работника (исследователя), допустившего нарушение норм этики, а также руководителя учреждения, предпри-

ятия или организации, в которой работает данный медицинский работник (исследователь).

Заключения этической экспертизы, в случае грубого или неоднократного нарушения профессиональных этических норм, направляются для рассмотрения в региональные органы управления здравоохранением, территориальные аттестационные и лицензионные комиссии, медицинские и фармацевтические ассоциации.

Заключения этической экспертизы научно-исследовательских проектов, организации и проведения биомедицинских исследований, в случае грубого и неоднократного нарушения профессиональных этических норм, направляются для рассмотрения в региональные органы управления здравоохранением, территориальные аттестационные и лицензионные комиссии, медицинские и фармацевтические ассоциации, либо в ученый совет научно-исследовательского учреждения.

В необходимых случаях Комитет направляет выносимые заключения в Объединенный комитет по биомедицинской этике Министерства здравоохранения и Президиума РАМН, в другие органы и организации федерального уровня.



## Положение

### о локальном независимом этическом комитете

#### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

Локальный независимый этический комитет (ЛНЭК) создаётся под эгидой (название лечебного учреждения) с целью обеспечения безопасности в отношении здоровья и защиты гражданских прав лиц, принимающих участие в клинических испытаниях.

В своей деятельности ЛНЭК руководствуется следующими материалами — "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", (статья 43), "Приказ министерства здравоохранения РСФСР" №235 от 25.08.92 г., "Хельсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации", Финляндия 1964 г., "Качественная клиническая практика" и "Международная конференция по гармонизации" (1996).

#### ЦЕЛИ ЛОКАЛЬНОГО НЕЗАВИСИМОГО КОМИТЕТА.

- о Гарантировать соблюдение этических стандартов при проведении исследований.
- о Защитить пациентов от возможного ущерба.
- о Защитить гражданские права пациентов.
- о Обеспечить уверенность общественности в том, что всё это будет сделано.

#### ФУНКЦИИ ЛОКАЛЬНОГО НЕЗАВИСИМОГО КОМИТЕТА.

о Получение и рассмотрение в разумные сроки следующих документов:

1. Протокол исследования и поправки к нему,
2. Форму письменного согласия и её последующие редакции,
3. Материалы для привлечения испытуемых к участию в исследовании (например, рекламные объявления) и другие предоставляемые испытуемым письменные материалы,
4. Брошюру для исследователя,
5. Имеющуюся информацию по безопасности исследуемого препарата,
6. Curriculum vitae исследователя на настоящий момент и/или другие материалы, подтверждающие его квалификацию,

7. Информацию о выплатах и компенсациях испытуемым,
8. Любые другие документы, которые могут потребоваться ЛНЭК для исполнения своих обязанностей.

о Формулировка письменного заключения с однозначным указанием одного из следующих возможных решений:

1. Разрешение на проведение исследования,
2. Требование о внесении изменений в предоставленную документацию для получения разрешения на проведение исследований,
3. Отказ в разрешении на проведение исследований,
4. Отмена/приостановление данного ранее разрешения на проведение исследования.

— Оценка квалификации исследователя на основании его *curriculum vitae* на настоящий момент и или другой необходимой документации, полученной по запросу ЛНЭК.

— Рассмотрение в процессе исследования документации с частотой, зависящей от степени риска, которому подвергаются испытуемые, но не реже одного раза в год.

ЛНЭК может потребовать, чтобы испытуемым были предоставлены дополнительные сведения об исследовании, если это необходимо для защиты прав и здоровья испытуемых, а также для гарантии их безопасности. В случае, когда согласие на участие испытуемого в нелечебном исследовании дает его законный представитель, ЛНЭК должен убедиться в том, что в представленном протоколе и/или другой документации полноценно отражены этические аспекты данного исследования и что данная документация отвечает действующим нормативным требованиям к подобным клиническим испытаниям.

В случае, если протокол указывает на невозможность получения согласия на участие в исследовании у испытуемого или его законного представителя до момента включения испытуемого в исследование, ЛНЭК должен убедиться в том, что в представленном протоколе и/или другой документации полноценно отражены этические аспекты данного исследования и что данная документация отвечает действующим нормативным требованиям к подобным клиническим испытаниям.

ЛНЭК рассматривает порядок и суммы выплат испытуемым, чтобы убедиться в отсутствии, как необоснованной заинтересованности, так и принуждения испытуемых. Суммы выплат должны быть пропорциональны длительности участия испытуемого в исследовании и не должны полностью зависеть от того, участвовал ли испытуемый в исследовании в течение всего уста-

новленного протоколом срока. ЛНЭК должен убедиться в том, что информация, касающаяся материального вознаграждения испытуемых, включая методы, суммы и порядок выплат, полностью отражена в форме письменного согласия и/или других предоставляемых испытуемым материалах. Должно быть указано, на каких этапах исследования будут производиться выплаты, и приведены их суммы.



## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Аристотель*. Никомахова этика // Соч. Т. 4. М. 1983.
2. *Бартко А.Н., Михайловска-Карлова Е.П.* Биомедицинская этика. Теория, принципы и проблемы. М., 1999.
3. Введение в биоэтику (под ред. Б.Г. Юдина). М. 1999.
4. *Власов В.В.* Основы биоэтики. Саратов. 1998.
5. Закон Российской Федерации о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. М. 1992.
6. *Зильбер А.П.* Этика и закон в МКС. Петрозаводск, 1998.
7. *Капит И.* Соч. Т.4.
8. Конвенция по Правам Человека и Биомедицина. // Совет Европы. Страсбург. 1997.
9. Международное руководство по этике биомедицинских исследований с вовлечением человека. // Совет Международных организаций по медицинской науке, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Женева. 1993.
10. Международное руководство по этической экспертизе эпидемиологических исследований. Женева. 1991.
11. Международный Кодекс по медицинской этике. // Всемирная медицинская ассоциация (ВМА). Лондон. 1949, 1983.
12. *Моисеев В.С.* Лекарства и качество жизни // Клиническая фармакология и терапия. 1993. №1.
13. *Мохов А.А.* Правовое регулирование медицинской деятельности. Волгоград. 2000.
14. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование: Справочник / Козлова С.И., Семенова Е., Демикова Н.С., Блишников О.Е. — Л.: Медицина, 1987.
15. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. М. 1993.
16. *Панкратьева Н.В., Попов В.Ф., Шилленко Ю.В.* Здоровье — социальная ценность. М. 1989.
17. *Персин Л.С.* Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий: Учебник для вузов. М.: Научно-издательский центр "Инженер", 1996.
18. *Петров В.И., Седова Н.И.* Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001.
19. Рекомендации Комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований. // Женева. — 2000.
20. Руководства и рекомендации для Европейских независимых комитетов по вопросам этики. // Европейский Форум по Качественной Клинической практике. — Брюссель. — 1995, 1997.
21. Руководство по Качественной Клинической Исследовательской Практике. // Совет Северных Стран по Медикаментам. — Упсала. — 1989.
22. Руководство по Качественной Клинической Практике. // Международная Конференция по Согласованию. — Европейское Сообщество, Япония, США. -1997.
23. Руководство по ортодонтии / Под ред. проф. Ф.Я. Хорошилкиной. М.: Медицина, 1982.

24. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. В.Н. Конейкина. — М.: Медицина, 1993.
25. Седова Н.Н. Философия человека. Волгоград. 1997.
26. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. М. 1998.
27. Федеральный Закон о лекарственных средствах. — М. — 1998.
28. Хельсинкская декларация: Рекомендации для врачей в биомедицинских исследованиях с включением человека. // ВМА. Хельсинки. — 1964, дополнения 1975, 1983, 1989, 1996.
29. Юдин Б.Г. Этические комитеты в современной медицине// Актуальные проблемы биоэтики в России. М., 2000. С.12 — 15.
30. 20th World Philosophical Congress// Boston Univ. Press. 1998.
31. 5th World Congress of Bioethics// London — Bristol Univ.Pr. 2000.
32. Biopolitics — the Bioenvironmenta — Volume VII.// Athence, 1998.
33. Biopolitics — the Bioenvironmenta — Volume VIII.// Budapest, 1999.
34. Clinical management of the disabled dental patient. — Denta Press. Miami, Florida 33176. USA.
35. Erickson P. Modeling health-related quality of life: The bridge between psychometric and utility-based measures.//Journal of the National Cancer Institute. Monograph 20, 1996.
36. Forth Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research: Abstracts // Quality of Life Research.- 1997.- №7/8.
37. Guillemin F., Bombardier C., Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines // J Clin Epidemiol. — 1993. — Vol. 46, №12.
38. Inkeles A. Industrialisation, modernisation and quality of life. // International Journal of Comparative Sociology. 1993. N 1.
39. Jonsen R.A., Siegler M., Winslade J.W. Clinical Ethics (4 ed.)// McGraw-Hill Com. USA. 1998.
40. Juncerman Ch., Schiedermayer D. Practical Ethics for students, interns, and residents.// Hugerstown, Maryland. Univ.Publ.Group. 1998
41. Loprinzi C., Laurie A.J., Wieand B. et al. Prospective Evaluation of Prognostic Variables from patient-completed questionnaires. // J.Clin.Oncol., 1994, N 12.
42. Morris A., Perez D., McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice//Quality of Life Research.- 1998.- Vol.7.
43. Potter V.R. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1971.
44. Proffit W.R. et al. Contemporary orthodontic. — Mosby Year Book: St. Louis, Baltimor, Boston, Chicago, London, Philadelphia, Sydney, Toronto, 1993.
45. The Inaguration Congress of International Association of Bioethics. Amsterdam, October 5 — 7, 1992. Art. 3.
46. Wright G.H.von. The varieties of goodness. N.Y. and London. 1963.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Биоэтика в стоматологии .....	5
Ценности биоэтики .....	7
Принцип "не навреди" .....	14
Принцип "делай добро" .....	18
Принцип уважения автономии пациента .....	20
Принцип справедливости .....	22
Когда и почему необходимо обращение к принципам биоэтики .....	24
Ценности стоматологии .....	29
Проблема качества жизни пациента в стоматологической практике: этический аспект .....	42
Смысл понятия "качество жизни" .....	44
Различия в употреблении понятия "качество жизни" .....	46
Объективные критерии оценки качества жизни .....	49
Дифференциация оценок качества жизни .....	50
Нежелательный пациент .....	51
Качество жизни нетрудоспособных от рождения людей .....	52
Дискриминации .....	53
Оценка качества жизни у младенцев и детей .....	55
Как соблюсти интересы маленького пациента .....	56
Этико-технические аспекты стоматологической помощи пациентам с низким уровнем качества жизни .....	58
Этические кодексы и юридические законы .....	68
Этические комитеты и этическое консультирование .....	80
Заключение .....	90
Приложения .....	92
Библиографический список .....	111

# УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В Издательской группе «МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА» (г. Москва)  
и Издательстве НГМА (г. Н. Новгород)

**ИЗДАНЫ И В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ  
ВЫХОДЯТ В СВЕТ КНИГИ ПО СТОМАТОЛОГИИ:**

**Арсенина О.И., Яцина Е.Е., Жерехов Д.В.** Функциональный несъемный телескопический аппарат: общая концепция и технология изготовления конструкции, возможности лечения дистальной окклюзии зубных рядов. Настоящее пособие рассматривает вопросы лечения пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов с помощью функционального несъемного телескопического аппарата. Представлена характеристика конструкции аппарата и механизма его действия, изложены клинико-лабораторные этапы изготовления. Издание предназначено стоматологам-ортодонтам, зубным техникам, студентам стоматологических факультетов. *(Уже в продаже!)*

**Будникова О.Н.** Англо-русский медицинский словарь для стоматолога. Словарь содержит большинство стоматологических терминов и предназначен врачам-стоматологам, переводчикам и преподавателям, а также студентам стоматологических факультетов.

**Вагнер В.Д.** Пособие по стоматологии. В книге раскрываются проблемы организации стоматологической службы в России, ряд глав посвящен методам стерилизации и дезинфекции в стоматологии, заболеваниям слизистой оболочки полости рта, современным стоматологическим материалам. Пособие предназначено студентам стоматологических вузов, а также будет полезным врачам-стоматологам. *(Уже в продаже!)*

**Вагнер В.Д., Митянина Т.В., Савельева С.В.** Санитарно-эпидемиологический режим в стоматологии. В издании излагаются вопросы дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации и меры защиты персонала на стоматологическом приеме. Книга предназначена врачам-стоматологам, эпидемиологам и студентам медицинских вузов.

**Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д.** Пособие по ортодонтии. В пособии рассмотрены основные проблемы ортодонтии. Книга хорошо иллюстрирована и предназначена студентам стоматологических факультетов и врачам-ортодонтам. *(Уже в продаже!)*

**Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д.** Основные причины развития зубочелюстных аномалий и деформаций. В предлагаемой книге освещены вопросы этиологии зубочелюстных аномалий и деформаций. Даются практические рекомендации по профилактике и устранению вышеуказанной патологии. Издание хорошо иллюстрировано и предназначено детским стоматологам, ортодонтам, интернам, клиническим ординаторам и студентам стоматологических факультетов.

**Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д.** Руководство к практическим занятиям по ортодонтии. В книгу вошли материалы, раскрывающие основные разделы ортодонтии. Описаны принципы организации ортодонтической помощи населению, периоды развития зубочелюстного аппарата ребенка; этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение аномалий и деформаций зубочелюстной области, а также ошибки и осложнения, возникающие в процессе терапии. Издание составлено согласно нового учебного плана и предназначено для повышения качества обучения студентов стоматологических факультетов, также оно будет полезным преподавателям, стоматологам-ортодонтам и детским стоматологам.

**Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Сатин М.Р.** Анатомия зубов человека. Учебное пособие посвящено описанию анатомии постоянных и молочных зубов человека. Издание хорошо иллюстрировано и будет полезным студентам стоматологических факультетов высших медицинских учебных заведений и учащимся зуботехнических отделений медицинских колледжей. *(Уже в продаже!)*

**По вопросам приобретения  
и распространения книг обращаться**

**по телефонам:**

**в Москве (095) 189-99-35; в Н. Новгороде (8313) 25-57-11**



# УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**В Издательской группе «МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА» (г. Москва)  
и Издательстве НГМА (г. Н. Новгород)**

**ИЗДАНЫ И В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ  
ВЫХОДЯТ В СВЕТ КНИГИ ПО СТОМАТОЛОГИИ:**

**Долгих В.Т.** Клиническая патофизиология для стоматолога. В книге отражаются патофизиологические аспекты патологии, наиболее часто встречающейся в работе стоматолога. С учетом последних достижений науки излагаются материалы, касающиеся боли, раневой инфекции, аллергических процессов и непереносимости зубных протезов. Ряд глав посвящен типовым нарушениям функции слюнных желез, стоматологическим синдромам при гематологических заболеваниях, остеопорозу и остеомалиции, патологии различных видов обмена веществ. Издание рекомендовано МЗ РФ для студентов стоматологических факультетов, а также будет полезным интернам, ординаторам, аспирантам и практическим врачам-стоматологам. *(Уже в продаже!)*

**Долгих В.Т., Чесноков В.И., Матусов И.Е., Солодников Н.Н., Таран Н.И., Корничева О.В.** Клиническая патофизиология для стоматолога в вопросах и ответах. Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с главами книги «Клиническая патофизиология для стоматолога» (2000), отражающими боль и типовые патологические процессы, широко распространенные в стоматологической практике, вопросы аллергии и иммунодефицитных состояний в полости рта, нарушения слюноотделения и различных видов обмена веществ. Каждая тема начинается с мотивации и цели изучения, содержит план проведения занятия, вопросы, список рекомендуемой литературы и тесты первого уровня для самоподготовки. *(Уже в продаже!)*

**Ивасенко П.И., Вагнер В.Д., Скальский С.В. и др.** Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике. В книге излагаются вопросы патогенеза, клиники, диагностики, профилактики и устранения неотложных состояний в стоматологической практике, связанных с общесоматической патологией, а также с собственно стоматологическим вмешательством. Книга предназначена врачам-стоматологам, а также студентам стоматологических факультетов. *(Уже в продаже!)*

**Ивасенко П.И., Конев В.П., Пуценко А.Н. и др.** Косметическая хирургия челюстно-лицевой области. Издание раскрывает основы косметической хирургии челюстно-лицевой области. Книга хорошо иллюстрирована и будет полезна стоматологам-хирургам, косметологам и студентам стоматологических факультетов.

**Коварский Г.И.** Основы хирургической стоматологии (серия "Библиотека медицинской классики"). В книге рассмотрены основные проблемы хирургической стоматологии, представлен хирургический инструментарий. Книга прекрасно иллюстрирована и предназначена стоматологам-хирургам и студентам медицинских вузов.

**Коновалов А.П., Курякина Н.В., Митин Н.Е.** Фантомный курс ортопедической стоматологии / под ред. проф. В.Н. Трезубова. В учебном пособии рассмотрены основные проблемы ортопедической стоматологии. Книга прекрасно иллюстрирована и соответствует программе, утвержденной Министерством здравоохранения РФ. *(Уже в продаже!)*

**Краммер И., Шленнер Х.** Путеводитель по эндодонтии. Пользователю эндодонтических инструментов / пер. с нем. Пособие посвящено проблемам эндодонтии, особое внимание уделено описанию эндодонтического инструмента и технике обращения с ним. *(Уже в продаже!)*

**Курякина Н.В.** Лекарственные растения и продукты пчеловодства, применяемые в стоматологии. В монографии представлены возможности применения лекарственных растений и продуктов пчеловодства для лечения и профилактики стоматологических заболеваний. *(Уже в продаже!)*

**По вопросам приобретения  
и распространения книг обращаться  
по телефонам:**

**в Москве (095) 189-99-35; в Н. Новгороде (8313) 25-57-11**

# УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В Издательской группе «МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА» (г. Москва)  
и Издательстве НГМА (г. Н. Новгород)

**ИЗДАНЫ И В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ  
ВЫХОДЯТ В СЕТ КНИГИ ПО СТОМАТОЛОГИИ:**

- Курыкина Н.В., Кутепова Т.Ф.** Заболевания пародонта. Учебное пособие написано с учетом современных представлений об этиологии, патогенезе, принципах диагностики и лечения заболеваний пародонта и предназначено студентам стоматологических факультетов. *(Уже в продаже!)*
- Курыкина Н.В., Савельева Н.А.** Руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний. Книга раскрывает основные вопросы по первичной профилактике в стоматологии, содержит практические рекомендации врачам-стоматологам. Издание предназначено врачам-стоматологам, а также будет полезным студентам стоматологических факультетов.
- Курыкина Н.В.** Терапевтическая стоматология детского возраста. Учебник предназначен для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов и соответствует программе, утвержденной Министерством здравоохранения РФ. *(Уже в продаже!)*
- Леус П.А.** Коммунальная стоматология. В книге изложены наиболее важные проблемы коммунальной (общественной) стоматологии: эпидемиология стоматологических заболеваний, системы стоматологической помощи населению, планирование программ профилактики на коммунальном уровне, методы оценки эффективности лечебно-профилактической помощи. Ряд вопросов посвящен частной стоматологической практике (открытие частного стоматологического кабинета, его оснащение, маркетинг и т.д.). В издании отражен международный опыт развития систем охраны здоровья и широко использованы рекомендации Всемирной организации здравоохранения. Большинство материалов представлены в виде дидактических структур и моделей ситуаций, близких по основным параметрам к условиям СНГ. Книга издана совместно с ОАО "Брестская типография" и предназначена стоматологам и студентам. *(Уже в продаже!)*
- Лукиных А.М.** Лечение и профилактика кариеса зубов (серия «Библиотека практического врача»). В книге подробно рассмотрены практические аспекты лечения и профилактики кариеса зубов, отдельная глава посвящена современным стоматологическим материалам. *(Уже в продаже!)*
- Миллер В.Д.** Руководство по терапевтической стоматологии / пер. с нем. (серия «Библиотека медицинской классики»). Книга известного кариесолога, основоположника химико-паразитарной теории кариеса профессора В.Д. Миллера долгое время являлась одним из основных руководств для стоматологов многих поколений и будет полезна стоматологам-терапевтам, студентам стоматологических факультетов, историкам медицины. *(Уже в продаже!)*
- Овруцкий Г.Д., Лифшиц Ю.Н., Лукиных А.Н.** Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей (серия «Библиотека практического врача»). Книга издана совместно с Издательством «Медицина» и раскрывает проблемы консервативного лечения околокорневых кист челюстей. *(Уже в продаже!)*
- Овруцкий Г.Д.** Хронический одонтогенный очаг. Новое издание известной монографии дополнено последними научными данными и собственными наблюдениями автора и предназначено врачам-стоматологам и студентам стоматологических факультетов.
- Седова Н.Н., Дмифриенко С.В.** Ваш бизнес — стоматология (нормативная регуляция в стоматологии). Учебное пособие посвящено основам правового регулирования и биоэтики в стоматологии. Раскрыты ценности биоэтики, проблема качества жизни пациента в стоматологической практике, этические кодексы и юридические законы. Книга предназначена для студентов стоматологических факультетов высших медицинских учебных заведений, учащихся зуботехнических отделений медицинских колледжей и может быть использована врачами стоматологами и зубными техниками в практической работе.

**По вопросам приобретения  
и распространения книг обращаться  
по телефонам:**

**в Москве (095) 189-99-35; в Н. Новгороде (8313) 25-57-11**

# УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В Издательской группе «МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА» (г. Москва)  
и Издательстве НГМА (г. Н. Новгород)

**ИЗДАНЫ И В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ  
ВЫХОДЯТ В СВЕТ КНИГИ ПО СТОМАТОЛОГИИ:**

**Семенюк В.М., Вагнер В.Д., Онгоев П.А. и др.** Ортопедическая стоматология в вопросах и ответах. В книге в виде вопросов и ответов рассмотрены практически все разделы ортопедической стоматологии. Издание отличается лаконичный стиль изложения. Для студентов и врачей-стоматологов. (Уже в продаже!)

**Семенюк В.М., Мискевич М.И., Вагнер В.Д. и др.** Стоматология ортопедическая. Учебно-методическое пособие для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям по ортопедической стоматологии написано коллективом авторов, имеющих большой опыт педагогической работы, отражает программные материалы, рекомендованные учебно-методическим советом по стоматологии МЗ России, и предназначено студентам стоматологических факультетов, а также преподавателям медвузов.

**Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А., Вагнер В.Д.** Стоматологическая профилактика у детей. Книга раскрывает основные проблемы стоматологической профилактики у детей, содержит практические рекомендации и предназначена детским стоматологам, а также будет полезна студентам стоматологических факультетов. (Уже в продаже!)

**Сысолятин П.Г., Арсенова И.А., Ищенко Н.А., Брега И.Н.** Повреждения височно-нижнечелюстного сустава (серия «Библиотека практического врача»). Освещены вопросы клиники, диагностики и тактики лечения различных повреждений височно-нижнечелюстного сустава. Для стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, студентов.

**Сысолятин П.Г., Ильин А.А., Дергулев А.П.** Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава. Авторами на основании 15-летнего опыта работы Новосибирского артралогического областного центра разработана классификация заболеваний ВНЧС. Она основана на использовании современных методов диагностики патологических процессов сустава, включающих наряду с традиционными методами исследования артромографию, КТ, компьютерную артромографию, МР-томографию, ультразвуковое исследование, артроскопию. При разработке классификации также учитывались изменения в суставе, выявленные интраоперационно, в частности, при хирургическом лечении внутренних нарушений у больных. Классификация прошла апробацию в клиниках хирургической стоматологии г.г. Новосибирска, Москвы, Барнаула, Омска, Красноярска, Кемерово, Хабаровска, Пензы и ряда других и получила положительную оценку.

Издание предназначено врачам-стоматологам, челюстно-лицевым хирургам, студентам стоматологических факультетов.

**Третьякович А.Г., Глинник А.В.** Справочник клинических симптомов и синдромов в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (серия «Карманный справочник врача»). В книге описаны большинство симптомов и синдромов, встречающихся в практике врача-стоматолога. (Уже в продаже!)

**Федяев И.М., Байриков И.М., Белова А.П., Шувалова Т.В.** Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Книга раскрывает проблемы злокачественных новообразований челюстно-лицевой области — организацию онкологической службы в России, принципы диагностики, лечения и реабилитации больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области. (Уже в продаже!)

**Шарова Т.В.** Ортопедическая стоматология детского возраста. Руководство раскрывает основные проблемы ортопедической стоматологии детского возраста и предназначено стоматологам-ортопедам и детским стоматологам.

**По вопросам приобретения  
и распространения книг обращаться  
по телефонам:**

**в Москве (095) 189-99-35; в Н. Новгороде (8313) 25-57-11**



**В ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЕ «МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА» (Г. МОСКВА) И  
ИЗДАТЕЛЬСТВЕ НГМА (Г. Н. НОВГОРОД)**

**ВЫШЛИ В СВЕТ, ГОТОВЫ К ИЗДАНИЮ И ПЕРЕИЗДАНИЮ КНИГИ:**

Агаджанян Н.А.	Физиология человека
Адаскевич В.П.	Актуальная дерматология
Адаскевич В.П.	Алопеция
Адаскевич В.П.	Дерматология (цветной атлас)
Адаскевич В.П.	Инфекции, передаваемые половым путем
Адаскевич В.П.	Эозинофильные дерматозы
Айламазян Э.К.	Неотложная помощь в акушерской практике
Айламазян Э.К.	Неотложная помощь в гинекологии
Айламазян Э.К.	Урогенитальный хламидиоз у женщин
Антропов Ю.Ф.	Психосоматические расстройства у детей и подростков
Башмакова М.А.	Вирусы папилломы человека
Безнощенко Г.Б.	Неоперативная гинекология
Белялов Ф.И.	Клиническая аритмология
Белялов Ф.И.	Лечение сочетанных расстройств
Бенедиктов И.И.	Гинекологический массаж и гимнастика
Богданович В.А.	Внутренние болезни (учебник для медучилищ)
Богданович В.А.	Интенсивная и неотложная помощь в эндокринологии
Богданович В.А.	Сахарный диабет: диагностика и лечение
Богданович В.А.	Сахарный диабет и патологии сердечно-сосудистой системы
Боженков Ю.Г.	Интенсивная терапия при острых абдоминальных катастрофах
Боженков Ю.Г.	Неотложная медицинская помощь
Боженков Ю.Г.	Схематичная фармакотерапия неотложных состояний
Будникова О.Н.	Англо-русский медицинский словарь для стоматолога
Бумж Е.	Руководство по акушерству
Вагнер В.А.	Пособие по стоматологии
Высоцкий Ю.А.	Атлас анатомии нервной и сосудистой систем
Ганнушкин П.Б.	Клиника психопатий
Гончаров Н.И.	Руководство по препарированию
Гранитов В.М.	Герпесвирусная инфекция
Гранитов В.М.	Хламидиозы
Гринио А.П.	Атлас патологии нервно-мышечной системы
Гринио А.П.	Дюшенновская миодистрофия
Дистель В.А.	Пособие по ортодонтии
Дистель В.А.	Руководство к практическим занятиям по ортодонтии
Дмитриенко С.В.	Анатомия зубов человека
Долгих В.Т.	Клиническая патофизиология для стоматолога
Долгих В.Т.	Общая патофизиология
Долгих В.Т.	Опухолевый рост
Долгих В.Т.	Основы иммунопатологии
Жмуров В.А.	Психопатология
Зверев Я.Ф.	Фармакология и клиническое применение экстраренального действия диуретиков
Ивасенко П.И.	Неотложная помощь в амбулаторной стоматологической практике
Ивасенко П.И.	Косметическая хирургия челюстно-лицевой области
Кандицкий В.Х.	О псевдогаллюцинациях
Катин А.Я.	Классическая гомеопатическая энциклопедия
Ковалев Ю.В.	Депрессии
Корнеев Ю.А.	Медицинская и биологическая физика
Корнеев Ю.А.	Руководство по информатике и вычислительной технике в курсе медицинской и биологической физики
Крамер И.	Путеводитель по эндодонтии

Для получения книг или полного каталога (вкладывать подписанный конверт) отправьте заявку по адресу: 603002, г. Нижний Новгород, а/я 22. Количество и ассортимент книг не ограничиваются. Заказав книгу по почте, вы получите каталог литературы, предлагаемой нашим издательством к продаже и обмену (более 400 названий).



**В ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЕ «МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА» (Г. МОСКВА) И  
ИЗДАТЕЛЬСТВЕ НГМА (Г. Н. НОВГОРОД)**

**ВЫШЛИ В СВЕТ, ГОТОВЫ К ИЗДАНИЮ И ПЕРЕИЗДАНИЮ КНИГИ:**

<i>Кулаков В.И.</i>	Оперативная гинекология
<i>Кулаков В.И.</i>	УЗИ-диагностика в гинекологии детского возраста
<i>Куликов А.В.</i>	Справочник по анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и неонатологии
<i>Курякина Н.В.</i>	Лекарственные растения и продукты пчеловодства, применяемые в стоматологии
<i>Курякина Н.В.</i>	Заболевания пародонта
<i>Курякина Н.В.</i>	Руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний
<i>Курякина Н.В.</i>	Терапевтическая стоматология детского возраста
<i>Лукиных А.М.</i>	Лечение и профилактика кариеса зубов
<i>Лычев В.Г.</i>	Амбулаторно-поликлиническая терапия
<i>Лычев В.Г.</i>	Диагностика и лечение ДВС крови
<i>Лычев В.Г.</i>	Основы гематологии
<i>Лычев В.Г.</i>	Основы клинической кардиологии
<i>Лычев В.Г.</i>	Основы клинической гастроэнтерологии
<i>Лычев В.Г.</i>	Основы эндокринологии
<i>Маляян П.Д.</i>	Новые средства ортодонтического лечения
<i>Мешков А.П.</i>	Азбука клинической ЭКГ
<i>Мешков А.П.</i>	Аритмии сердца: диагностика и лечение
<i>Мешков А.П.</i>	Гипертоническая болезнь
<i>Мешков А.П.</i>	Диагноз и дифференциальный диагноз в кардиологии
<i>Мешков А.П.</i>	Диагностика и лечение болезней суставов
<i>Миллер В.Д.</i>	Руководство по терапевтической стоматологии
<i>Морозов Г.В.</i>	Введение в клиническую психиатрию
<i>Мышляев С.Ю.</i>	Гипноз
<i>Мяделец О.Д.</i>	Основы частной гистологии
<i>Неймарк А.И.</i>	Энзимы мочи в урологии и нефрологии
<i>Неймарк А.И.</i>	Эфферентные методы в лечении урологических заболеваний
<i>Обруцкий Г.Д.</i>	Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей
<i>Обруцкий Г.Д.</i>	Хронический одонтогенный очаг
<i>Оскретков В.А.</i>	Общехирургические навыки
<i>Пиманов С.И.</i>	Эзофагит, гастрит, язвенная болезнь
<i>Редькин Ю.В.</i>	Базовая фармакология
<i>Ривкин В.А.</i>	Геморрой. Запоры
<i>Семенюк В.М.</i>	Стоматология ортопедическая в вопросах и ответах
<i>Сметанников П.Г.</i>	Руководство по психиатрии
<i>Суворова К.Н.</i>	Кожный зуд
<i>Сунцов В.Г.</i>	Стоматологическая профилактика у детей
<i>Сухих Г.Т.</i>	Иммунитет и генитальный герпес
<i>Трезубов В.Н.</i>	Фантомный курс ортопедической стоматологии
<i>Третьякович А.Г.</i>	Справочник симптомов и синдромов в стоматологии
<i>Трубников Г.А.</i>	Основы клинической пульмонологии
<i>Трубников Г.В.</i>	Руководство по клинической пульмонологии
<i>Федяев И.М.</i>	Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области
<i>Фидифкин А.В.</i>	Вирусный гепатит В: внепеченочные проявления
<i>Циркин В.И.</i>	Физиология ВНД и сенсорных систем
<i>Шарова Т.В.</i>	Ортопедическая стоматология детского возраста
<i>Яковлев В.М.</i>	Сосудистый эндотелий и хламидийная инфекция
<i>Яковлев П.В.</i>	Клинико-патофизиологическая интерпретация ЭКГ

Для получения книг или полного каталога (вкладывать подписанный конверт) отправьте заявку по адресу: 603002, г. Нижний Новгород, а/я 22. Количество и ассортимент книг не ограничиваются. Заказав книгу по почте, вы получите каталог литературы, предлагаемой нашим издательством к продаже и обмену (более 400 названий).

*Н.Н. Седова, С.В. Дмитриенко*

**ВАШ БИЗНЕС – СТОМАТОЛОГИЯ**  
(нормативная регуляция в стоматологии)

Гл. редактор – *С.Е. Шорин*

(e-mail: sergeyshorin@mtu-net.ru)

Техническое редактирование и верстка – *В.А. Сысыкина*

Лицензия ЛР № 065167 от 12.05.97 г.

Подписано в печать 22.03.2001. Формат 84×108<sup>1</sup>/32.

Бумага офсетная № 1. Гарнитура Petersburg.

Печать офсетная. Усл. п. л. 7,1. Печ. л. 3,75. Тираж 2000 экз. Заказ 5028

---

И. Г. «Медицинская книга» 101000, Москва, а/я 68  
Издательство НГМА 603002, г. Н. Новгород, ул. Чкалова, 6.

Отпечатано в Производственно-издательском комбинате ВИНТИ,  
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403. Тел.: 554-21-86

# ГЛУБОКОЕ ФТОРИРОВАНИЕ

— новейшая  
технология  
для современных  
стоматологов !



- v терапевтическая стоматология
- v ортопедическая стоматология
- v пародонтология
- v ортодонтия
- v профилактика кариеса

По всем вопросам обращайтесь  
к спонсору издания «Трудов VI съезда СТАР»

**«БИЗНЕС ЦЕНТР «СТОМАТОЛОГИЯ»**

Тел./факс: (095) 205-33-43;  
(095) 205-79-97

г. Москва, ул. Новый Арбат д.34, офис 501