

## ТОЧКА ЗРЕНИЯ

М.П. Дуткин

## СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ МОРАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 614. 253 (470)

В статье кратко сравниваются три модели моральной медицины, из которых «контрактная» модель признается наиболее отвечающей требованиям врачебной этики.

**Ключевые слова:** врачебная этика, модель моральной медицины, патернализм, партнерство, психиатрия.

In article three models of moral medicine from which the "contract" model is recognized most to answer the purposes of medical ethics are briefly compared.

**Keywords:** ethical medicine, models of moral medicine, paternalism, partnership, psychiatry.

Современная медицинская этика рассматривает громадное количество новых и трудных моральных проблем: эвтаназия, клонирование, принудительное лечение алкоголизма и наркоманий, искусственная кома, искусственное оплодотворение, «таблетки счастья», пересадка жизненно важных органов, смерть мозга и др.

Дилемма «патерналистского» («опекунского») и «непатерналистского» («партнерского» или «коллегиального») подходов (моделей) является стержневой для современной медицинской этики.

«Патерналистская» модель взаимоотношений врача и пациента основывается на нескольких предпосылках: а) в условиях врачевания здоровье и жизнь человека являются безусловно приоритетными ценностями; б) этическая позиция врача выражается в принципе «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда»; в) данный принцип лишает пациента возможности принимать самостоятельно решения и перекладывает ее на врача. Таким образом, врач наделяется образом «Отца» (латинское слово *Pater*) или «Родителя», а пациент наделен образом «Ребенка». Слово «Отец» традиционно служило метафорой для Бога и священника и, соответственно, врач наделяется статусом непререкаемого авторитета.

«Патерналистская» модель сыграла важную роль в истории медицины. С утверждением патерналистских взаимоотношений врача и пациента связано преодоление разрыва нравственности и жизни, укоренение этики в медицине. Но в то же время моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство.

Предвестником кризиса патерна-

лизма в российской медицине стал кризис недобровольного лечения в психиатрии в конце 80-х, в начале 90-х гг. XX в.

Стержневой «проблемной ситуацией» при оказании психиатрической помощи являлось недобровольное лечение как последствие «патерналистской» модели медицинской этики. Вплоть до конца 88 г. XX в. принудительная госпитализация подавляющей части душевнобольных считалось незыблемой социальной нормой.

В законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. принцип добровольности лечения является основополагающим.

Другим последствием «патерналистской» модели является сокрытие от больного информации о состоянии его здоровья (в частности, информация о неизлечимом заболевании) из-за принципа «святой лжи во благо больного».

В модели «партнерского» («коллегиального») типа врач и пациент должны видеть друг в друге равноправных партнеров или коллег, стремящихся к общей цели – к ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Именно в модели коллегиального типа доверие играет решающую роль. Когда два человека или две группы людей действительно отстаивают общие цели, их доверие оправдано, и модель коллегиального типа адекватна. Здесь налицо равенство и в достоинстве, и в уважении, что не было присуще «патерналистской» модели.

Коллегиальная модель подразумевает принцип «информированного согласия», под которым понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о: а) характере и целях предлагаемого ему лечения; б) связанном с ним существенном риске; в) воз-

можных альтернативах данному виду лечения.

С этической точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее «информированного согласия». Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, пусть это будет даже здоровье.

Однако, утверждает Роберт Вич, директор Института Кеннеди по этике при Джорджтаунском университете (США), «коллегиальная» модель оказалась неадекватной для осмысления сути отношений «врач – пациент», потому что отношения «врач – пациент» асимметричны и неравноправны: здесь врач – решающая сторона, он представляет власть профессиональных знаний и навыков, а пациент, сохраняя за собой право выбора и решения, строит его на основе советов врача [1]. Он констатирует, что этические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми превращают принцип общих интересов, необходимых для модели «партнерского» («коллегиального») типа, в пустую мечту.

Р. Вич предлагает модель «контрактного» типа – модель, основанную на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридического смысла. В нем два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидающей взаимной выгоды.

По мнению Р. Вича, лишь в модели «контрактного» типа может существовать подлинное разделение морального авторитета и ответственности. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели «партнерского» («коллегиального») типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом

должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается. У пациента же есть законные основания верить, что множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными ориентациями больного.

В модели «контрактного» типа решения принимаются так, что сохраняется уверенность в то, что и пациент, и врач морально чистоплотны. На индивидуальном уровне контроль пациента

за принятием решений обеспечивает без обязательного участия больного в выработке каждого медицинского решения. Контроль за принятием решений в тех ситуациях, когда существуют моральные проблемы, осуществляется комитетами по этике, которые существуют в подавляющем большинстве американских больниц. Решения, таким образом, принимаются сообществом непрофессионалов, однако повседневные медицинские решения могут приниматься медицинскими работниками на основе доверия.

Поиск новых аксиологических (ценностных) оснований моральной медицины, таких, как соучастие, соли-

дарность, сострадание, сочувствие, собеседование, согласие, продолжается. Таким образом, возникают все новые парадигмы медицинского мышления, основанные на уважении автономии индивида. Сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением.

#### Литература

1. Вич Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. – 1994. – №3. – С. 67-72.

Veatch R. M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age // Problems of Philosophy. 1994. № 3. – P. 67-72.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

### О.Г. Чойдонова, М.В. Ханды БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

УДК 616-053.2:616.234-002(571.56)053.2

Представлен клинический случай пациента с первичным иммунодефицитом, который наблюдался с диагнозом бронхоэктатическая болезнь.

**Ключевые слова:** первичный иммунодефицит, агаммаглобулинемия, бронхоэктазы.

The clinical case of the patient with primary immunodeficiency which was observed with the bronchiectasis is presented.

**Keywords:** primary immunodeficiency, agammaglobulinemia, bronchiectasis.

Бронхоэктазия относится к разнотипной по своей природе и распространенности группе хронических инфекционных заболеваний дыхательных путей. Внедрение в клиническую практику компьютерной томографии сыграло большую роль в разработке неинвазивных методов диагностики данной патологии. Среди наиболее вероятных причин развития бронхоэктазов решающее значение имеют воспаление дыхательных путей и нарушение бронхиальной проходимости вследствие закупорки или обструкции бронха. Основу формирования бронхоэктазов могут составлять врожденные и наследственные заболевания [4,5].

Поражение бронхолегочной системы при первичных иммунодефицитах, как правило, является основным клиническим проявлением и часто определяет прогноз. В большинстве своем

легочные инфекции возникают в раннем возрасте, характеризуются тяжестью течения, склонностью к рецидивированию и быстрому формированию хронического процесса [2,6].

Агаммаглобулинемия – X-сцепленное заболевание, при котором имеется дефицит продукции антител вследствие нарушения ранних этапов созревания В-лимфоцитов, и, как следствие, повторные бактериальные инфекции с первых лет жизни. Важным признаком дефекта В-лимфоцитов является гипоплазия миндалин и лимфатических узлов. У большинства больных легочные инфекции дебютируют на первом году жизни, но возможно и более позднее начало заболевания. Поражения легких часто сочетаются с отитами, синуситами, пиодермией, фурункулезом, полиартритом, диспептическими расстройствами, неврологическими нарушениями. Реже встречаются менингит, остеомиелит, сепсис, септический артрит, гнойные инфекции кожи и подкожной клетчатки. Вирусные инфекции протекают обычно без особенностей в связи с нормальной функцией Т-лимфоцитов [1,3].

Критерием диагноза является снижение концентрации сывороточного

IgG менее 2 г/л при отсутствии IgA, IgM и циркулирующих В-лимфоцитов.

Основой лечения агаммаглобулинемии являются пожизненная заместительная терапия внутривенным иммуноглобулином и постоянная профилактическая антибактериальная терапия. При ранней диагностике и начале заместительной терапии прогноз больных с агаммаглобулинемией – благоприятный. В большинстве случаев на фоне терапии больные ведут обычный образ жизни и доживают до пожилого возраста. Прогноз значительно ухудшается при поздней диагностике и развитии очагов хронической инфекции. В этом случае прогноз обусловлен объемом поражения органов.

В качестве иллюстрации описанной патологии приводим следующее клиническое наблюдение.

Анамнез жизни: Мальчик М. П., 1997 г. р. Ребенок от 6-й беременности, протекавшей на фоне обострения хронического пиелонефрита (лечение в стационаре), гипохромной анемии, ОРВИ во II половине беременности. Роды 4-е, на 37-й неделе, самостоятельные, с длительным безводным периодом. Масса тела 2630 г, длина 49

**ЧОЙДОНОВА Ольга Гансовна** – аспирант кафедры пропедевтики детских болезней МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, [olgagans69@mail.ru](mailto:olgagans69@mail.ru); **ХАНДЫ Мария Васильевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.