

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Часть III

Учебное пособие



Владивосток
Медицина ДВ
2017



Издательство «Медицина ДВ»
690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4
Тел.: (423) 245-56-49. E-mail: medicinaDV@mail.ru

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Тихоокеанский государственный медицинский университет

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Часть III

Учебное пособие



Владивосток
Медицина ДВ
2017

УДК 614.253:371.31(075.8)
ББК 51.1(2Рос)плОя73
М 422

*Издано по рекомендации редакционно-издательского совета
Тихоокеанского государственного медицинского университета*

Рецензенты:

Е.В. Кулебякин – д. филос. наук, профессор кафедры гуманитарных
и социальных наук Тихоокеанского государственного
технического университета рыбного хозяйства

Л.И. Кирсанова – д. филос. наук, профессор кафедры
психологии и философии Владивостокского
государственного университета экономики и сервиса

Авторы:

А.К. Ерохин, Л.Д. Ерохина, Н.Ф. Геец, В.В. Грекова, Н.А. Глушенко,
А.Н. Грибань, Г.А. Красножон, И.О. Осипов, В.В. Розова, Ю.Ю. Первов,
А.Е. Салионов, Г.А. Трифонова, В.В. Урядова, М.М. Цветкова

М 422 **Медицинская этика и деонтология (часть III) : учебное пособие /**
Л.Д. Ерохина [и др.]. – Владивосток : Медицина ДВ, 2017. – 228 с.
ISBN 978-5-98301-123-6

В учебное пособие включены материалы лекций, ситуационные задачи, кейсы оценочные средства усвоенности знаний, список литературы. Изложение изучаемых тем поможет студентам в самостоятельной подготовке к занятиям и в решении следующих задач: освещение медицинской деонтологии и биоэтики как науки, рассматривающей противоречия между интересами людей в области здоровья и достижениями медицины.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов всех форм обучения, а также может быть использовано и для обучения учащихся медицинских училищ и колледжей.

УДК 614.253:371.31(075.8)
ББК 51.1(2Рос)плОя73

ISBN 978-5-98301-123-6

© Л.Д. Ерохина с соавт. ТГМУ, 2017
© «Медицина ДВ», 2017

РАЗДЕЛ IV

ЭТИКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТРАСЛЕЙ МЕДИЦИНЫ

Тема 11. Этические проблемы медицины в экстремальных ситуациях

Цель изучения темы – рассмотреть этические проблемы, возникающие перед медицинским персоналом в экстремальных областях социальной жизни, например, в войнах, катастрофах, в местах лишения свободы и т.д.

Медицина в армии и на войне

Военная медицина – это отрасль медицины и здравоохранения, где основные этические нормы сохраняют свое значение. Глава Совета по биоэтике при президенте США Э. Пилигрино подчеркивает, что медицинская этика должна быть одной и той же, как для гражданского врача, так и для военного, «за исключением исключительных обстоятельств». Нет какой-либо особой этики для военного врача, участвующего в активных боевых действиях, которые бы превосходили таковую для врачей ветеранов войн, врачей Национальной гвардии, гражданских врачей, врачей тюрем или врачей-руководителей здравоохранения. Вопрос состоит только в том, есть ли «исключительные обстоятельства», которые оправдывают приостановку их этических обязательств.

Идею Пилигрино продолжают издатели учебника «Военная медицинская этика». Они считают, что военный врач есть «прежде всего, врач», «во вторую очередь офицер», и что «примеры значительных конфликтов» между гражданской и военной этикой врача «весьма редки». Эта формулировка скорее порождает проблему, чем предлагает ее разрешение, поскольку «редкие» примеры «военной необходимости» могут потребовать от военного врача предать врачебную этику в угоду военной или национальной безопасности. Применение лекарства, клиническое испытание которого еще только проводилось, пиридостигмина (pyridostigmine), как химического агента для военной «премедикации» (pretreatment) во время войны в Персидском Заливе является примером такой ситуации. Отказывая испытуемым в ин-

формированном согласии при применении лекарства «пиридостигмин», министерство обороны США спутало военную необходимость с медицинской этикой.

Очевидно, что нельзя игнорировать специфику проблем военной медицины, так как условия военной службы накладывают заметный отпечаток на деятельность врача.

Военнослужащие представляют собой особую группу людей, призванных по Конституции для выполнения специальных функций по обороне страны и в известном смысле к применению насилия. Вследствие этих особенностей у них сформировались собственные традиции и этика. Военнослужащие и их представления о применении боевых действий существуют не самостоятельно, а в конкретном обществе. Военное насилие служит чаще всего лишь средством достижения каких-то политических целей. Это обстоятельство создает предпосылки для этических оценок и этических подходов даже к деятельности профессиональных военных. Военный же врач находится в социальной среде, где специфика целей, средств и обстоятельств не может не накладывать отпечатка на его профессиональную деятельность. Главной этической проблемой военной медицины мирного времени являются ограничения независимости пациента и его права на конфиденциальность. В мирное время помощь военнослужащим оказывается врачами-военнослужащими в той же мере, как и гражданскими врачами. Но в то же время – они офицеры как инженеры, химики, артиллеристы, летчики. Из этого вытекает проблема двойной ответственности. Военный врач несет ответственность не только перед пациентом, но еще и перед командованием. Соответственно, нарушаются принципы конфиденциальности и достижения максимально благоприятного результата.

В то время как гражданский врач больному выписывает листок нетрудоспособности, военный доктор дает офицеру справку, в которой пишет, что тот нуждается в освобождении от служебных обязанностей по причине такого-то заболевания. Офицер (или прапорщик, контрактник) сообщает командиру диагноз заболевания. Предложение врача об освобождении офицера от служебных обязанностей не является окончательным. Командир решает: освободить данного офицера от работы или принудить к выполнению служебных обязанностей. На этой почве у военных врачей существует масса проблем, связанных с необходимостью сохранить свое профессиональное, врачебное лицо. Поскольку человек ко всему приспосабливается, то приспособляются и военные врачи.

В армии солдаты не имеют прямого доступа к врачу. Они могут обратиться к нему только с разрешения командира, в определенное им время. Таким образом, ни факт обращения, ни назначенное лечение не сохраняются в тайне.

При освидетельствовании военнослужащих, предусмотренном законом, врач выступает в качестве агента армии, правительства. Поэтому его решения далеко не всегда совпадают с интересами пациента. Для того чтобы действия врача были наиболее приемлемыми, в перспективе освидетельствования он должен информировать пациента о своих обязательствах как члена комиссии по освидетельствованию, или как консультанта комиссии, а также о последствиях диагностических и лечебных мероприятий для пациента при переосвидетельствовании. Например, в случае, если рекомендуемая операция может изменить категорию годности призывника, он должен быть проинформирован об этом.

Эта ситуация не уникальна для армии. Она лишь ярче выражена, чем в гражданской среде. Например, существующая в армии система обязательной передачи информации об инфекционных болезнях мало отличается от системы гражданского здравоохранения. Одновременно, меры изоляции и лечения в армии более строгие и во многих случаях превышают необходимые рамки с точки зрения гражданской медицины.

С началом войны общество под идеологическим давлением и под давлением военных обстоятельств добровольно или принудительно приобретает единомыслие. Граждане готовы жертвовать всем, в том числе своей и чужими жизнями, здоровьем для достижения целей войны. Поэтому главные особенности военной медицины проявляются в военное время. Этические правила для медиков, принимающих участие в войнах, были разработаны 10-й Ассамблеей ВМА в 1956 г., затем отредактированы 11-й Ассамблеей в 1957 и дополнены 15-й в 1983 г.

Главной особенностью деятельности врача в военных условиях считается бедность возможностей.

С медицинской точки зрения война характеризуется появлением большого количества больных и раненых. Н.И. Пирогов говорил, что война – это травматическая эпидемия. В данном контексте слово «эпидемия» обозначает появление большого количества травм. Катастрофами с медицинской точки зрения последнее время называют события, когда медицинские службы не справляются с оказанием помощи. Для каждого конкретного человека катастрофой может быть любое заболевание. Но с медицинской точки зрения катастрофой ставится

событие, когда количество больных и раненых значительно больше, чем можно вылечить. Вот тут и возникают противоречия с «нормальной» медицинской моралью.

Правильнее сказать, нормальная медицинская мораль, по существу, перестает действовать. Вместо нее начинает функционировать почти в чистом виде прагматическая мораль, т.е. мораль, основанная на подсчете прибыли и потерь. Библейская заповедь гласит «не убий». Ф. Достоевский писал, что добра нельзя достигать с помощью причинения кому-нибудь вреда. Никакие самые хорошие цели не стоят слезы ребенка. Но в период военных действий люди начинают действовать по-иному. Жизнь для них оказывается не самым главным, а ресурсом для осуществления иных ценностей, например для поддержания независимости Родины.

Война создает на поле боя ситуации, при которых приостановление пациент-центрической этики врача кажется приемлемой, по крайней мере, для военного командования. Хорошо известен пример из истории Второй мировой войны, когда во время кампании в Северной Африке было принято решение применить пенициллин в первую очередь солдатам с ИППП, а не тем, кто имел серьезные ранения, потому что первые могли быть быстро возвращены в строй. В первую войну в Персидском заливе возникла этическая проблема для врачей – военная необходимость оправдать испытание лекарств без информированного согласия военнослужащих. Ведь главная задача врача – обеспечить возвращение как можно большего количества раненых в строй. Больным пневмонией проводили четырехдневный курс антибиотикотерапии и возвращали его в полк, потому что для возвращения боеспособности этого достаточно. Развитие рецидива, отдаленные последствия не имеют отношения к сегодняшней войне. Всякое лечение больных во время войны – это экспресс-лечение. Ни о какой восстановительной терапии речь не идет, короткий базовый курс – и назад в часть.

В особенности это хорошо было показано американскими и израильскими психиатрами. Они выявили, что человека, у которого развился острый невроз или манифестировало серьезное психическое заболевание на фронте, ни в коем случае с фронта увозить нельзя. Его нужно в ближайшем прифронтовом госпитале быстро подлечить и вернуть назад в часть, чтобы у него не разрушилась полностью адаптация к фронтовым условиям. Если его увезти далеко в тыл, в тишину, где не будет отзвуков войны, он вылечится лучше, но назад на фронт он уже не захочет поехать. Более того, когда он вернется на фронт

и увидит весь этот ужас опять, то психическое заболевание может снова манифестировать.

Другой пример. Войны в Ираке и Афганистане и нехватка человеческих ресурсов выявили рост серьезных ментальных нарушений. Депрессии, посттравматический стресс и тревога у военнослужащих лечатся новыми психотропными средствами, особенно селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (ИОЗС). Военной доктрины о применении ИОЗС в военной обстановке нет, но некоторые военные психиатры рекомендовали своим коллегам в Ираке «использовать препараты как при депрессивных расстройствах, так и при тревожных состояниях ...» (пользуясь словами девиза корпуса армейских медиков) чтобы сохранить силы для сражения». Эта медицинская стратегия согласуется с медицинской этикой, только если лечение – часть общего лечебного плана, имеет медицинские показания и проводится добровольно и с информированного согласия солдата-пациента.

Применительно к раненым важнейшая проблема – это медицинская сортировка. Сортировку придумали французские врачи во время наполеоновских войн. Они тогда поняли, что, поскольку сил для оказания помощи всем недостаточно, то надо кому-то оказывать помощь сначала, кому-то потом. И они стали выделять группу легко раненых, группу раненых, которым они уже ничем не смогут помочь, и группу раненых, которым немедленно надо помогать. В таком виде концепция сохранилась до начала XX века. В современных документах военно-медицинской службы записано, что в первую очередь помощь нужна тем раненым, у которых может произойти ухудшение состояния и наступит смерть, если им не оказать помощь сейчас (при продолжающемся внутреннем кровотечении, при нарастании сдавливания головного мозга). Такое решение проблемы имело свои недостатки. Например, у легко раненого, лечение которого отложено на 6-8 часов, в ране может развиваться инфекция, внутреннее кровотечение. Иными словами, пока врач занимается тяжелыми ранеными, легко раненные начинают тяжелеть.

Между тем, легко раненные представляют особый интерес для армии – они быстро могут быть возвращены в строй и не требуют дорогого длительного лечения, в своем большинстве они уже получили боевой опыт. Соответственно, западная военная медицина, медицина США, Англии в начале XX века изменила свою тактику. Врачи стали оказывать помощь легко раненым в первую очередь. Они лечили тех, кто может быстро вернуться в строй, потому что, если они быстрее вернуться в строй, быстрее будет побежден враг, большее количество

противника будет уничтожено. А то, что тяжелораненые в это время будут погибать, существенного значения не имеет. Тяжелораненые обычно в строй не возвращаются.

Обратим внимание, что при таком подходе к лечению летальность раненых увеличивается. Но это неважно по сравнению с тем, что делается для достижения победы. Это типичный способ мышления в рамках утилитарной морали. Такая мораль позволяет говорить, что американцы правильно сделали, что сбросили бомбу на Хиросиму и Нагасаки. Почему правильно? Потому что они все верно подсчитали. Количество японцев, убитых в Хиросиме и Нагасаки, было достаточно хорошо предсказано. Они подсчитали, сколько японцев погибнет, если война будет вестись обычным образом (в том, что они победят, у них не было никаких сомнений). Их подсчет показал, что, если война будет вестись обычным образом, то погибших японцев будет в два раза больше, чем при атомной бомбардировке. Но при этом еще и значительное число американцев погибнет. Поэтому они и применили атомные бомбы, и в течение трех дней закончили войну: японцы объявили о безоговорочной капитуляции. Со стороны американцев потери были минимальными, но и со стороны японцев потери тоже были небольшими.

С позиций мирного времени утилитарная мораль выглядит ужасно, с позиций военного времени – совершенно нормальной. Поэтому в 1945 г. никому и в голову не приходило осуждать американцев за применение атомной бомбы. Но по прошествии времени в том же американском обществе стали смотреть на это по-другому. Поэтому США официально выразили сожаление об этой бомбардировке. В нашем обществе, поскольку атомные бомбы в СССР бросали только на собственные территории, у пропагандистов принято было говорить, что американцы действовали бесчеловечно, сбросив бомбы на Хиросиму и Нагасаки. Между тем, эта бомбардировка спасла тысячи жизней советских солдат, воевавших против Японии в 1945 г. Япония не высказывала сожаления о том, что она начала войну против США.

Было бы неверно сказать, что отечественная военная медицина заметно отстала от западной в концепции медицинской сортировки. В действительности российская медицина делает шаги в этом направлении. Рассматривается оказание медицинской помощи тяжелораненым, имеющим перспективу возвращения в строй, т.е. сделан шаг в сторону преимущественного оказания помощи легкораненым не во имя жизни, а во имя победы. Одна мораль заменяет другую.

В настоящее время действует Женевская конвенция 1949 г. о правилах ведения войны, которая, по сути, состоит из нескольких отдельных конвенций. Она подписана всеми странами мира. В России она была принята к действию только в 1991 году. В соответствии с этой конвенцией офицеры-врачи военно-медицинской службы не имеют права принимать участие в боевых действиях и применять оружие, кроме личной обороны. Они не имеют права действовать, как военнослужащие. Более того, они должны носить на одежде хорошо различимые знаки красного креста, или, в мусульманских регионах, красного полумесяца, для того, чтобы каждому военному противнику было понятно, что это не просто офицер, которого нужно быстро убить, а медицинский работник, которого убивать нельзя.

Если офицер-врач ведет себя соответствующим образом, то в случае пленения, он пользуется особыми правами. Офицер медицинской службы не считается обычным пленным, и ему по этой конвенции предоставляется право оказания медицинской помощи другим военнопленным. С другой стороны, пленившая сторона обязана оказывать медицинскую помощь пленным наравне со своими солдатами.

Конечно, законы и правила ведения войны нарушаются. В особенности ситуация становится ужасной, когда идет гражданская война. Известно, что в Югославии сербы в мусульманских районах уничтожали больницы вместе с врачами и пациентами. Аналогичные ситуации встречаются почти на всех войнах. В Сирии в 2016 году в результате обстрела госпиталя боевиками были убиты врачи, медсестры и пациенты. Результат становится оправданием для самых жутких действий. Но цель далеко не всегда оправдывает средства. В медицине, как нигде, важно намерение врача применительно к каждому отдельному больному.

Оказание помощи в условиях катастроф

Катастрофа – внезапное наступление пагубных событий, обычно неожиданных и насильственных, приводящее к существенному материальному ущербу, значительным передвижениям населения и/или большому количеству жертв и/или масштабным нарушениям жизни общества или их сочетаниям. Катастрофы бывают природные (например, землетрясение), технологические (например, ядерные и химические аварии), случайные (например, железнодорожная) и порождают определенные медицинские проблемы. По оценке ВОЗ, стихийные бедствия (катастрофы) – это ситуации, характеризующиеся непредус-