

В. Н. Сапёров

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА К ОБЩЕСТВУ

Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова

Обязательства врача перед обществом вытекают из основных задач медицины. С. П. Боткин писал: "Главнейшие и существенные задачи практической медицины — предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека" [1]. В этом утверждении, в котором и с современных позиций наиболее правильно и в то же время предельно лаконично определены задачи практической медицины, на первом месте стоит принцип профилактики. Охраняя здоровье народа, врач служит обществу.

Для организации борьбы с заболеваниями и прежде всего их профилактики необходимо знать и по возможности устранять их причины. Как указывает акад. Ю. П. Лисицын, состояние здоровья каждого человека и общества в целом на 49—53% зависит от образа жизни, на 18—22% — от наследственных факторов, на 17—20% — от состояния окружающей среды (экологии) и природно-климатических факторов и только на 8—10% — от здравоохранения, т. е. от деятельности лечебных учреждений и врачей [5]. Из этого следует, что только улучшение медицинского обслуживания населения само по себе не приведет к значительному снижению заболеваемости и смертности населения. Очевидно, поэтому внедрение новых медицинских технологий для лечения острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда (тромболизис, операции по реваскуляризации миокарда) и открытие сосудистых центров для лечения острых нарушений мозгового кровообращения во многих регионах нашей страны за последние годы пока не привело к заметному снижению общей смертности (в популяции) от ишемической болезни сердца и инсультов и тем более не отразилось на распространенности этих заболеваний, хотя, безусловно, обусловило снижение летальности среди госпитализированных больных. Очевидно, реальные успехи в борьбе с этими и многими другими болезнями зависят от оздоровления образа жизни населения и улучшения экологического состояния окружающей среды, изменения отношения к своему здоровью, повышения уровня медицинской культуры населения. Последнее, в частности, будет способствовать более раннему обращению больных с острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда и инсультом за медицинской помощью, что является непременным условием использования у этих больных новых медицинских технологий и их эффективности.

О значении в борьбе с заболеваниями изменения условий, их порождающих, убедительно пишет В. В. Вересаев [2]: "Ко мне приходит прачка с экземой рук, ломовой извозчик с грыжею, прядильщик с чахоткой; я назначаю им мази, пелоты и порошки — и неверным голосом, сам стыдясь комедии, которую разыгрываю, говорю им, что главное условие для выздоровления — это то, чтобы прачка не мочила себе рук, ломовой извозчик не поднимал тяжестей, а прядильщик избегал пыльных помещений. Они в ответ вздыхают, благодарят за мази и порошки и объясняют, что дела своего бросить не могут, потому что им нужно есть".

В. Н. Сапёров — д-р мед. наук, проф., зав. каф. внутренних болезней, (8352)62-60-50.

Далее В. В. Вересаев пишет, что медицина должна указывать на те условия, которые надо изменить, "но врач, — если он врач, а не чиновник врачебного дела, — должен прежде всего бороться за *устранение тех условий**, которые делают его деятельность бессмысленною и бесплодною; он должен быть общественным деятелем в самом широком смысле слова, он должен не только указывать, *он должен бороться и искать путей, как провести свои указания в жизнь*. И это тем более необходимо, что время не ждет, и жизнь быстро влечет человечество в какую-то зловонную бездну".

Удивительно, что эти слова, которым уже более 100 лет, кажутся написанными только сегодня.

Еще раньше эту же мысль высказал М. Я. Мудров: "Взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней наследственных или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни, есть честно и для врача покойно. Ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить. И в сем состоит первая его обязанность" [6].

Существенное влияние на здоровье человека оказывает окружающая нас природа. Известный швейцарский врач и философ А. Швейцер впервые в основу отношения к природе поставил принцип взаимосвязи природы и общества [9]. Он настоятельно рекомендует взглянуть на природу не как на неисчерпаемую кладовую сырья, а как на друга и союзника, как на надежного, но не бесконечного источника нашей жизни. А. Швейцер обосновал необходимость включения отношения человека к природе в сферу моральных отношений.

Большое влияние на заболеваемость оказывает загрязнение внешней среды. В экологически неблагоприятных районах доля загрязнения атмосферы в состоянии здоровья общества может увеличиваться до 50% и более за счет снижения удельного веса других факторов. К тому же неблагоприятная окружающая среда отрицательно влияет на образ жизни человека и его наследственность. В связи с этим Всемирная медицинская ассамблея (ВМА) приняла специальные декларации "О загрязнении окружающей среды" (Сан-Пауло, 1964) и "Декларация о роли врачей в решении проблем окружающей среды и демографии" (Вена, 1988). В этих декларациях отмечается, что врачи могут сыграть значимую роль в предупреждении заболеваний, связанных с загрязнением окружающей среды. Им рекомендуется взять на себя экологическое просвещение населения, разработку и воплощение национальных программ защиты окружающей среды. В Венской декларации говорится: "Необходимо приостановить деградацию окружающей среды с тем, чтобы необходимые для жизни и здоровья чистые воздух и вода остались доступными для всех. Продолжение загрязнения воды и атмосферы химическими соединениями и отходами может привести к тяжелым последствиям. Медицинские общества должны включиться в дело защиты окружающей среды".

Исходя из изложенного выше, основным профессиональным и моральным долгом врача по отношению к обществу (помимо выполнения своих непосредствен-

* Здесь и далее выделено автором настоящей статьи.

ных врачебных обязанностей) являются пропаганда здорового образа жизни, активное участие в борьбе с загрязнением окружающей среды и за сохранение сложившегося равновесия между человеком и природой. Это те "три кита", оперевшись на которые можно достичь больших успехов в сохранении здоровья населения и снижении смертности.

При этом рекомендуется обратить особое внимание на профилактику и борьбу с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями: ишемической болезнью сердца, артериальной гипертонией, нарушениями мозгового кровообращения, сахарным диабетом, пневмонией и хроническими заболеваниями органов дыхания, пищеварения и т. д. В сферу интересов врача любой специальности должны также входить так называемые социальные болезни, к которым традиционно относят туберкулез, сифилис, алкоголизм, наркоманию [7, 10].

Отмеченными выше положениями определяются глобальные обязательства врачей перед обществом и государством. К этим положениям необходимо добавить и обоснование принятия новых законов, улучшающих здравоохранение. Разумеется, осуществить эти задачи медицинские работники самостоятельно не в состоянии. Для этого нужны социально ориентированная политика государства, качественное изменение работы всех средств массовой информации, значительное повышение материального и культурного уровня населения, улучшение жизненной перспективы для подавляющего большинства жителей нашей страны. Для начала руководители государства должны понять, что, улучшая и восстанавливая здоровье народа, снижая заболеваемость, выход на инвалидность и смертность населения, врачи повышают материальное благосостояние государства. Это есть со стороны врачей "возврат долга народу, выполнение своих обязанностей перед обществом и государством" [4].

Председатель комитета по медицинской этике ВМА Д. Р. Уильямс в своем "Руководстве по медицинской этике" в главе "Врач и общество" отмечает, что "врачи играют важную роль в здравоохранении, санитарном просвещении, защите окружающей среды и разработке законов в области "здравоохранения и благополучия" [8]. Здесь же говорится, что, если пациенту отказывают в его правах, врач должен приложить все усилия, чтобы эти права обеспечить или восстановить. В указанной главе освещены следующие вопросы.

Прежде всего рассматриваются противоречия между обязательствами врача перед пациентами и обществом. Несмотря на незыблемость правила конфиденциальности (врачебной тайны), в исключительных ситуациях врач может ставить чьи-либо интересы выше интересов пациента. Например, в соответствующие инстанции обязательно сообщается о пациентах, получивших травму в результате насилия, или о подозреваемых в жестоком обращении с детьми и престарелыми людьми. Однако пациенты и подозреваемые должны быть проинформированы о том, что это произойдет. Здесь же говорится о том, что врач должен сообщать "соответствующим властям" обо всех необоснованных вмешательствах в процесс лечения пациента, особенно в случае несоблюдения его основных прав.

Другой раздел этой главы посвящен распределению ресурсов здравоохранения. При этом следует исходить из того, что "в любой стране мира, включая самые богатые, существует значительный и постоян-

но увеличивающийся разрыв между потребностями и запросами на услуги здравоохранения и наличием ресурсов для обеспечения этих услуг" [8]. Распределение медицинских ресурсов происходит на верхнем уровне (на уровне правительства), на региональном и больничном уровнях, но основная их часть распределяется (реализуется) на уровне пациентов. На этом уровне контролируется до 80% всех расходов на здравоохранение. Именно врачи решают вопрос, существует ли необходимость в госпитализации пациента, требуется ли ему дорогостоящее обследование и лечение, нужно ли оперативное вмешательство и т. д. Решения вопросов о распределении ресурсов здравоохранения на любом уровне имеют значительную этическую составляющую, так как они оказывают значительное влияние на здоровье как отдельных людей, так и общества в целом.

В настоящее время используется социально ориентированный подход к распределению ресурсов, в то время как еще совсем недавно преобладал подход, ориентированный исключительно на одного пациента. В настоящее время считается, что врач несет ответственность не только за своего пациента, но в какой-то степени и за других тоже [8].

Этот принцип нашел отражение в национальных этических кодексах многих стран, а также в "Декларации прав пациента" ВМА, в которой говорится: "В условиях, когда из нескольких пациентов должен быть сделан выбор на получение определенного лечения, которое доступно в ограниченных количествах, выбор между этими пациентами должен делаться на основе честной процедуры отбора — для этого должны быть выбраны медицинские критерии, и не должна допускаться какая-либо дискриминация". Это в наибольшей степени соответствует эгалитарному подходу к справедливости, при котором ресурсы распределяются строго по потребностям.

Еще один вопрос, который разбирает Д. Р. Уильямс, — определение ответственности врача в отношении общественного и глобального здравоохранения.

Во многих странах, в том числе в Российской Федерации, наряду с общественным (государственным) здравоохранением существует частная медицина, которая оплачивается непосредственно самими пациентами и обычно доступна не всем. Именно общественное здравоохранение обеспечивает во всех странах, даже с резким преобладанием частного сектора, защиту общества от инфекционных болезней (организует проведение вакцинаций, карантинных мероприятий и лечение заболевших), оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, контролирует качество потребляемых населением продовольствия и воды и т. д.

Интересы общественного здравоохранения (и общества) иногда вступают в противоречие с интересами отдельного пациента. Как правило, они решаются в пользу общественных интересов. В качестве примера можно назвать необходимость оповещения об определенных инфекционных заболеваниях, о наличии угрожающих для выполнения конкретных профессиональных обязанностей заболеваний, например дальтонизма у шоферов и машинистов. Здесь уместно отметить, что частная медицина может эффективно работать только одновременно с государственной в той мере, в какой она ориентирована на дополнительные услуги, и ею пользуются немногие [3]. Общество должно осозна-

вать, что если частная медицина станет определяющей в системе здравоохранения, то государственная медицина начнет быстро деградировать, цены на медицинские услуги в частных учреждениях резко возрастут, и это будет хуже для всех [3]. Из этого следует, что врачи должны разъяснять обществу и властным структурам необходимость сохранения определенного баланса между государственной и частной медициной.

В своей работе врач должен учитывать и использовать возможности глобального здравоохранения. Под глобальным здравоохранением понимаются вопросы и проблемы здравоохранения, не имеющие национальных границ, но которые, с одной стороны, могут неблагоприятно отразиться на здоровье народов других стран; с другой стороны, опыт здравоохранения других стран может помочь в решении этих проблем в этой стране. Другими словами, глобальное здравоохранение в решении медицинских проблем опирается на совместные усилия ряда стран и на сотрудничество в международном масштабе. Без такого сотрудничества была бы малоэффективной борьба в отдельной стране со многими инфекционными болезнями, например с гриппом.

Значение глобального здравоохранения и международного сотрудничества в области здравоохранения можно показать на примере борьбы с пандемией нового инфекционного заболевания, как затем выяснилось, вызванного мутировавшим коронавирусом и названного SARS (severe acute respiratory syndrome — тяжелый острый респираторный синдром, ТОРС). Пандемия началась на юге Китая в ноябре 2002 г., в феврале 2003 г. заболевание зарегистрировано в Ханое (столице Вьетнама). По просьбе вьетнамских врачей по линии регионального отделения ВОЗ в Ханой прибыл итальянский врач-инфекционист Карло Урбани, который быстро осознал, что имеет дело с новым, неизвестным ранее инфекционным заболеванием и необычным возбудителем. По запросу Карло Урбани в Ханой прибыла комиссия экспертов ВОЗ и Центра по контролю и профилактике заболеваний (США). Специалисты из Вашингтона в марте 2003 г. идентифицировали возбудителя новой болезни и назвали ее SARS. К этому времени заболевание было зарегистрировано в 30 странах мира, что свидетельствовало о пандемии. Ученые из Гамбурга (Германия) в апреле 2003 г. разработали метод лабораторной диагностики заболевания путем определения ДНК возбудителя с помощью полимеразной цепной реакции. Были установлены беспрецедентные карантинные меры. Во многих странах были приняты законы, предусматривающие тюремное заключение за нарушение карантина по SARS. Наиболее строгое наказание (вплоть до смертной казни) за нарушение карантина было узаконено в Китае. Международная организация гражданской авиации установила порядок сертификации аэропортов. Сертификат на право работы выдавался лишь тем аэропортам, в которых имелись условия для выявления больных среди прилетающих и отбывающих пассажиров, а также выполнялись другие меры профилактики SARS.

Проведенные мероприятия оказались высокоэффективными. В результате уже 3 июля 2003 г. ВОЗ официально сообщила о прекращении столь грозно начавшейся мировой эпидемии (пандемии) SARS. По мнению специалистов, для SARS характерна высокая контагиозность, что при отсутствии международного сотрудничества в борьбе с ним могло бы привести к массовой заболеваемости SARS и высокой смертности. Благодаря принятым мерам итоги пандемии оказались сравнительно "скромными": 8465 случаев заболевания и 813 смертельных исходов (летальность 9,6%).

Анализ пандемии SARS наглядно свидетельствует о целесообразности глобализации здравоохранения и взаимозависимости различных стран в борьбе с инфекционными и некоторыми другими заболеваниями.

Основными обязательствами врачей перед обществом и государством являются пропаганда здорового образа жизни, активное участие в борьбе с загрязнением окружающей среды и за сохранение сложившегося равновесия между человеком и природой, а также обоснование принятия новых законов, улучшающих здравоохранение. Наряду с этим врачи должны принимать участие в распределении ресурсов здравоохранения, бороться за сохранение определенного баланса между государственной и частной медициной и при необходимости использовать возможности глобального здравоохранения.

Ключевые слова: деонтологические аспекты, врач и общество, обязательства перед обществом, медицинские ресурсы, глобальное здравоохранение

The deontological aspects of physician's attitude to society

V.N. Saperov

The main social and public commitments of physicians are the healthy life-style propaganda, active involvement into pollution control and human-nature balance support, substantiation of public health laws. Besides that, physicians participate in the process of health resources allocation, support the certain balance between public and private medicine and in case of need to use possibilities of global public health.

Key words: deontological aspects, physician and society, social commitment, medical resource, global public health

ЛИТЕРАТУРА

1. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней. — СПб., 1867. — Вып. 1. — С. 5.
2. Вересаев В. В. Записки врача. Сочинения. — М., 1948. — Т. 1. — С. 583—584.
3. Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика. — 2-е изд.: Пер. с англ. — М., 2007. — С. 344.
4. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта. — М., 1989. — С. 18.
5. Лисицин Ю. П. (ред.). Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. — М., 1987. — Т. 1. — С. 149.
6. Мудров М. Я. Избранные произведения. — М., 1949. — С. 204.
7. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
8. Уильямс Д. Р. Руководство по медицинской этике: Пер. с англ. — М., 2006. — С. 60—72.
9. Швейцер А. Культура и этика. — М., 1973. — С. 47—48.
10. Яровинский М. Я. Медицинская этика (биоэтика). — М., 2006. — С. 35—36.

Поступила 18.04.11