Содержание

Содержание

Морально-правовые аспекты клинической реаниматологии

Заключение

Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Решение важнейших задач - повышение качества и культуры медицинской помощи населению страны, развитие ее специализированных видов и осуществление широких профилактических мероприятий во многом определяется соблюдением принципов медицинской деонтологии (от греч. "деон" - должное и "логос" - учение) - учения о должном в медицине.

Медицинская деонтология постоянно развивается, возрастает и ее значение. Врач как личность в социальном и психологическом плане не ограничивается "узкой" лечебно-профилактической деятельностью, а участвует в решении сложных проблем воспитания и повышения общего культурного уровня населения.

Но так как наука деонтология развивается, то и в её области появляются новые проблемы. Основу этих проблем составляют две: эвтаназия и клиническая реаниматология. В своей работе я хочу раскрыть наиболее полноценно эти проблемы.

Термин "деонтология" введен в обиход сравнительно недавно - в начале прошлого столетия английским философом И. Бентамом как обозначение науки о профессиональном поведении человека. Бентам проповедовал идеологию буржуазного либерализма. Общее благо, по Бентаму, недостижимо в условиях непреодолимого для общества антагонизма, и поэтому каждый человек должен заботиться только о себе самом. Иначе говоря, деонтологию как учение о личном должном в поведении индивида Бентам противопоставляет этике, науке о морали как общественном должном в поведении и отношениях людей. Отсюда и следует, что гуманизм, человечность - понятия, не имеющие места в человеческом обществе.

С развитием медицины развивается и деонтология, хотя это наиболее молодая наука. Возрастает и значение медико-психологических аспектов деонтологии, т.к. естественные и социальные последствия научно-технического прогресса приводят к возрастанию психоэмоциональной напряженности во взаимоотношениях между людьми, к различным конфликтным ситуациям и трудностям адаптации. Назрела настоятельная необходимость изучения человека в целом - как объекта биосоциальной природы.

В процессе дифференциации и интеграции медицины, формирования ее новых областей, специальностей, профилизации отдельных направлений возникают и другие, новые, не менее сложные, деонтологические проблемы. Среди них такие, например, как взаимоотношения хирурга, анестезиолога и реаниматолога в процессе лечения больного, проблема "врач-больной-машина", научное творчество в связи с тезисом "наука сегодня - коллективный труд", наконец, сложные морально-этические вопросы, связанные с актуальными острыми научными проблемами.

Помимо общих, имеющих отношение к медицине в целом, аспектов деонтологии, положений и правил, в каждой специальности существуют и более узкие, в определенной степени специфические, деонтологические, аспекты. Это понятно, ибо в каждом конкретном случае множество возникающих в процессе работы врача ситуаций решается индивидуально.

В связи с появлением сложных медицинских систем требования к медицинскому персоналу существенно возросли. Каждый член медперсонала должен не только в совершенстве владеть медицинскими навыками, но и уметь обращаться с современным медицинским оборудованием.

Но ни один самый опытный специалист не сможет адекватно оценивать возникающие задачи и решать их, если ошибка заложена при разработке математической модели какого-либо заболевания. В связи с этим огромная ответственность ложится на плечи разработчиков данных моделей. Любая ошибка при создании математической модели может привести к серьезнейшим последствиям. От математика, занимающегося проблемами медицины, требуется знание и математических, и медицинских аспектов проблемы, решением которой он занимается. Особенно это важно при создании диагностико-лечебных комплексов, которые позволяют устанавливать диагноз и выбирать методы лечения.

Но все равно наиболее главной проблемой в деонтологии является реаниматология – возвращение человеку жизни после его клинической смерти. Успехи научно-технического прогресса и практической медицины, расширив область критических состояний человеческого организма, позволили вторгаться в процесс умирания и даже до определенной степени управлять им. Смерть предстала не как цельное явление, одновременно поражающее все жизненные функции организма, а как процесс, растянутый во времени и более или менее изолированно поражающий отдельные комплексы систем жизнеобеспечения. Образно говоря, появилась возможность повернуть ладью Харона вспять и переплыть Стикс в обратном направлении.

Барьер, за пределами которого человеческая душа не может более вернуться в круг живых, раздвинулся, отделив жизнь от смерти пограничной полосой протяженностью в 4-6 минут. Но эти же вырванные у смерти минуты, поставили новые проблемы, не существовавшие до той поры, когда гибель человеческого существа являлась единовременным актом. В частности стал ясен тот факт, что биологическое существование не тождественно социальному, и более того, что эти два качества человеческой личности могут сосуществовать порознь, вступая в противоречие друг с другом.

С небывалой остротой проявилась утилитарно-прагматическая грань медицины, ибо образовался и постоянно расширяется круг лиц, нуждающихся в такой медицинской помощи, которая требует значительных затрат со стороны общества в виде как нагрузки на физическую и эмоциональную сферу медицинских работников, так и сложности непосредственных и подсобных технических устройств, необходимых для того, чтобы поддерживать хрупкое равновесие на грани, разделяющей более-менее полноценную жизнь и то, что по словам В.А. Неговского «уже не является жизнью, но еще не является смертью» (22).

В статье «Право на смерть» (33) описана больная Нэнси Крусэн из американского штата Миссури, которая, попав в автомобильную аварию в январе 1983г., с тех пор находится в так называемом «стабильном вегетативном состоянии». Она может дышать, у нее поддерживается кровообращение, она получает питание через зонд. Однако, мозг ее не реагирует на окружающее, и сознание ее безвозвратно потеряно. Специалисты считают, что в таком состоянии пациентка, которой в 1989г. было 52 года, может прожить еще 30-40 лет. К слову, в стабильном вегетативном состоянии в США находится 10 тысяч пациентов.

Другой случай, который приводит в той же статье ее автор С. Федорин. Содержание одной престарелой пациентки, которая находится в Нью-йоркской больнице в коматозном состоянии, уже обошлось в 100 тыс. долларов, платить которые, не желают ни муж потерпевшей, переставший вносить деньги по счетам уже через год после помещения ее в больницу, ни администрация стационара.

И хотя в принципе возможна ситуация, когда существование человеческого организма путем протезирования его отдельных жизненных систем может поддерживаться сколь угодно долго, каждый новый этап в развития медицины порождает больше новых проблем, нежели достигается его разрешением. Причем, сложность ситуации обусловлена не столько техническими трудностями (то, что они «в конце концов» преодолимы, и что все-таки не в них дело, достаточно наглядно продемонстрировали эксперименты по подключению искусственного сердца к человеку, проведенные в США в начале 80-х гг.), сколько возникающие при этом конфликты этического порядка и неоднозначность сопутствующего им морального выбора. Вот что пишет по этому поводу Р.Маслоу, президент Всемирной ассоциации неврологов: «У нас в США существуют четкие критерии мозговой смерти, и с регистрацией этого момента, собственно, никаких сложностей нет. О, если бы проблема исчерпывалась только этим. Нет, не исчерпывается; есть пациенты в безнадежном положении, чей мозг серьезно поврежден, но еще не мертв. Поставьте себя на место нейрохирурга, который должен удалить раковую опухоль мозга и подарить человеку полгода-год жизни в качестве бездумного растения. Этика нашей профессии все более становится непосильным, изматывающим душу бременем» . Но оправдывается ли это со стороны религии, философии, биоэтики, юриспруденции и всех других наук, которые легли в основу деонтологии?

Со стороны религии это является «грехом». Ведь душа уже покинуло тело, избавившись от мучений и земных грехов. Реаниматология позволяет вернуть эту душу обратно, что является греховным действием.

Если рассматривать это действие со стороны биоэтики, то реаниматология соответствует всем основным биоэтическим принципам. Реаниматолог выполняет и принцип соблюдения долга, и принцип «НЕ НАВРЕДИ», и принцип соблюдения прав и автономий пациента. Но по поводу принципа «ДЕЛАЙ БЛАГО!» спорят до сих пор. Является ли благом то, что врач при тяжелейшем состоянии пациента подарит ему жизнь, но не ту жизнь как бы ему хотелось, а жизнь на лекарствах и препаратах. Евляется ли благом то, что человек просуществует еще пару месяцев (лет, десятилетия), но уже как бездушное растение, которое редко способно на какие либо эмоции.

Прийти здесь к определенному выводу достаточно сложно, так как каждый в силу своих человеческих и религиозных утверждений будет вставать на сторону одного или другого довода. И с развитием медицины проблема реаниматологии будет порождать все новые и новые споры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время в медицине в понятие "деонтология" вкладывают принципиально иной смысл, чем раньше. Если раньше деонтология была о личном должном в поведении, то со временем она поменяла смысл. Прежде всего, деонтология понимается как учение о долге, наука о моральном, эстетическом, и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу - заботе о здоровье.

Некоторые вопросы, поставленные в деонтологии, являются объектом споров. К сожалению, эти споры не так то легко решить. К таким спорным вопрос относится и клиническая реаниматология.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицин Ю.П. Медицинская этика, деонтология, биоэтика. Проблемы социальной гигиены и история медицины 1998 №2
2. Юдин «Введение в биоэтику»
3. Назарова Л.А. Врач и нравственные аспекты профессии. Сибирское медицинское обозрение 2002 №4