

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
1-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**И. О. Походенько-Чудакова, О. И. Абаимова**

# **ДЕОНТОЛОГИЯ И ЭТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**

Учебно-методическое пособие



Минск 2004

УДК 616.31:614.253 (075.8)

ББК 51.1 (2) я 73

П 64

Авторы: канд. мед. наук, доц. И.О. Походенько-Чудакова; канд. мед. наук, доц. С.И. Абаимова

Рецензенты: зав. 2-й каф. ортопедической стоматологии, д-р мед. наук, проф. С.А. Наумович; зав. каф. стоматологии детского возраста, д-р мед. наук, проф. Т.Н. Терехова

Утверждено Научно-методическим советом университета  
в качестве учебно-методического пособия 12.10.2004 г., протокол № 2

**Походенько-Чудакова И.О.**

П 64 Деонтология и этика врача-стоматолога : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, О. И. Абаимова. – Мн. : БГМУ, 2004. – 44 с.

ISBN 985-462-381-5.

Изложены общие положения деонтологии и этики врача, подробно освещены этические проблемы стоматологии, указаны и разобраны источники профессионально-этических проблем, указаны пути их профилактики и решения на основе научно-обоснованных подходов. Приведены 12 принципов предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения, международный кодекс медицинской этики и текст клятвы Гиппократова. Содержится перечень контрольных вопросов для самоподготовки, ситуационные задачи.

Предназначено для студентов 3-го и 5-го курсов стоматологического факультета, клинических ординаторов и врачей-стоматологов.

УДК 616.31:614.253 (075.8)

ББК 51.1 (2) я 73

ISBN 985-462-381-5

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2004

## **ТЕМА: Деонтология и этика врача-стоматолога**

**Врачебная деонтология** — это совокупность принципов регулирования и норм поведения врача, обусловленная спецификой его деятельности и положением в социальном обществе.

**Цель занятия** — изучить основные положения деонтологии врача-стоматолога, уметь определять профессионально-этические проблемы, владеть методами их профилактики и решения на основе научнообоснованных подходов.

**Задачи занятия.** Для достижения основной цели занятия необходимо:

- знать основные положения врачебной и медицинской деонтологии;
- запомнить классификацию профессионально-этических проблем в стоматологии;
- знать основные модели построения взаимоотношений врача и пациента;
- знать и уметь указать сферы деятельности врача-стоматолога;
- уметь указать источники профессионально-этических проблем;
- знать классификацию врачебных ошибок по Г. Скрипкару, Т. Чорня (1983);
- знать источники вменяемых и не вменяемых в вину врачу ошибок по Герлингу;
- знать классификацию ятрогенных заболеваний по И.А. Кассирскому и классификацию ятрогений;
- знать деонтологические правила профилактики риска и терапевтических ошибок;
- знать, какие ошибки вменяются в вину врачу;
- уметь указать два уровня разрешения профессионально-этических проблем врача-стоматолога.

### **Требования к исходному уровню знаний**

Для полноценного усвоения темы практического занятия студенту необходимо:

- уметь дать определения медицинской и врачебной этики;
- знать и уметь расшифровать термин «деонтология»;
- указать, при выполнении каких функциональных обязанностей наиболее часто отмечаются врачебные ошибки, и охарактеризовать их причины;
- из курса истории медицины знать биографии и основные заслуги в специальности великих медиков;
- познакомиться с кодексом медицинской деонтологии.

### **Контрольные вопросы к исходному уровню знаний**

1. Пояснить термины «этика» и «деонтология».
2. Указать, что отличает медицинскую этику от врачебной.
3. Перечислить функциональные обязанности врача-стоматолога и указать, при осуществлении каких из них наиболее часто совершаются ошибки.
4. Изложить биографию одного из великих медиков и перечислить его основные заслуги в специальности.

## УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

### 1. Общие положения

В последнее время большую популярность среди врачей приобрел термин «деонтология». Слово происходит от греческого *deon* — долг. Причем одни переводят его как «учение о долге», другие — как «учение о должном» или «наука о должном». Так или иначе, несомненно одно: в профессиональном мышлении медиков любых специальностей, в том числе и стоматологов, понятие долга или должного является исключительно важным, а основным принципом деонтологии выступает сознательное подчинение личных интересов интересам общества.

Обилие литературы, посвященной вопросам морально-этического и правового регулирования деятельности медицинских работников, свидетельствует о том, что эти вопросы не утратили своей актуальности и в последние годы им уделяется все больше внимания, хотя медицинская этика — «душа медицины, мудрость врачевания» — зародилась на заре развития медицины и развивалась параллельно с ней и с совершенствованием здравоохранения. Так, в Индии уже более 3000 лет назад, в ведийскую эпоху, древнему врачу надлежало придерживаться следующего кодекса:

*«Всегда будь терпелив, внимателен и учтив,  
Будь скромн, подчини дела железной логике ума,  
Старайся исцеленье дать больному,  
Не требуя ни жертв, ни блага для себя».*

Многолетняя история медицины указывает на то, что большое число коллег своим бескорыстным и самоотверженным трудом и служением долгу снижали заслуженные любовь и уважение своих пациентов. Это подтверждают и слова Гомера:

*«Стоит многих бойцов один врачеватель искусный.  
Вырежет он и стрелу, и рану присыплет лекарством».*

(Г.В. Морозова, Г.И. Царегородцева, 1983).

И в наши дни большинство стоматологов в своей повседневной деятельности руководствуются гуманными целями оздоровления населения, избавления пациентов от страданий, бескорыстной лечебной помощи людям, нуждающимся в ней. Однако некоторые врачи видят пациента в качестве прямого или опосредованного источника своего заработка и существования. В этом случае в стоматологическом кабинете между врачом и пациентом могут возникать нестандартные морально-этические взаимоотношения, в основе которых лежит так называемый человеческий фактор.

Таким образом, **медицинская деонтология** — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей [П.А. Леус, 1997].

С философских позиций врачебная этика включает:

- общие вопросы поведения врача;
- нравственные правила, регулирующие взаимоотношения в медицинском коллективе;

– взаимоотношения врача и пациента в конкретных условиях специальности.

У врачей всех специальностей, в том числе стоматологов, прямое отношение к исполнению профессионального долга имеют их общемедицинская подготовка, владение современными методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, психотерапевтическое искусство, строгое соблюдение правил внутренней (отношение к труду, дисциплина, дружелюбие и чувство коллегиальности) и внешней (приличие, хороший тон и соответствующий внешний вид, то есть внешняя опрятность) культуры поведения. Эти слагаемые составляют медицинский этикет и касаются всех членов медицинского коллектива.

Что касается правил внутренней культуры, то они формируются в семье и школе.

К правилам внешней культуры относятся также форма приветствия и умение держать себя среди коллег и пациентов, умение вести беседу соответственно обстановке и условиям, взаимная вежливость. Студент, приветствуя пожилого сотрудника клиники, преподавателя или беседуя с ними, должен встать, быть сдержанным и тактичным, владеть собой, слушать преподавателя и собеседника. Между преподавателем, студентом и средним медперсоналом должны быть отношения, основанные на взаимном уважении, соблюдении субординации и четком выполнении своих профессиональных обязанностей.

К студенту как будущему врачу и к другим сотрудникам в клинике предъявляются следующие требования:

- соблюдение формы (чистый, отутюженный халат, полухалат, брюки; сменная обувь на низком каблуке; аккуратная прическа);
- использование при приеме пациентов также очков, перчаток, маски.

Внешность врача должна отражать внутреннюю собранность, самодисциплину. Медицинская «униформа» не нуждается в украшении. Опрятность доктора всегда ассоциируется в представлении пациента с его хорошей профессиональной подготовкой. Больной уверен, что аккуратный врач может хорошо лечить [П.А. Леус, О.И. Абаимова, Л.А. Казеко и др., 1998].

Издано немало книг и брошюр по медицинской деонтологии в стоматологии. Бесценно значение таких руководств в деле врачебного искусства, как «Дневник старого врача» Н.И. Пирогова, «Записки врача» В.В. Вересаева. В каждом из них деонтология представлена как мир врача.

Для исхода лечения исключительно важным является характер отношений, который устанавливается при первом контакте пациента с врачом. Только тот специалист может рассчитывать на успех лечения, который учитывает индивидуальные и личностные особенности больного. Пациент чутко прислушивается к каждому слову врача. Он должен постоянно ощущать оптимизм врача, особенно в критические минуты, это помогает ему уверовать в положительный результат проводимого лечения и преодолевать трудности на пути к выздоровлению.

Перед врачом постоянно стоят вопросы: «Как это сделать?», «Каким образом вселить в пациента уверенность в собственных силах, заслужить его расположение и доверие?».

## 2. Этические проблемы в стоматологии

Все этические проблемы в стоматологии можно разделить на два вида:

- морально-этические;
- профессионально-этические.

**Морально-этическая сфера** стоматолога зависит от его (ее) морального облика, формирующегося на основе воспитания в семье и школе.

**Профессионально-этическая сфера** стоматолога так или иначе связана с профессиональной деятельностью. Рассмотрим в классификацию профессионально-этических проблем по П.А. Леусу (1997):

Классификация профессионально-этических проблем	Конфликтующие стороны	Пример
Индивидуальная	Врач в себе	Врач знает о допущенной им диагностической ошибке, но пациент и коллеги о ней не знают
Врачебная	Врач – пациент	Допущена ошибка при диагностике пульпита, в результате чего возникло осложнение, что стало известно больному от другого врача
Коллегиальная	Врач – врач	Врач не согласен с материалами разбора случая его диагностической ошибки, представленными на врачебную конференцию его коллегой
Бригадная	Врач – младший персонал	Несмотря на неоднократные замечания врача, медсестра нарушает режим стерилизационной обработки инструментария
Общественная	Врач – население	Население информировано о том, что врач не использует современные методы лечения
Административная	Врач – администрация	Руководствуясь интересами пациентов, администрация ставит дежурство в выходной день врачу, имеющему маленького ребенка
Коллективная	Врач – коллектив	Врач не согласен с решением коллектива об отказе, о выдаче ему рекомендации для получения высшей категории
Социальная	Врачебное общество – население	Население не поддерживает рекомендации врачебного общества фторировать питьевую воду с целью профилактики кариеса

### ИНДИВИДУЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Жизнь современного врача и студента-медика проходит в достаточно интенсивном темпе. На то, чтобы приостановиться и сосредоточенно обдумать

прошедший день, не остается времени. Однако врачу совершенно необходимо выработать в себе эту привычку: думать обо всем, что услышал, увидел, узнал; анализировать все свои действия и поступки, обращая особое внимание на то, в чем ошибся, что можно было сделать или сказать лучше и как это следовало сделать.

Одним из важнейших условий, от которого зависит самовоспитание будущего врача, и которое во многом определяет индивидуальную форму профессионально-этической проблемы, является самокритичность. Только выработавший ее человек обретает способность видеть себя, свои поступки и действия как бы со стороны и объективно их оценивать. Восточная мудрость гласит, что истинный друг не тот, кто нас хвалит, а тот, кто нас заслуженно порицает. Стать таким другом и суровым судьей самому себе — одна из основных целей самовоспитания врача.

**Ответственность** за свои действия, работу и качество ее выполнения в деятельности врача приобретает особый смысл. Это связано с тем, что ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного соприкосновения с самым важным и сокровенным для любого человека — жизнью и смертью. Врачу вверяется самое драгоценное — жизнь и здоровье людей. Он несет ответственность не только перед отдельным больным, его родными, но и перед обществом в целом. Поэтому врач не имеет права быть безответственным.

Другим качеством, которое должен совершенствовать в себе будущий врач, является **наблюдательность**. В данном случае речь идет не об обывательской, а о пытливой профессионально-врачебной наблюдательности, позволяющей увидеть, запомнить и с медицинской точки зрения оценить не только малейшие изменения в физическом и психологическом состоянии человека, но и процессы, происходящие во внешней среде. Высокая значимость такого рода наблюдательности в практической и научной работе врача бесспорна. В последние десятилетия в связи с бурным развитием медицинской науки и техники в клиническую практику, в том числе в стоматологических клиниках, было внедрено огромное количество методов и способов диагностики, компьютерной обработки данных и т. д. Очевидна высокая ценность использования самых современных и высокоточных аппаратов и приспособлений для помощи врачу в диагностике и наблюдении за больным, изменениями в ходе течения того или иного заболевания. Однако современные и высокоточные исследования ни в коем случае не должны способствовать разрыву общения врача и пациента. К сожалению, нередко имеют место такие ситуации, когда врач, вызвав очередного больного и даже не взглянув на него, погружается в изучение всякого рода лабораторных данных, рентгенологических снимков, заключений специалистов. Затем приглашает пациента в стоматологическое кресло и, совершенно не обращая внимания на самого больного, выражение его лица, манеру держаться, говорить и реагировать на ситуацию, предлагает открыть ему рот. Подобная практика явно порочна. Современный стоматолог должен понимать, что никакие научно-технические и методологические достижения не должны заслонять главного — самого пациента с его индивидуальными физическими и духовными свойствами. Врач обязан входить в непосредственный контакт с больным,

научиться пытливый взором смотреть на него, замечать и выявлять такие изменения в его состоянии, которые подчас недоступны самым утонченным и совершенным методам объективного исследования. При этом важно широко использовать все достижения медицинской науки и техники для максимально точной постановки диагноза, коррекции лечебно-профилактических мероприятий, оценки их эффективности, но относясь к ним как к вспомогательным и не в коем случае не подменяющим самого общения с пациентом.

Ежедневная клиническая практика, помимо других качеств, нередко требует от врача особой выдержки, именуемой *самообладанием* или *профессиональным мужеством*. Нельзя не вспомнить слова профессора М.М. Дитерихса о том, что врач «должен быть не смелым, а не пугающимся, мужественным — вот то качество, которое гарантирует больному благоприятный выход из опасного положения». При этом необходимо подчеркнуть, что врачебное мужество допустимо проявлять только во всеоружии знания. Идти на риск имеет право только тот, кто достаточно подготовлен ко всякого рода случайностям. Только в этом случае может быть оправдано еще одно драгоценное качество врача — *решительность*.

Практическая деятельность врача тяжела. Коллегам всех специальностей, в том числе стоматологических, приходится переживать немало горьких минут, созерцая разочарование тех пациентов, которым сегодня мы не в силах вернуть полное здоровье, а можем лишь частично облегчить их состояние, помогая избавиться от тех или иных симптомов. Однако достижения современной медицины неизменно поддерживают наше убеждение в правоте слов И.И. Мечникова о том, что наука может и должна в будущем даровать людям счастливое существование. Этим определяется еще одно важное качество современного врача — *оптимизм*.

### ВРАЧЕБНАЯ ПРОБЛЕМА

Известно, что истина в медицине иногда продвигается сквозь гипотезы и даже ошибки. Опыт многолетних изучений и наблюдений, в том числе и в странах Западной Европы, убеждает, что ни один доктор не застрахован от ошибок. Однако их вероятность наиболее высока в тех случаях, когда не были установлены хорошие взаимоотношения между врачом и пациентом.

Многочисленными исследованиями доказано, что в случаях, когда больные начинают критиковать своих лечащих врачей, они значительно реже касаются их профессиональной компетентности, а чаще жалуются на неадекватность общения с врачом: «Да, мне становится лучше. Но мне никто не объясняет, что со мной происходит», «Со мной вообще почти не разговаривают. Они смотрят только на результаты моих анализов и обсуждают только их».

Ограниченность информации и неадекватное ее представление лежат в основе отрицательного отношения пациента к врачу. Анализ, проведенный представителями административных органов здравоохранения Российской Федерации, связанных по долгу своей работы с анализом жалоб от населения, говорит о том, что большинство их обусловлено скорее неудачами в общении с пациентом, нежели действительно плохой медицинской помощью.



В чем же кроются причины низкой компетентности современных врачей в вопросах правильного установления диалога врач – больной? Среди них можно отметить отвлеченность от практики предмета медицинской этики и деонтологии или традиционное для прежних лет пренебрежение к личности, капризность мира врачей и т. д.

Любой человек, который когда-нибудь имел несчастье быть в роли больного или являлся родственником пациента, может пылко и красочно рассказывать о своих злоключениях и неприятных контактах с медперсоналом. При этом следует подчеркнуть, что больные в большинстве случаев находят неудовлетворительными их взаимоотношения с врачами. Часто доктора представляются им людьми, с которыми трудно общаться: они недружелюбны, не соответствуют представлениям пациента и не способны создать доверительные отношения с ним.

Одним из отличительных моментов современной медицинской этики является тот факт, что все большее и большее число больных хочет участвовать в процессе принятия решений, касающихся их жизни и здоровья: в частности, в выборе тактики лечения. Подобная тенденция является следствием возрастающего образования и внимания к своему здоровью среди населения. Это, в свою очередь, подразумевает еще большую компетентность врачей в тактике построения диалога с пациентом.

Известно, что модель взаимоотношений формируется на основании личностных качеств врача, его такта и интуиции. В настоящее время целые творческие коллективы разрабатывают научные подходы к построению правильного с учетом современных представлений диалога между врачом, больным и его родственниками. При этом старшее поколение врачей работает так, как работали их учителя, как подсказывает им их опыт и воспитание, а младшее поколение учится на примере старших, при этом совершенно игнорируя огромный мировой опыт.

Согласно О.М. Лесняку (2003), существует пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента (см. табл.).

*Таблица*

**Основные модели построения взаимоотношений врача и больного**

<b>Модель</b>	<b>Роль врача</b>	<b>Описание модели</b>
<b>Активно-пассивная</b>	Выполняет свою работу без участия пациента	Основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений
<b>Покровительственная</b>	Объясняет пациенту, что необходимо сделать, чтобы помочь ему. Выполняет роль наставника	Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима

Модель	Роль врача	Описание модели
<b>Информативная</b>	Роль компетентного технического эксперта	Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает
<b>Интерпретивная</b>	Консультирует больного и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника	Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам
<b>Совещательная (договорная)</b>	Вовлекает пациента в обсуждение, в течение которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся здоровья	Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчения страдания или восстановления здоровья. Вслед за этим, согласно первой из них (*активно-пассивной*), следует лишь объявление больному, как в дальнейшем предполагается с ним поступить (когда прооперировать или какой лекарственный препарат назначить), согласно же второй (*покровительственной*), врач доносит до пациента избранную информацию, которая позволяет больному лишь согласиться с той тактикой лечения, которую избрал доктор. Обе указанные модели до сих пор преобладают в общении медицинского персонала в большинстве медицинских учреждений СНГ и некоторых стран Европейского Союза. Однако единственно возможное безапелляционное применение таких моделей общения может иметь место лишь в случае необходимости неотложных вмешательств (срочная операция или бессознательное состояние больного).

*Информативная модель* никогда не использовалась в нашей практике и, вероятно, никогда не будет применена. Она представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. От него ожидается лишь грамотное выполнение своих обязанностей по постановке диагноза и сообщению больному возможностей лечения. Другими словами, врач является продавцом услуг, а пациент — покупателем. При этом право выбора сохраняется полностью за покупателем.

*Интерпретивная модель* мало отличается от информативной. Она основана на том, что общение врача с больным — это не простой обмен информацией, а помощь со стороны врача в принятии решения. Однако, как и при информативной модели, решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом. В этом случае совершенно необоснованно предполагается, что больной сам очень хорошо знает, что ему необходимо.

Самая разумная модель — *совещательная*, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию больным таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение. Совещательная модель изменяет роль больного в самом процессе диагностики и лечения. Из пассивного объекта вмешательств он становится активным соавтором, но также и лицом, несущим определенную ответственность за свое здоровье. В этой связи модель получила свое развитие и в отношении информированного согласия пациента на проведение ему диагностической или лечебной манипуляции, а также на его участие в проведении научного исследования.

### КОЛЛЕГИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

При рассмотрении проблемы этики поведения в системе врач — врач необходимо выделить основные и общие принципы, которые следует соблюдать независимо от того, где трудится медицинский работник, а также частные, которые следует соблюдать с учетом специфических условий поликлиники или больницы.

В общих вопросах условно можно выделить два основных:

– соблюдение принципов внутренней культуры — правил отношения к труду, соблюдения дисциплины, бережного отношения к общественному имуществу, дружелюбия и чувства коллегиальности;

– соблюдение принципов внешней культуры поведения — правил благопристойности, приличия, хорошего тона и соответствующего внешнего вида (внешняя опрятность, необходимость следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, отсутствие излишеств в украшениях и косметике). К правилам внешней культуры относятся также форма приветствия и умение держать себя среди коллег, умение вести беседу соответственно обстановке и условиям.

Одним из требований коллегиальных отношений является взаимная вежливость. Это касается, прежде всего, необходимости приветствовать друг друга, не проявляя при этом фамильярности. Молодой человек, приветствуя пожилого человека, женщину или лицо старше себя по должности либо беседуя с ними, должен встать. Очень важно быть сдержанным и тактичным, владеть собой и считаться с желаниями других людей. Беседуя с коллегой, особенно со старшим, надо уметь слушать собеседника, не мешая высказать ему то, что он думает, а затем, если в этом имеется необходимость, спокойно возразить, но без грубости и личных выпадов, ибо это не способствует выяснению вопросов, а свидетельствует о бестактности и несдержанности. Нетактичен и неуместен громкий разговор в медицинских учреждениях, не говоря уже о попытке выяснения личных отношений.

Сдержанность и чувство такта необходимы в отношениях с коллегами, удрученными личными переживаниями. Бестактно спрашивать у них о причи-

нах «плохого настроения». Умение дорожить своим и чужим временем является внешним проявлением внутренней собранности и дисциплинированности человека.

### **БРИГАДНАЯ ПРОБЛЕМА**

Долг каждого врача — проявлять заботу об авторитете среднего медицинского персонала (медицинских сестер и младших медсестер), помня, что они являются ближайшими его помощниками. Проявляя постоянное внимание к повышению знаний медицинских сестер, расширению их кругозора, необходимо в то же время стараться не заполнять их служебное время не свойственными им обязанностями.

Одной из важнейших задач медицинской сестры является создание благоприятной обстановки для пациентов в поликлинике и стационаре. Средний медицинский персонал должен осуществлять внимательный уход за больными с учетом их жизненных потребностей. Иначе все так называемые мелочи неизбежно будут отражаться на настроении больного и, в конечном счете, скажутся на результатах лечения.

Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала должны строиться с учетом того, что они заинтересованы в результате общего дела — в успешном лечении пациента. Постоянное желание помочь товарищу по работе, скромность и приветливость украшают медицинскую сестру. Очень важным является тактичное отношение врача к младшему персоналу. Требуя должной дисциплины, он обязан разъяснять медицинским сестрам их обязанности и необходимое поведение с пациентами. Внешний вид медицинской сестры также имеет значение. Прежде всего, опрятность в одежде с учетом установленной формы. При выполнении своих служебных обязанностей от среднего медицинского персонала необходимо требовать исключительной внимательности, обязательности и четкости исполнения назначений и указаний врача. Все эти качества имеют непосредственное отношение к правильному лечению больных. В случае, когда у медицинской сестры имеются какие-либо сомнения в отношении назначений или распоряжений врача, она ни в коем случае не должна высказывать их в присутствии больного. Когда пациенты видят соблюдение должной субординации, у них возникает ощущение, что в лечебном учреждении, где они присутствуют, существует необходимый порядок. Четкая работа среднего медицинского персонала, внимательное и заботливое отношение к больным благоприятно влияют на психику пациентов, повышают доверие больных к действиям врачей, способствуют соблюдению лечебно-охранительного режима.

Такие качества, как гуманность и корректность, чуткость и отзывчивость к товарищу по работе, выступают общепризнанными нормами поведения, а следовательно, и первым условием хорошего настроения и нормального психологического климата в коллективе. Грубость всегда является источником моральных травм, бестактность омрачает жизнь человека и неизбежно отражается на его работоспособности.

Доброжелательность должна стать не только чертой характера отдельных индивидуумов, но и обязательным условием взаимоотношений в любом медицинском коллективе.

Врач должен помнить и разъяснять среднему медицинскому персоналу, что доброе слово входит в понятие такта. Под ним понимается умение вести себя деликатно, чтобы никому не причинить неприятности. Но всегда ли мы так поступаем? Отвечает ли человек за испорченное кому-нибудь настроение? Нет, не отвечает, а следовало бы отвечать! Настроение людей выступает такой же реальной созидательной силой, как электрическая энергия. Оно нередко является ведущим в повышении производительности труда, в организации лечебно-профилактического процесса и научных исследований. Всегда следует помнить, что грубые слова, бестактное отношение — отрицательный раздражитель, влияющий на нервную систему каждого из участников конфликта, а через нее опосредованно на органы и системы всего организма и вызывающий негативные ответные реакции, иногда необратимые.

### **ОБЩЕСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМА**

Медицинская наука всего мира придает исключительное значение профилактическим мероприятиям. Ученик С.П. Боткина В.А. Манассеин подчеркивал, что «невозможно представить себе настоящего врача иначе, как терапевтом и гигиенистом одновременно». Идеал медицины будущего, к которому следует стремиться, — это медицина здорового человека. В связи с этим одной из первостепенных задач является ознакомление широких масс населения с личной гигиеной, в том числе с правилами гигиены полости рта. Другим важным вопросом является разъяснение принципов здорового образа жизни (при рассмотрении с точки зрения стоматологов — сбалансированного питания, отказа от таких вредных привычек, как курение), соблюдение условий труда.

При этом следует помнить, что профилактические рекомендации должны быть научно обоснованы и вытекать из глубокого изучения причин болезни. Обязанность стоматолога — в индивидуальных беседах, советах, а также в лекциях пропагандировать указанные выше положения.

### **АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПРОБЛЕМА**

Результаты труда коллектива зависят не только от профессионального мастерства его членов и организационных мероприятий, но и от той атмосферы, в которой протекает трудовая деятельность, — от морального климата. Если в коллективе устанавливаются доброжелательные и доверительные отношения, творческий подход к делу и принципиальность в оценке труда, сочетающиеся с высокой требовательностью, то человек в этих условиях может реализоваться в полном объеме и труд для него будет радостью. В тех же коллективах, где вопросам морального климата не уделяется должного внимания, люди работают не в полную меру своих сил и возможностей, инициатива и способности не развиваются, что отрицательно сказывается на лечебном процессе. Е.В. Дубровин отмечает, что истинной «близости людей по крови нет. Есть только по духу». Поэтому полноценный коллектив формирует и сплачивает не только общая задача, проблема, но и соответствующая обстановка, порождаю-

щая духовную близость людей. И в этом плане особенно важна роль руководителя коллектива.

Известно, что авторитетность любого медицинского учреждения, в том числе стоматологического, во многом определяет его эстетическое оформление. Лечат не только лекарства, но и вся обстановка, поэтому особенности дизайна медицинского учреждения, мебель, белье, спецодежда врачей и среднего медицинского персонала — все это является атрибутом лечебно-профилактического процесса. При этом эстетическое оформление не должно заслонять главную задачу медицинского учреждения и его руководителя — организацию и совершенствование лечебно-профилактической помощи. Руководитель обязан иметь высокий авторитет в своем коллективе, заключающийся в сознании всех сотрудников и во мнении пациентов.

### **КОЛЛЕКТИВНАЯ ПРОБЛЕМА**

Во многих публикациях, монографиях и руководствах, посвященных вопросам врачебной этики и деонтологии, подчеркивалось, что медицинский коллектив — это тесное содружество людей, объединенных общим стремлением отдать все свои силы делу, которому призваны служить. Их единство и дружеская спайка подчинены единому принципу: «Все для пользы дела, все в интересах больных!», обеспечивают творческую целенаправленность и эффективность труда.

Успешная работа любого коллектива складывается из двух основных моментов. Первым является трудолюбие каждого из его участников. Вторым следует рассматривать трудовую дисциплину.

Каждый медицинский коллектив должен ценить, беречь и укреплять лучшие традиции, настойчиво прививать их каждому новому сотруднику, вливающемуся в его ряды. Важным является то, что такие традиции будущий врач должен усвоить и научиться чтить еще на студенческой скамье. Каждый студент должен стараться и прилагать максимум усилий, чтобы в его группе присутствовали творческая целенаправленность и созидание.

Следует помнить, что во врачебном коллективе не должно существовать более или менее важных дел, заданий и обязанностей. Все в одинаковой степени важны и все равно значимы. В связи с этим и отношения в коллективе между его членами должны складываться на основе равенства, взаимоуважения, взаимопомощи и взаимного доверия. В нерушимости нормальных коллегиальных отношений должен быть заинтересован каждый из представителей коллектива. Иногда это достигается путем преодоления личных симпатий или антипатий, укрощения излишнего самомнения, задетого самолюбия, чувства зависти. В интересах общего дела всегда необходимо проявлять максимум такта, взаимопонимания, взаимной вежливости и самодисциплины.

Взаимное уважение всех представителей медицинского коллектива невозможно без доверия и искренности. Каждому из практикующих врачей случается допускать какие-либо погрешности, промахи и недочеты в работе. В большинстве случаев в спаянном и дружном коллективе с помощью более опытных коллег и руководителей все ошибки могут быть исправлены без причинения вреда пациенту и делу. При этом необходимо подчеркнуть, что подоб-

ное позитивно направленное развитие ситуации возможно лишь в том случае, когда ошибка вовремя замечена, не скрыта и не утаена.

Никогда не следует бояться признавать свои ошибки и упущения. Самокритика и благожелательная принципиальная критика — основа жизни коллектива, эффективный метод его воспитания, сплочения и укрепления.

### СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

На сегодняшний день мировое сообщество находится на сложной исторической стадии развития. Далеко шагнувший научно-технический прогресс наряду с созданием современных способов и методов диагностики, новых фармакологических препаратов и т. д. создал грозное оружие сильнейшей разрушительной силы, угрожающее жизни и здоровью людей. Еще одним тяжелым бременем современности является международный терроризм. Чувство профессиональной ответственности за здоровье всех людей нашей планеты объединило врачей в борьбе за мир, предотвращение использования ядерного оружия и оружия массового поражения, терроризма. Право каждого человека на здоровье следует понимать так, что никто не может быть лишен своего здоровья каким-либо действием со стороны других людей, включая медицинских работников. Право человека на здоровье в большинстве стран мира защищено соответствующими законами и документами общественных медицинских организаций:

- Законодательством Республики Беларусь;
- Постановлением Исполнительного Комитета Сообщества Беларуси и России от 16 мая 1996 года № 2 «О взаимном предоставлении гражданам Беларуси и России равных прав в получении всесторонней медицинской помощи»;
- Международным кодексом медицинской этики, принятым 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Лондон, Великобритания, 1949 г.), дополненным 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, 1968 г.) и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, 1983);
- 12 принципами предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения, принятыми 17-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Нью-Йорк, США, 1963 г.), дополненными 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, 1983 г.)

В международных документах о здравоохранении и правах человека освещаются этические и правовые вопросы жизни человека, связанные с оказанием лечебно-профилактической и реабилитационной помощи, проведением научных исследований и клинических испытаний, внедрением в практику новых методов и подходов к лечению тех или иных заболеваний. Современная ситуация оказывает влияние на «врачебную тайну». Существует мнение о том, что способы хранения медицинской документации нарушают принцип конфиденциальности взаимоотношений врача и пациента. Медицинская информация о больном в некоторых случаях становится доступной лицам, не имеющим медицинского образования. Бесспорно, что базы медицинской документации должны быть открыты только для представителей медицинской профессии. В связи с этим недопустима их связь с другими централизованными банками данных.

В настоящее время хранение медицинской информации в компьютерной системе ставит ряд этических проблем. Во-первых, как поступать в тех случаях, когда медицинская информация, предназначенная только для врача, проходя обработку на ЭВМ, становится доступной программистам и другим техническим служащим, которые не соприкасались с пациентом и могут не испытывать чувства ответственности перед ним. Во-вторых, существуют опасения, что данные, полученные в результате доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом, могут быть использованы другими лицами в своих интересах. Решение указанных вопросов в соответствии с принципами медицинской этики должно происходить при непосредственном участии врача и непосредственно под его контролем. Только врач решает, какие сведения, полученные им от пациента, в интересах общества следует сообщить тем или иным заинтересованным лицам и организациям, а какие должны быть тайной врача и пациента.

Несомненно, что по мере дальнейшего продвижения технического прогресса в медицине будут возникать новые этические и правовые проблемы, затрагивающие интересы больных, медицинских работников и общества. Однако следует помнить, что каждый раз врач, решая подобную проблему, не независимо от того, какими этическими установками владеет общество, в котором он выполняет свою миссию, вне зависимости от общественно-экономической формации должен руководствоваться принципом «не вреди».

В условиях значительного повышения общего и санитарно-гигиенического уровня культуры населения пациент не только глубже и грамотнее ориентируется во многих общих медицинских вопросах. В связи с этим он более критично оценивает мнения, высказывания и советы врачей, их внутреннюю и внешнюю культуру. Закономерно, что больной хочет лечиться у врача, который для него кажется личностью большего масштаба, чем он сам. Все указанное требует систематического повышения профессионального, общекультурного и нравственно-этического уровня врачей, в том числе стоматологов.

Наряду с повышением этико-деонтологической культуры медицинских работников необходимо совершенствовать и нравственное воспитание населения. В этих условиях повышается роль врачей всех специальностей в мотивации здорового образа жизни. Каждый врач должен обращать внимание на то, как населением реализуются явные и потенциальные возможности осуществления основных принципов здорового образа жизни. Соблюдение в труде и быту гигиенических норм, формирование разумных потребностей, создание в трудовых коллективах хорошего морально-психологического климата, развитие массового физкультурного движения — все это является неотъемлемым содержанием здорового образа жизни. К социальной профессионально-этической сфере деятельности врача-стоматолога следует отнести и разработку научных методов управления образом жизни с учетом его целостного аспекта.

Необходимо помнить, что образ жизни как интегральная часть той или иной социальной системы всегда содержит в себе человеческий фактор, имеющий определенную нормативно-аксиологическую характеристику. Если в образе жизни людей отражено их определенное отношение к обществу, к самим себе и своему здоровью, то было бы ошибочно противопоставлять научное управ-



ление ценностному. Однако следует отметить, что ценностное управление и прогнозирование не всегда поддаются строгому количественному и качественному измерению. При этом данную существенную сторону жизнедеятельности людей нельзя не учитывать в процессе планирования гигиенического образа жизни. В связи с этим при мотивации здорового образа жизни необходимо учитывать не только общественные, социологические и нравственно-психологические закономерности, но и специфику проявления их у индивидуумов в зависимости от возраста, пола, формы заболевания, психических и социальных свойств личности.

### **3. Источники профессионально-этических проблем**

**Врач-стоматолог** — это профессионал, владеющий специальными знаниями и умениями для практического осуществления диагностики, лечения и предупреждения болезней зубов, полости рта и челюстно-лицевой области в целом.

Профессиональную деятельность врача-стоматолога подразделяют на следующие сферы:

- общемедицинскую;
- специальную (специфическую);
- социальную или общественную;
- научно-исследовательскую.

Среди указанных сфер деятельности только специальная (специфическая) отличает деятельность врача-стоматолога от деятельности представителей других врачебных специальностей. На примере клиники терапевтической стоматологии выделяют следующие функции врача-стоматолога, которые наиболее часто вызывают профессионально-этические проблемы:

- диагностика болезней твердых тканей зубов;
- обезболивание;
- препарирование кариозных полостей;
- эндодонтическое лечение;
- профессиональная гигиена;
- медикаментозное лечение.

#### **ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Большинство ошибок, допускаемых в медицине, как правило, происходит в области диагностики, ибо медицина, в том числе стоматология, не только наука, но и искусство. Этим объясняется тот факт, что к диагностике и лечению одного и того же зуба различные стоматологи подойдут по-разному. Причем подход каждого врача будет иметь сходные основополагающие моменты и отличаться большим количеством дополнительных деталей. Это придает работе элемент персональности, искусства и тем самым повышает ответственность врача. Следует помнить, что в определенных условиях клиническая практика имеет элемент непредвиденности, особенно в области диагностики. Именно поэтому врач обязан следовать всем логическим этапам выполнения диагностиче-

ских мероприятий, начиная с анализа и синтеза полученной информации. Это вызывается необходимостью, во-первых, не подвергать больного риску ненужных обследований, а во-вторых, обеспечить ему диагностическую и лечебную помощь, используя самые безопасные средства.

Известно, что путь от гипотетического к теоретическому не лишен сомнений и использование новых знаний может в определенных условиях открыть ворота ошибочным интерпретациям. В таком виде ошибка иногда является данью медицинскому прогрессу.

Итак, **врачебная ошибка** — это добросовестное заблуждение врача, которое повлекло или могло повлечь определенный ущерб здоровью больного. Активно практикующий врач может иногда допустить ошибку, ибо в медицине без определенного риска зачастую нет возможности достичь желаемого терапевтического эффекта, невозможен прогресс. В связи с этим познание и признание ошибок представляют собой акт профессиональной честности, нравственное кредо в условиях сложности развития медицины и в то же время являются самым верным путем их устранения. Непризнание же ошибок представляет собой недеонтологический акт, несущий вред врачу и больному.

Если технический прогресс способен умножить источники ошибок, то он же способствует более легкому их обнаружению и устранению, а соответствующий врачебный деонтологический разбор помогает избежать их в будущем. Аристотель утверждал, что осторожность является самым полезным профессиональным актом предотвращения ошибок. Таким образом, профессиональная медицинская осторожность представляет собой умение направлять принятый риск в полезное пациенту и медицинскому прогрессу направление.

Существует множество классификаций ошибок. По Г. Скрипкару и Т. Чорня (1983), выделяют следующие их виды:

- комиссивные (когда делают что-то) и оmissивные (когда не делают того, что надо);
- несомненные и сомнительные;
- доброкачественные и злокачественные;
- фактические (которые относятся к природе медицинского факта, к характеру работы и могут способствовать развитию медицины) и нормативные (которые относятся к неправильному профессиональному поведению врача и, как правило, приносят ущерб больному и медицине).

Фактическая ошибка относится к области профессионального сознания, вменяется в вину врачу и приравнивается к правонарушению. Это касается тех случаев, когда кто-нибудь умышленно пренебрегает общепринятыми техническими правилами относительно определенного медицинского явления. Если фактическая ошибка исключает возможность предвидения ее отрицательных последствий, то это не значит, что она не поддается моральному анализу и тем самым профессиональной оценке.

Как правило, под не вменяемой в вину врачу ошибкой понимают ситуацию, когда те или иные выводы делаются в согласии с условием развития явления, когда речь идет о неадекватном познании фактической ситуации, развивающейся в условиях соблюдения профессиональных технических норм.

Ошибка, совершенная в таких условиях, чаще всего объясняется несовершенством медицинской науки в данный конкретный момент, индивидуальной реактивностью больного, интеллектуальными или иными особенностями врача. Совершает не вменяемую в вину ошибку любой врач, который в тех или иных условиях работы является жертвой тех же самых препятствий или непредвиденных ситуаций.

Ошибка считается вменяемой в вину в ситуации, в которой любой другой медик был бы в состоянии избежать ее, так как она была вызвана неумением или некомпетентностью врача, отсутствием его внимания, неосторожностью, превышением своей компетентности, поверхностной оценкой случая, то есть несоблюдением норм профессионального поведения. Такие ошибки являются нормативными и не снимают с врача ответственности.

По Герлингу, источники вменяемых и не вменяемых в вину ошибок состоят в:

- недостаточности знаний (проблемы в знаниях);
- отсутствии опыта;
- дефиците трудовых возможностей;
- ошибочно выработанных суждениях (поспешная оценка случая, предвзятое мнение, тщеславие или профессиональный снобизм, чрезмерное доверие некоторым медицинским авторитетам, погоня за первенством, пробелы в ведении документации, чрезмерный оптимизм или пессимизм);
- недостатках техники;
- лабораторных артефактах или ошибочных оценках лабораторных данных;
- множестве лабораторных исследований, которое влечет за собой неуверенность в собственных суждениях и создает риск обойти исследования, дающие максимальный шанс для постановки верного диагноза;
- пренебрежении тем, что именно клиническая проверка устанавливает истинность лабораторных обследований.

С гносеологической точки зрения источники ошибок могут быть:

- объективными (связанными с болезнью, пациентом, его реактивностью, несовершенством науки в определенный момент, ограничением возможности поставить правильный диагноз);
- субъективными (связанными с врачом).

К объективным источникам ошибок следует относить сложность болезни, неправильную информацию, полученную от больного, сложности клинического осмотра, симптоматическую скудность болезни. Превращение указанных возможностей ошибки в действительную ошибку всегда зависит только от врача, который сам может оказаться жертвой профессиональной ошибки ввиду незнания, неполной проверки полученной информации или неадекватного суждения.

Источники профессиональных ошибок могут рассматриваться как:

- фактические (полное или частичное несовпадение с действительностью фактов, установленных позже),
- логические (нарушение правил медицинской логики).

С медицинской точки зрения диагностическая ошибка как полное или частичное несовпадение с действительностью может выразиться в неполном или ошибочно оформленном заключении о диагнозе. При этом фактическая ошибка диагноза состоит в неверном определении характера болезни, а логическая — в неадекватном оформлении диагноза.

Причины ошибок в диагностике многочисленны. Одной из наиболее частых причин является непрочное овладение своей профессией. Не менее часто встречаются ошибки, связанные с неполным изучением болезни (из-за спешки, поверхностного осмотра или халатности). В связи с этим деонтологические правила подлинно научного диагноза вытекают из соблюдения ряда принципов, одним из которых является «торопиться нужно медленно», исключения составляют неотложные состояния. Правильно оценивая анамнез, недостаточному практическому опыту следует противопоставлять кропотливость и максимальное внимание. Нужно вырабатывать клиническое чувство, которое подразумевает способность целостной, быстрой и правильной оценки ситуации и которое не может быть развито без постоянной клинической практики и собственных наблюдений.

Когда идет речь о высших ценностях человека — жизни и здоровье, должен быть принят во внимание даже малейший риск, а необходимый риск нужно измерить и тщательно контролировать, сводя его к нулю. К риску следует прибегать всегда, когда это в интересах больного, когда он обоснован научными данными и клинической практикой, когда положительного результата в лечении невозможно достичь иначе и к нему прибегают с согласия пациента.

Прибегая к риску, необходимо решить вопрос о согласии пациента с лечением, соблюдая суверенное право каждого человека на информацию о собственном теле. Согласие нужно стремиться получить в условиях благоприятного деонтологического климата, учитывая как риск чрезмерного предупреждения, так и риск введения в заблуждение. Первый иногда влечет за собой отказ от лечения. Обязанность врача — всегда персонализировать лечение путем соответствующей оценки риска тех или иных манипуляций.

Профилактика риска и терапевтических ошибок требует:

- полной компетентности (по отношению к применяемым методам, способам и средствам лечения) как высшей формы профессиональной честности;
- необходимости постоянного внимательного отношения к пациенту (не только в случае тяжелых заболеваний);
- рациональной осторожности и соблюдения принципа «не навреди», что на сегодняшний день является особенно важным, учитывая широкий арсенал фармакологических препаратов;
- способности принимать меры и решения в самых сложных ситуациях (риск в интересах пациента);
- постоянной добросовестности по отношению к профессиональным обязанностям.

В профилактике врачебных ошибок следует исходить из определенных деонтологических критериев. Необходимо научно сопоставлять конкретные ре-

альности медико-биологического факта с абстрактным характером этико-юридических норм и принципов.

Профессиональная и юридическая ответственность с точки зрения деонтологии является постоянной требовательностью врача к себе. Соблюдение нравственно-этических принципов позволяет охранять интересы больного и общества в целом, способствует прогрессу медицинской науки и стимулирует полезную инициативу врача в интересах пациента.

С подобной точки зрения, вменяемыми в вину врачу диагностическими ошибками считаются:

- непроведение тщательного или полного обследования больного;
- неиспользование дополнительных методов обследования для установления диагноза;
- отказ от консультации с другими необходимыми специалистами по личной инициативе врача или по просьбе родственников пациента и т. д.

Вменяемыми в вину врачу терапевтическими ошибками считают:

- вмешательство без диагноза или с ошибочным диагнозом;
- незнание свойств и механизма действия какого-либо примененного медикаментозного средства;
- не взятие согласия пациента на предлагаемый план лечения, а ограничение простым информированием;
- ненаблюдение за ходом лечебных мероприятий.

Разграничение вменяемых и не вменяемых в вину стоматологу ошибок должно осуществляться путем конкретного анализа условий его работы. В подобных случаях всегда следует ставить и решать вопрос о том, существовали ли необходимые условия для того, чтобы диагноз был поставлен максимально точно, и сделал ли врач все возможное для пациента в соответствии с этими условиями. Только в таком случае будут сделаны правильные выводы юридического и деонтологического характера.

Наука об ошибках именуется **эрологией**. Тесно с врачебной ошибкой связаны **ятрогенные заболевания** — психогенные и соматогенные патологические состояния, прямо или косвенно связанные с действиями врача.

По И.А. Кассирскому, **ятрогенными заболеваниями** принято считать «болезни функциональные и органические, непосредственной причиной которых являются действия врача:

- 1) психическое травмирование больного неумелым подходом (нарушение норм так называемой «психической асептики»);
- 2) неправильное проведение техники инструментального исследования, ошибочное введение медикаментозных средств и др.

В данном случае действия врача могут быть:

- ошибочными (необоснованными);
- правильными (на сегодняшний день);
- вынужденными (умышленно направленными на создание процесса).

## Классификация ятрогений

**1-я группа:** ятрогения, связанная с профилактическими мероприятиями (вывих зуба, полученный в результате несоблюдения правил снятия зубных отложений).

**2-я группа:** ятрогения, связанная с процессом диагностики заболевания.

**3-я группа:** ятрогения, связанная с видами проводимого лечения (медикаментозная и т. д.).

**4-я группа:** ятрогения, связанная с проведением реанимационных мероприятий.

**5-я группа:** ятрогения, связанная с изменением психики больного в связи с неблагоприятным влиянием медицинского персонала.

**6-я группа:** ятрогения, связанная с дефектами в организации процесса оказания медицинской помощи.

**7-я группа:** ятрогения, связанная с бездействием, то есть неоказанием медицинской помощи.

**8-я группа:** ятрогения «псевдоболезни», связанная с ошибочным диагнозом и развитием нового заболевания вследствие лечения или нелечения.

### ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Обезболивание является одной из наиболее важных функций стоматолога, так как любые манипуляции, связанные с ощущением пациентом боли, негуманны. Следует отметить, что на сегодняшний день обезболивание на приеме у врача-стоматолога применяется не всегда, а выполненное обезболивание иногда оказывается неадекватным, в связи с чем большинство населения испытывает чувство страха перед предстоящим визитом к специалисту. Поэтому проблему обезболивания принято считать профессионально-этической проблемой в стоматологии.

Следует исходить из того, что указанная функция врача-стоматолога состоит в обеспечении абсолютно безболезненных стоматологических манипуляций. В случаях, когда эта функция не выполняется, возникают профессионально-этические проблемы. Они заключаются в том, что врач причиняет боль пациенту, который страдает от неё и высказывает свои обоснованные претензии врачу. Рассматриваемая ситуация может являться пусковым механизмом в развитии конфликта между больным и врачом. В результате пациент утрачивает доверие к врачу, лечебному учреждению, боится и старается избегать посещения стоматолога вообще.

Анализируемая серьезнейшая этическая проблема в стоматологии должна быть решена путем широкого и квалифицированного проведения обезболивания. Врач-стоматолог обязан владеть всеми видами местного обезболивания и знать механизмы действия анестезирующих веществ, их показания и противопоказания.

Нередко от врачей различных стоматологических специальностей можно услышать оправдание, что обезболивание не может быть выполнено в связи с отсутствием необходимых обезболивающих средств. К сожалению, случается и так, однако следует подчеркнуть, что если бы отмечалось нарастающее стрем-

ление врачей работать без боли, то проблема дефицита анестетиков и их выбора решалась бы значительно быстрее и эффективнее.

### **ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ**

Выполнение данной врачебной функции составляет основную часть всего рабочего времени стоматолога-терапевта. В основе возникновения возможных этических проблем при препарировании лежат следующие неправильные действия врача:

- болезненное препарирование;
- перегревание тканей зуба;
- травма органов и тканей полости рта;
- «случайное» вскрытие полости зуба;
- разрушение структур зуба;
- недостаточное препарирование.

Все перечисленные выше действия следует относить к категории врачебных ошибок, которые могут повлечь осложнения, ухудшение состояния здоровья пациента. В связи с указанными фактами наблюдается и значительное число жалоб и нареканий больных.

Нередко врач, пользуясь тем, что пациент не может владеть достаточным объемом знаний по проблемам стоматологии, скрывает свои серьезные ошибки. Например, оценивая качество боров, стоматолог заранее знает, что не сможет осуществить препарирование так, как этого требуют правила, но продолжает выполнение манипуляций, не обращая внимания на указанный факт. Подобная тактика может привести к совершению более серьезных ошибок, перечисленных выше. В данной ситуации врач должен честно и откровенно объяснить больному проблему и найти правильное ее решение. Болезненное и травматическое препарирование зуба тупым бором является неграмотным действием стоматолога. Если технически невозможно выполнение препарирования зуба, то не следует подвергать пациента неоправданным страданиям, неизбежно ведущим к осложнениям.

### **ПЛОМБИРОВАНИЕ**

Большинство этических проблем, связанных с этой функцией стоматолога, возникает в связи с постановкой пломб. Нередко они имеют место уже через 2–3 дня после визита к специалисту. В этой ситуации весьма сложно объяснить пациенту причину происшедшего. Иногда можно услышать, что был плохой пломбировочный материал. Однако подобное объяснение неизбежно влечет за собой правомерный вопрос: «А зачем пломбировать таким плохим материалом?». К сожалению, имеют место и такие случаи, когда имеется хороший пломбировочный материал, но врач пользуется плохим, потому что с ним легче работать. Например, многие врачи избегают применять серебряную амальгаму, предпочитая силикатные цементы, хотя прекрасно знают о том, что последние менее надежны. Однако встречаются также ситуации, когда пломбировочный материал был хороший, но пломба выпала.

Правильнее всего выпадение пломбы объяснить некачественной работой стоматолога. Профессионально-этические проблемы в рассмотренных случаях

решаются по-разному в зависимости от ситуации и индивидуальных особенностей пациента и врача. Оптимальным решением следует считать признание специалистом своих ошибок и совершенствование профессионального уровня. В платных лечебных учреждениях оправданным методом устранения некачественного пломбирования является переделка пломбы за счет врача.

### **ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Эндодонтическое лечение представляет собой наиболее трудную функцию врача-стоматолога на терапевтическом приеме. К сожалению, на данный момент далеко не все стоматологи в совершенстве владеют методами эндодонтии. В этом случае профессионально-этические проблемы возникают в связи с осложнениями после эндодонтических процедур. Пациент нередко обвиняет врача в некачественном проведении эндодонтического лечения, которое привело к осложнениям и закончилось удалением зуба, иногда — оперативным вмешательством, после которого требовалась длительная реабилитация. Врач, как правило, пытается оправдаться, ссылаясь на дефицит необходимого инструментария, хороших пломбировочных материалов, недостаток времени, трудно проходимые каналы корней зубов. Безусловно, что указанные факты могут иметь место. Однако и в этом случае возникает вопрос о моральном праве врача лечить больного, используя отсталые, неэффективные технологии, заведомо обрекая его на возникновение осложнений.

Всегда следует помнить, что у врача как представителя гуманной профессии каждая неудача в лечении должна вызывать глубокие переживания на основе чувства сострадания к больному. Нельзя допускать обмана пациента. Если больной знает, что удаление зуба является логически обоснованным этапом лечения, то в большинстве случаев это не вызывает обид и раздражения с его стороны. Однако если пациент знает, что зуб должен быть удален из-за некачественного лечения, то его реакция совершенно иная.

С целью профилактики подобного рода профессионально-этических конфликтов следует:

- в совершенстве владеть техникой и методологией выполнения эндодонтических процедур;
- не подвергать пациента риску в случае сомнений по поводу успешного завершения лечебных манипуляций.

### **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА**

Данная функция стоматолога-терапевта подразумевает комплекс лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при лечении больных с заболеваниями периодонта. К ней следует отнести обучение пациента гигиене полости рта и инструментальное удаление зубных отложений.

Выполнение данной функции может вызвать этические проблемы уже при беседе с пациентом по вопросам гигиены полости рта. Врач, замечая зубной налет и зубной камень у больного, который только что рассказывал ему, как хорошо он чистит зубы, стоит перед дилеммой, как сообщить пациенту об имеющем место факте и при этом не обидеть последнего. Ведь если больной будет обижен или раздражен, то это неизбежно повлечет отсутствие взаимопо-



нимания врача и пациента и отрицательно скажется на результате лечебно-профилактических мероприятий.

Специалистам всегда необходимо помнить, что пациент внимательно смотрит на зубы врача, когда тот ведет беседу о гигиене полости рта. Из уст врача с плохочищенными зубами рекомендации по гигиене полости рта звучат не только неубедительно, но и оскорбительно для человеческого достоинства в лице сидящего перед ним пациента.

С целью профилактики этических проблем в данной сфере профессиональной деятельности стоматологам следует придерживаться следующих рекомендаций:

- рот стоматолога должен быть в идеальном состоянии (не должно быть зубного налета, кариозные зубы должны быть вылечены, зубной камень устранен, отсутствующие зубы замещены адекватными протезами);

- нельзя говорить пациенту о плохой гигиене полости рта, не подтверждая это объективными тестами;

- принимая во внимание то, что обсуждение гигиены полости рта является чувствительной темой, разговор об этом следует вести конфиденциально и в доверительном тоне не в отрицательном, а в положительном значении.

Удаление зубного камня также может быть причиной возникновения этических проблем. Как правило, данная проблема носит чисто профессиональный характер и заключается в том, что врач выполняет указанную процедуру некачественно. В большинстве случаев подобный факт остается незамеченным пациентом и не вызывает конфликтов. Но как быть с профессиональной порядочностью врача, которому хорошо известно, что некачественно выполненное удаление зубного камня не даст возможности добиться стойкой ремиссии в течении болезней пародонта.

В некоторых стоматологических клиниках уже созданы комиссии по оценке качества работы стоматологов. Выборочно проверке подвергаются пациенты после завершения лечебно-профилактических процедур и оценивается работа врача как хорошая, удовлетворительная и неудовлетворительная. Данные оценки влияют на квалификационную категорию врача и, следовательно, заработную плату. Стоматолог, работа которого признана неудовлетворительной, должен найти в себе мужество признать свои ошибки и исправить их путем совершенствования профессионального мастерства.

### **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Известно, что стоматологическое лечение в большей степени связано с различными техническими средствами и в меньшей степени с медикаментозными препаратами. В отличие от кабинета интерниста, куда пациент обращается с целью получения рецептов на приобретение лечебных препаратов, в стоматологическом кабинете в большинстве случаев осуществляются какие-либо оперативные манипуляции (снятие зубных отложений, препарирование зубов, проведение эндодонтического лечения и т. д.). В повседневной практической работе стоматологу нечасто приходится использовать препараты местного и системного воздействия. Между тем многие пациенты, изучая научно-популярную литературу, зачастую владеют новой информацией и просят врача прописать те

или иные фармакологические препараты для излечения их болезни. При этом профессионально-этические проблемы могут возникать как следствие:

- неинформированности стоматолога о новых лекарственных средствах;
- неграмотного использования медикаментозных средств;
- возникновения осложнений при применении тех или иных фармакологических препаратов;
- проявления побочного действия лекарственного вещества.

Профилактикой возникновения подобных профессионально-этических проблем должно быть поддержание высокой профессиональной компетентности врача. Грамотный специалист всегда может объяснить, что сообщение в научно-популярной литературе о тех или иных препаратах не является основанием для немедленного их использования в практическом здравоохранении. Лучше сказать пациенту, что вы не владеете информацией об этом препарате, чем вводить в заблуждение пациента и себя, пытаясь применять неизвестное лекарственное вещество. Нередко пациенты приносят медикаменты, чтобы показать стоматологу и услышать от него совет по их применению. При назначении подобного рода медикаментов у врача должна быть абсолютная уверенность в том, что препарат зарегистрирован в Республике Беларусь и его использование необходимо пациенту.

В арсенале медикаментозных средств на приеме у стоматолога имеется ряд сильнодействующих веществ, при неправильном хранении и использовании которых может быть нанесен существенный ущерб здоровью пациентов.

Как должен поступить стоматолог, узнав, что медицинская сестра ошибочно налила во флакон другое лекарственное вещество? В отдельных случаях, когда здоровью пациента нанесен существенный вред, подобная ошибка может стать предметом уголовного разбирательства. При этом не только медсестра, но и врач будет отвечать за неправильные действия своего помощника. В стоматологическом кабинете необходимо выработать такие взаимоотношения со средним медицинским персоналом, при которых авторитет врача остается неизменно высоким. Следует помнить, что для нормальных взаимоотношений не приемлем командно-административный стиль со стороны врача, но и в равной степени не приемлемо панибратство, за которым неизбежно следуют профессионально-этические проблемы. Работу со средним медицинским персоналом необходимо организовывать так, чтобы в кабинете находилась единая лечебная бригада с общей целью — оздоровление больного. Только в таком случае будут исключены предпосылки для возникновения этических проблем по причине халатности одного из членов бригады.

#### **4. Научно-обоснованные подходы к устранению этических проблем**

Общество предусматривает ответственность врача за состояние здоровья населения. Вместе с тем стоматолога необходимо научить, как следует решать возникающие в процессе его профессиональной деятельности этические проблемы.

Существует *два уровня* в разрешении этических проблем:

- **первый уровень** — это когда врач знает, как решить ту или иную этическую проблему, но на практике эти знания не применяет;
- **второй уровень** — это тщательное выполнение практических действий.

Практика показывает, что лишь небольшое число стоматологов справляется с задачами второго уровня. В связи с этим возникают следующие вопросы:

- Какие умения или навыки необходимо развивать молодым врачам?
- Насколько стоматолог должен быть этически воспитан?
- Может ли коллектив повлиять на уже имеющиеся у стоматолога этические взгляды?
- Какие методы влияния эффективны?

Бесспорно, что еще в процессе учебы должен производиться тщательный отбор будущих врачей с учетом их дальнейшей профессиональной этической и моральной ответственности. При этом имеется ряд сложностей, связанных с отсутствием достоверных критериев такого отбора. Исследования последних лет показали, что наиболее существенным критерием следует считать тестирование моральной ответственности перед обществом. Для компетентного и морально ответственного персонала предлагаются следующие параметры:

- распознать возникающие моральные проблемы;
- предложить ряд мероприятий, которые бы учитывали моральную ответственность и права каждого индивидуума;
- предусмотреть равноправие моральных ценностей в определенной ситуации;
- обладать достаточной настойчивостью и социальным умением реализации хороших намерений.

Для осуществления вышеуказанной профессиональной тактики в решении этических проблем имеют значение:

- индивидуальные особенности;
- моральное поведение;
- стремление к положительной деятельности.

Определяется выраженная взаимосвязь способности врача четко формулировать задачу «ДЕЛАТЬ» с его врачебной квалификацией. При этом, чем выше уровень моральной ответственности врача, тем меньше возможность некачественного выполнения лечебной работы.

Общеизвестно, что стоматологи способны распознать этическую проблему, а также сформулировать перечень практических мероприятий с учетом моральной ответственности за конечный результат лечения. В связи с этим конечной целью совершенствования профессиональной компетентности является достижение прочной взаимосвязи моральной ответственности и клинических способностей, а также профессиональной компетентности и профессиональной этики.

Таким образом, наиболее оправданной тактикой стоматолога по устранению возможных профессиональных этических проблем является постоянная работа над собой.

Как уже было подчеркнуто выше, в профессионально-этических проблемах прослеживается взаимосвязь с профессиональной компетентностью стоматолога. У грамотного врача число ошибок либо минимально, либо они отсутствуют, а следовательно, снижается количество индивидуальных и врачебных форм этических проблем. Однако между грамотным и неграмотным врачом могут возникать коллегиальные проблемы. Административные вопросы также не исключаются для грамотного врача. Поэтому для снижения количества указанных проблем имеет значение *коллективный уровень квалификации*. Это означает, что в лечебном учреждении все или большинство врачей должны быть высокой компетенции.

Администрация должна руководствоваться законодательством, учитывать права человека, что, в свою очередь, способствует снижению числа административных конфликтов. Техническое оснащение стоматологических лечебно-профилактических мероприятий должно соответствовать современному этапу развития науки и техники. В данном случае уменьшится количество общественных и социально-этических проблем в стоматологии.

Таким образом, решение этических проблем в стоматологии в значительной степени зависит от уровня профессиональной подготовки специалистов. Становится правомочным вопрос о том, насколько стоматолог заинтересован в повышении своего профессионального уровня. До недавнего времени считалось, что заинтересованность медперсонала в приобретении высокой квалификации нечто само собой разумеющееся, а моральный долг врача можно считать сформированным при получении диплома. Однако многолетний опыт практической деятельности указал на то, что нередко специалист не верит многим положениям морального кодекса, клятве врача и ряду других моральных принципов. Особенно влияет на моральное состояние врача его материальное обеспечение.

Известно немало учебников и пособий, посвященных вопросам деонтологии или врачебной этике, где критикуется мораль врача в капиталистическом обществе как не соответствующая гуманным принципам специальности. Однако, используя современные критерии оценки результатов деятельности врачей, можно отметить, что во многих странах Западной Европы врачебная общественность весьма успешно решает вопросы профилактики, лечения и реабилитации стоматологических заболеваний. Следует отметить совпадение указанных успехов с фактом, что врач-стоматолог в этих странах имеет квалификацию международных стандартов. Изложенное дает возможность проследить очевидную связь высокого профессионализма с эффективным решением многих профессиональных этических проблем в стоматологии: заболеваемость населения снижается, нет очередей к стоматологу, нет страха перед болью, уменьшается число осложнений. Существует также и материальная заинтересованность врача быть хорошим специалистом.

Безусловно, вопросы врачебной этики и деонтологии встают перед стоматологом ежедневно и решение их представляет собой очень важный, сложный и неоднозначный процесс. Этому врач учится всю свою жизнь, поскольку, как сказал А.Ф.Билибин, «на жизненном пути врача иметь дело с людьми — самая главная наука».

Репозиторий БГМУ

## 12 ПРИНЦИПОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЮБОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРИНЯТЫЕ 17-й ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССАМБЛЕЕЙ (НЬЮ-ЙОРК, США, 1963 г.), ДОПОЛНЕННЫЕ 35-й ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССАМБЛЕЕЙ (ВЕНЕЦИЯ, ИТАЛИЯ, 1983 г.)

### **Преамбула:**

На планете работают различные системы здравоохранения от полностью автономных до исключительно государственных.

В одних странах помощь оказывается лишь остро в ней нуждающимся, в других — существует развитая система медицинского страхования, третьи существенно продвинулись в организации комплексной охраны здоровья. Различные степени сочетания частной инициативы и государственной политики в области здравоохранения порождают множество вариантов систем предоставления медицинской помощи.

В идеале необходимо обеспечить *наиболее современный уровень медицинской помощи при полной свободе выбора, как для врача, так и для пациента.*

Однако эта формула носит слишком общий характер и, к сожалению, мало помогает при решении конкретных проблем здравоохранения в конкретной стране.

Всемирная Медицинская Ассоциация считает своим долгом встать на защиту основных принципов медицинской практики и свободы медицинской профессии, а потому, не вдаваясь в оценку ни одной из национальных систем здравоохранения, декларирует условия, соблюдение которых необходимо для эффективного сотрудничества медицинского сообщества с государственной системой здравоохранения.

### **Принципы:**

1. В любой системе здравоохранения условия работы медиков должны определяться с учетом позиции общественных врачебных организаций.

2. Любая система здравоохранения должна обеспечить пациенту право выбора врача, а врачу — право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациентов. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в медицинских центрах. Профессиональная и этическая обязанность врача — оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений.

3. Любая система здравоохранения должна быть открыта для всех врачей, имеющих право практики: ни медиков вообще, ни одного врача в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

4. Врач должен быть свободен в выборе места своей практики и ограничен лишь пределами своей специализации. Медицинское сообщество должно помогать государству, ориентируя молодых врачей на работу в тех регионах, где они наиболее необходимы. Врачам, соглашающимся работать в менее пре-

стижных районах, должна быть оказана такая помощь, чтобы оснащение практики и уровень жизни врача соответствовали статусу их профессии.

5. Медицинское сообщество должно быть адекватно представлено во всех государственных институтах, имеющих отношение к проблемам охраны здоровья.

6. Все, кто принимает участие в лечебном процессе или контролирует его, должны осознавать, уважать и сохранять конфиденциальность взаимоотношений врача и пациента.

7. Необходимы гарантии моральной, экономической и профессиональной независимости врача.

8. Если размер гонорара за медицинские услуги не определен прямым договором между пациентом и врачом, организации, финансирующие предоставление медицинских услуг, обязаны адекватно компенсировать труд врача.

9. Объем гонорара врача должен зависеть от характера медицинской услуги. Цена медицинских услуг должна определяться соглашением с участием представителей медицинского сообщества, а не односторонним решением организаций, финансирующих предоставление медицинских услуг, или правительства.

10. Оценку качества и эффективности медицинской помощи, оказываемой врачом, объема, цены и количества предоставляемых им услуг должны осуществлять только врачи, руководствуясь в большей степени региональными, нежели национальными стандартами.

11. В интересах больного не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного с точки зрения современных стандартов.

12. Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний и повышению профессионального статуса.

## **МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ**

**ПРИНЯТЫЙ 3-й ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕЕЙ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ЛОНДОН, ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, 1949 г.), ДОПОЛНЕННЫЙ 22-й ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССАМБЛЕЕЙ (СИДНЕЙ, АВСТРАЛИЯ, 1968 г.) И 35-й ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССАМБЛЕЕЙ (ВЕНЕЦИЯ, ИТАЛИЯ, 1983 г.)**

### **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 не совместимы:**

- Самореклама, если она специально не разрешена законами страны и этическим кодексом национальной медицинской ассоциации.
- 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 оказать 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 должен не переманивать пациентов у своих коллег.

- Врач должен соблюдать принципы «Женевской Декларации», одобренной Всемирной Медицинской Ассоциацией.

Репозиторий БГМУ

## КЛЯТВА ГИППОКРАТА

«Клянусь Аполлоном врачом Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их во свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями и это искусство, если они захотят его изучить, передать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому. Я направлю 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 также я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое 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 не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого 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; преступившему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

## САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

### Контрольные вопросы конечного уровня знаний

1. Дайте определения врачебной и медицинской деонтологии.
2. На основе философских позиций укажите, какие вопросы затрагивает врачебная этика.
3. Какие два вида этических проблем в стоматологии Вам известны?
4. Изложите классификацию профессионально-этических проблем по П.А. Леусу (1997).
5. Какие модели построения взаимоотношений врача и больного Вам известны? Охарактеризуйте каждую из них.
6. На какие сферы подразделяется профессиональная деятельность врача-стоматолога?
7. Перечислите профессиональные функции врача-стоматолога, которые наиболее часто вызывают профессионально-этические проблемы.
8. Дайте определение врачебной ошибки.
9. Приведите классификацию врачебных ошибок по Г. Скрипкару и Т. Чорня (1983).
10. Перечислите источники вменяемых и невменяемых в вину врачу ошибок по Герлингу.
11. Соблюдение каких правил требует профилактики риска и терапевтических ошибок?
12. Укажите, какие ошибки принято считать вменяемыми в вину врачу.
13. Дайте определение ятрогенных заболеваний.
14. Приведите классификацию ятрогенных заболеваний по И.А. Кассирскому.
15. Приведите классификацию ятрогений.
16. Какие два уровня разрешения этических проблем Вы знаете?
17. По каким параметрам проводят тестирование компетентного и морально ответственного персонала?

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача 1

В одну из стоматологических поликлиник г. Минска обратился гражданин Республики Молдова, приехавший в РБ в командировку, с жалобами на сильную зубную боль в течение 2-х последних дней. Пациента переадресовали в платную стоматологическую поликлинику, куда он обратился спустя 8 часов после первичного общения со стоматологом. Далее пациент А. по «скорой помощи» был направлен в клинику челюстно-лицевой хирургии БГМУ, где при оказании специализированной медицинской помощи был поставлен диагноз — медиастинит. Несмотря на проводимое комплексное лечение больной погиб от медиастинита и молниеносного сепсиса.

На каком этапе была допущена ошибка? Как следовало поступить?

#### **Варианты ответа**

1. Посоветовать пациенту обратиться в приемный покой клиники челюстно-лицевой хирургии.
2. Осмотреть пациента и рекомендовать ему обратиться в платную клинику (поликлинику, центр).
3. Осмотреть пациента, поставить диагноз и, определив необходимость экстренной хирургической помощи, вызвать «скорую» на себя для немедленной госпитализации пациента. При этом спокойно, но твердо, не вдаваясь в подробности, объяснить больному необходимость данной тактики.

### Задача 2

К Вам на прием пришла больная В., 57 лет, которую в течение последних 3-х лет беспокоит парестезия в полости рта. Из анамнеза жизни и заболевания пациентки Вам удалось выяснить, что она обращалась с аналогичными жалобами в различные поликлиники города, где ей выставлялся диагноз — кандидоз. После проведения осмотра пациентки у Вас сложилось совершенно другое мнение. Вы изменили диагноз, назначили тщательное обследование, дополнительные консультации смежных специалистов. В итоге Ваш диагноз был подтвержден. Пациентка плачет, расстроена, что её неправильно лечили до сих пор, поскольку диагноз был неточен. Требуется разъяснить, почему так произошло.

Какова должна быть Ваша тактика?

#### **Варианты ответа**

1. Будете ругать коллег за невнимательность и безграмотность.
2. Сошлетесь на сложный диагноз и имевшие место трудности в диагностике. Объясните, что ряд заболеваний имеет много общего в клинической картине.
3. Попытайтесь объяснить, что лечение было правильным и никакого вреда не принесло, а Ваши коллеги тоже старались в поиске правильной тактики лечения.
4. Бросите реплику «Лечиться надо у настоящих врачей» и больше ничего не скажете.

### **Задача 3**

В кабинет ортопедической стоматологии обратился пациент Н. с диагнозом частичная вторичная адентия и отягощенным аллергологическим анамнезом. Из общения с больным стало известно, что он считает этап протезирования не сложным лечебным процессом, а просто «вставлением зубов». Больной игнорирует вопросы врача, касающиеся аллергологического анамнеза, вида протеза, который ему показан. Он настаивает на протезировании любыми материалами и в кратчайшие сроки. Отказывается от предложенного дополнительного обследования у аллерголога, ссылаясь на сильную занятость.

Какова должна быть в данном случае Ваша тактика?

#### ***Варианты ответа***

1. Посоветуете пациенту обратиться к другому врачу.
2. Пойдете на поводу у больного и выполните все его условия.
3. Будете терпеливо убеждать пациента в необходимости изготовления и использования показанной ему ортопедической конструкции, а также проведения дополнительного обследования у аллерголога.

### **Задача 4**

К Вам на прием обратилась пациентка с жалобами на язву на боковой поверхности языка, которая не заживает в течение двух месяцев. Вы назначили пациентке проведение биопсии. Исследование выявило малигнизацию. Дополнительное обследование установило множественные метастазы, поражающие жизненно важные органы.

Что Вы должны сказать: а) пациентке; б) родственникам? Какова должна быть Ваша дальнейшая тактика при работе с данной пациенткой?

#### ***Варианты ответа***

1. Ближним родственникам (которым больная больше доверяет) скажете всю правду. Остальным родным и посетителям не скажете ничего. Они узнают информацию от доверенного лица в той степени, в какой он сочтет нужным сказать. Пациентке дадите частичную информацию, не раскрывая полного диагноза, но и не обнадеживая её на полное выздоровление. В разговоре с больной обязательно укажете, что заболевание оказалось запущенным и потребует длительного лечения, возможно, проведения не одного оперативного вмешательства. Отметите, что, возможно, для подстраховки придется провести курс химиотерапии или лучевой терапии. Убедите больную не отказываться от предлагаемой тактики лечения, а с целью психотерапевтического воздействия используете периодическую госпитализацию и проведете симптоматическое лечение.
2. Будете терпеливо вводить в курс дела всех посетителей пациентки, ни слова не говоря ей самой.
3. Откровенно расскажете пациентке о сложившейся ситуации и предоставите возможность ей самой поделиться печальными новостями с родственниками.

### **Задача 5**

Во время проведения эндодонтического лечения 36 у пациента, направленного из ортопедического отделения, произошла поломка каналонаполнителя в дистальном канале. Попытка извлечь обломок инструмента закончилась неудачей. Рентгенограмма показала, что: корневой канал запломбирован до верхушки, в области 0,2 см выше апекса находится обломок каналонаполнителя в пломбировочном материале.

Какова Ваша дальнейшая тактика?

#### ***Варианты ответа***

1. Спокойно сообщите пациенту о происшедшем осложнении и объясните, ссылаясь на данные рентгенологического обследования, что случившийся инцидент не повлечет дальнейших осложнений, а зуб может быть использован в качестве опорного при изготовлении ортопедической конструкции.
2. Закончите лечение и ничего не скажете больному о происшедшем.
3. Попросите коллегу из ортопедического отделения сообщить пациенту о случившемся осложнении и объяснить его причину.

### **Задача 6**

На прием в отделение терапевтической стоматологии обратился пациент с диагнозом обострение хронического рецидивирующего стоматита. Из амбулаторной карты Вам стало известно, что он сотрудник Министерства здравоохранения. Пациент замкнут, на вопросы отвечает коротко и односложно. При осмотре диагноз подтвержден. Больной в течение сбора анамнеза и осмотра неоднократно подчеркивает, что он пришел к Вам на прием только для получения рецептов на приобретение лекарственных препаратов, перечисленных в записке.

Какова должна быть Ваша тактика в отношении данного пациента?

#### ***Варианты ответа***

1. После установления места работы больного пригласите заведующего отделением и не станете осматривать пациента самостоятельно.
2. Будете довольствоваться коротким анамнезом. Проведете обследование больного с привлечением всех возможных методов и способов диагностики, даже тех, которые не являются необходимыми при заболевании пациента.
3. Попытайтесь преодолеть замкнутость пациента и собрать анамнез более подробно. Осмотрите пациента как обычного больного. Принимая во внимание тот факт, что он медицинский работник, учтите его мнение (в пределах допустимого) по поводу планирования и проведения ему лечебно-профилактических мероприятий. Назначите обследование соответственно поставленному диагнозу. Проконсультируете пациента со старшим коллегой (заведующим отделением, доцентом, профессором). Объясните больному необходимую тактику его обследования и лечения. Назначите необходимые исследования, лекарственные препараты и процедуры, не идя на поводу у пациента.
4. После установления места работы больного поверхностно обследуете пациента и назначите ему те лекарственные препараты, которые он требует.

### **Задача 7**

Вы работаете на терапевтическом приеме. Предыдущему пациенту с диагнозом маргинальный периодонтит было проведено снятие зубных отложений, в результате чего в плевательнице скопилось значительное количество окровавленных валиков. Медсестра, не обращая внимания на этот факт, пригласила в кабинет следующего больного.

Как Вы должны повести себя в данной ситуации?

#### **Варианты ответа**

1. Будете продолжать прием пациентов, не обращая внимания на содержимое плевательницы и реакцию на это больных.
2. Извинитесь перед пациентом, на несколько минут прекратите прием, пригласите в кабинет младшую медсестру и попросите убрать содержимое плевательницы. Конфиденциально и в вежливой форме сделаете замечание медицинской сестре, которая помогает Вам во время приема.
3. В резкой форме в присутствии пациентов сделаете замечание среднему медицинскому персоналу.

### **Задача 8**

При выполнении мероприятий профессиональной гигиены у пациентки произошла фрактура коронки 35. Пациентка расстроена, так как зуб виден при улыбке.

Какой должна быть Ваша дальнейшая тактика?

#### **Варианты ответа**

1. Посоветуете удалить 35 ввиду разрушенных твердых тканей зуба.
2. Объясните пациентке, что причина случившегося инцидента — хрупкие ткани 35 зуба и что Вы будете заниматься его лечением в плановом порядке.
3. Переадресуете пациентку в ортопедическое отделение, не дав ей никаких объяснений.
4. Постараетесь успокоить пациентку, извинитесь и сделаете все возможное, чтобы в максимально кратчайшие сроки качественно восстановить коронку 35. При необходимости обратитесь за помощью к коллегам из ортопедического отделения.

### **Правильные ответы к ситуационным задачам**

*Задача 1 — 3; задача 2 — 2, 3; задача 3 — 3; задача 4 — 1; задача 5 — 1; задача 6 — 3; задача 7 — 2; задача 8 — 4.*

## ВОПРОСЫ, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЕ РАСХОЖДЕНИЕ ВО МНЕНИЯХ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСКУССИЙ

1. Что, по Вашему мнению, определяет выбор профессии врача? Распределите в порядке значимости.

- Стремление принести пользу обществу.
- Увлекательность и романтичность профессии.
- Материальное обеспечение.
- Престижность профессии.
- Настояние родственников.

2. Как, по Вашему мнению, следует понимать слова А.П. Чехова: «Профессия врача — это подвиг, она требует самоотречения, чистоты души и чистоты помыслов, надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически»?

- Врач должен при необходимости пожертвовать жизнью ради спасения больного.
- Врач должен забыть себя и близких ради больного.
- Врач должен быть всесторонне развитой личностью и обладать глубокими знаниями в своей специальности.
- Врач может одеваться соответственно ситуации, следуя основным направлениям моды, но обязательно аккуратно и не вычурно.

3. Представьте, что в стоматологической поликлинике, где Вы проходите обучение, решили провести эксперимент и Вам предложили на выбор санацию в одном из двух стоматологических кабинетов. В одном приеме ведут высококвалифицированные врачи-стоматологи, известные диагносты, имеющие ученую степень и ученое звание. В другом кабинете принимают ничем не отличившиеся врачи-практики поликлиники. При этом второй кабинет имеет лучшее оснащение и необходимую аппаратуру для выполнения диагностических процедур. В каком кабинете предпочли бы лечиться Вы?

4. Как следует понимать изречение «любовь к больному»?

- Постоянная борьба за жизнь человека.
- Идти на поводу у пациентов.
- Постоянный поиск выхода из ситуации с жертвованием личного времени.
- Порой требовательное отношение к больному, если это диктуют интересы его здоровья.

5. Каково Ваше мнение по поводу изречения в адрес бесплатной медицины: «Что не стоит денег, действительно ничего не стоит»?

- Медицина должна быть полностью бесплатной.
- Медицина должна быть полностью платной.
- Медицина должна быть частично платной (укажите, какие именно услуги, по Вашему мнению, должны оплачиваться, а какие нет; объясните почему).

6. Что, по Вашему мнению, означает врачебная эмблема, изображающая чашу со змеей?



- Мудрость.
- Противостояние злым силам.
- Упорное лечение.

7. Какова, по Вашему мнению, причина конфликтов в медицинском коллективе?

- Невысокий общий культурный уровень членов коллектива.
- Присутствие в коллективе неуживчивых людей.
- Отсутствие дисциплины и творческой атмосферы в работе коллектива.

8. Как Вы объясните изречение «Светя другим, сгораю сам»?

- Неустанная работа на благо больного.
- Подвиг.
- Самопожертвование.

9. Какое, на Ваш взгляд, качество является более ценным для врача — вежливость или профессионализм? Если бы перед Вами встал выбор лечиться у знающего, но угрюмого и резкого врача или приветливого, но имеющего средний уровень квалификации, кому бы Вы отдали предпочтение?

10. Как вы объясните выражение «Врач должен быть добрым»?

- Добрым можно считать врача, выполняющего свои обязанности с высокой точностью и аккуратностью.
- Добрым можно считать врача, который умеет прочувствовать переживания другого человека.
- Добрым можно считать врача, который находит взаимопонимание с пациентом.
- Добрым можно считать врача, который идет на поводу у больного и выполняет все его пожелания.

11. В коллективе, в котором Вы работаете, собирается врачебная конференция, на которой планируется обсуждение врачебной ошибки Вашего друга и коллеги. Как Вы поведете себя в подобной ситуации?

- Не пойдете на конференцию.
- Придете на конференцию, но не будете выступать.
- Выступите в защиту друга.
- Взвесите все факты и выступите объективно.

12. Какую черту характера врача Вы считаете наиболее важной?

- Чувство долга.
- Терпение.
- Гуманизм.

13. Поясните выражение «К пациенту надо относиться сердечно, к врачу уважительно».

- Строго выполнять необходимое по отношению к пациенту.
- Больной должен уважать врача и бояться его.
- Постоянно идти на поводу у пациента, выполняя его требования.
- Больной должен постоянно благодарить врача и оказывать ему знаки внимания.

- «Подыгрывать» пациенту во всех его высказываниях.
14. Как следует понимать выражение «Настоящий врач должен хорошо владеть мимикой, управлять своим настроением, быть то сердитым, то веселым, — смотря по надобности... должен быть немного актером»?
- Чувствовать свою уверенность и превосходство над пациентом.
  - Уметь поднять настроение пациента и вселить в него веру в благоприятный исход лечения.
  - Уважать больного как человека и в зависимости от обстановки тактично варьировать методы своего воздействия на психику пациента.
15. Имеет ли право врач обидеться на больного?
- Если Вы считаете, что врач имеет право обижаться на пациента, то укажите, в каких случаях.
    - Может ли врач в этом случае:
      - отказать в помощи пациенту;
      - отослать его к другому врачу;
      - сократить объем помощи больному?
16. Как Вы относитесь к вопросам генной инженерии и клонированию?
- Считаете применение подобных технологий недопустимым.
  - Поддерживаете развитие указанных технологий в медицинских целях для повышения уровня здоровья населения.
    - Высказываетесь за широкое использование указанных технологий.
17. Как Вы относитесь к проблеме эвтаназии? Ответ поясните.
18. Что Вы думаете о проблеме трансплантации органов и тканей? Ответ поясните.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. – М.: ПРИОР, 2001. – 208 с.
2. Артишевская Н.И., Новикова Р.А., Пригун Н.П. Ситуационные задачи по медицинской этике и деонтологии: Учебное пособие. – Мн.: МГМИ, 1998. – 39 с.
3. Бедрин Л.М. О правах медицинских работников и их ответственности за причинение вреда здоровью граждан // Новости медицины и фармации. – Ярославль, 1994. – № 2. – С. 27–28.
4. Бедрин Л.М., Урванцев Л.П. Психология и деонтология в работе врача. – Ярославль, 1988. – 123 с.
5. Вагнер Е.А. Раздумья о врачебном долге. – Пермь: Пермское книжное издательство, 1986. – 222 с.
6. Вагнер Е.А., Росновский А.А. О самовоспитании врача. – Пермь: Пермское книжное издательство, 1976. – 156 с.
7. Гаин Ю.М. Врачебная этика и деонтология в хирургии: Лекция. – Мн.: БГМУ, 2001. – 17 с.
8. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. – К.: Вища школа, 1988. – 191 с.
9. Грандо А.А., Грандо С.А. Долг, совесть и героизм в медицинской профессии // Врачебная этика. – К.: РИА «Триумф», 1994. – С. 121–145.
10. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психологические и психосоматические проблемы онкологии // Клиническая медицина. – 2003. – № 8. – С. 57.
11. Леус П.А. Коммунальная стоматология: Учеб.-метод. пособие. – Мн.: МГМИ, 1997. – 242 с.
12. Луи Рене. Кодекс медицинской деонтологии / Перевод В. Андрушко, А. Бормецкой, М. Чернушенко. – К.: «Дух і Літера», «Сфера», 1998. – 164 с.
13. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – М.: Медицина, 1984. – 176 с.
14. Медицинская этика и деонтология / Под ред. В.Г. Морозова, Г.И. Царегородцева. Совместное изд. СССР – НРБ – ГДР – ЧССР – СРР. – М.: Медицина, 1983. – 272 с.
15. Мишаткина Т.В., Фотонова Т.В., Денисов С.Д. и др. Учебное пособие. – Мн.: БГМУ, 2001. – 223 с.
16. Сагатбаев А.Д. Деонтология в имплантологии // Стоматологический вестник. – 2003. – № 11.
17. Сергеев Ю.Д. Профессия врача: Юридические основы. – К.: «Вища школа», 1988. – 208 с.
18. Шамсиев Ф.С., Еренкова Н.В. Этика и деонтология в педиатрии. – М.: Медицина, 1999. – 184 с.
19. Этико-психологические проблемы медицины / Под ред. Г.И. Царегородцева. – М.: Медицина, 1978. – 376 с.

Учебное издание

**Походенько-Чудакова** Ирина Олеговна  
**Абаимова** Ольга Ивановна

# **ДЕОНТОЛОГИЯ И ЭТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И.О. Походенько-Чудакова  
Редактор Л.И. Жук  
Компьютерная верстка О.Н. Быховцевой

Подписано в печать \_\_\_\_\_. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. \_\_\_\_\_ Уч.-изд. л. \_\_\_\_\_. Тираж \_\_\_\_\_ экз. Заказ \_\_\_\_\_.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет  
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0133169 от 27.08.2004.  
220050, г. Минск, ул. Ленинградская, 6.