

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛАРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

**А. А. БОВА, С. Е. ТРЕГУБОВ**

# **ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА**

Методические рекомендации



Минск 2007

УДК 614.253 (075.8)  
ББК 51.1(2) я 73  
Б 72

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве  
методических рекомендаций 27.12.2006 г., протокол № 4

Рецензенты: зам. нач. медицинской части 432 ГВКМЦ по экспертизе  
В. М. Лаврин; нач. 2-го кардиологического отделения 432 ГВКМЦ, канд. мед. наук  
Ю. С. Лысый

**Бова, А. А.**

Б 72 Деонтологические аспекты в деятельности врача : метод. рекомендации /  
А. А. Бова, С. Е. Трегубов. – Минск: БГМУ, 2007. – 44 с.

Отражены вопросы деонтологии в деятельности врача, рассмотрены составляющие понятия деонтологии, даны юридические аспекты ответственности врача за нарушение принципов деонтологии.

Предназначены для слушателей 6-го курса ВМедФ в БГМУ, клинических ординаторов, интернов и врачей стажеров.

УДК 614.253 (075.8)  
ББК 51.1(2) я 73

---

Учебное издание

**Бова Александр Андреевич**  
**Трегубов Сергей Евгеньевич**

## **ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск С. Е. Трегубов  
Компьютерный набор Е. И. Фроловой  
Редактор А. И. Кизик  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 03.01.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,4. Тираж 150 экз. Заказ 209.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2007

## Введение

Дальнейшее улучшение медицинского обеспечения Вооруженных Сил Республики Беларусь, повышение эффективности лечебно-диагностического процесса, достижение высоких результатов в сохранении и укреплении здоровья личного состава нашей армии во многом зависят от личности врача, характера его взаимоотношений с больными, психологического микроклимата этих взаимоотношений.

Именно в этой области деятельности медицинского состава в последние годы возникли некоторые трудности. Нередко в практике лечебной работы не устанавливается необходимый контакт с больными, врачи не проявляют должного внимания к жалобам пациентов, общение с больным, изучение его личности подменяется сбором данных, многочисленных, порой излишних, лабораторными и инструментальными исследованиями. Техника заслоняет больного, он депersonифицируется. Однако и врач при этом утрачивает многие из своих возможностей воздействия на больного, создавая атмосферу, неблагоприятно сказывающуюся на ходе лечения и выздоровления.

Проблемы медицинской деонтологии и врачебной этики в последние годы привлекают все большее внимание ученых, практических врачей, широкой мировой общественности.

Это обусловлено возрастающей важностью нравственных, моральных, этических факторов во взаимоотношениях людей, продолжающейся дифференциацией медицинских знаний, образованием новых специальностей, усложнением лечебно-диагностического процесса, постоянным внедрением в него новшеств, порожденных научно-техническим прогрессом.

Развитие и совершенствование практического здравоохранения, применение современной аппаратуры, инструментальных методов обследования и лечения больных сопровождаются порой негативными явлениями, приводят к дегуманизации медицины, о которой все больше и с нарастающей тревогой говорят и больные, и сами медики. В этих условиях строгое соблюдение высоких требований деонтологии приобретает значение важного профилактического и лечебного фактора, благотворно сказывающегося на состоянии больных, результатах их лечения.

В процессе разработки практических проблем деонтологии наметилась дифференциация их применительно к отдельным медицинским специальностям. Свои специфические особенности имеются в деятельности врача в воинском коллективе. В тоже время, по-прежнему наиболее важными, привлекающими неизменное внимание, остаются такие вопросы, как взаимоотношение врача с больным, коллегами, родственниками больного, со средним медицинским персоналом, морально-этические вопросы врачебной тайны и др.

В настоящем издании подробно рассматриваются многие из указанных вопросов, даются рекомендации по организации воспитания коллектива, внедрению норм и требований медицинской деонтологии в повседневную практику, а также вопросы правового воспитания врача, уровень его юридической ответственности перед обществом.

## Определение

Особенности врачебной деятельности, основанной на взаимном доверии больного и врача, которому больной добровольно вверяет свое здоровье, а иногда и жизнь, на желании врача облегчить страдания больного, породили особые нормы поведения врача: врачебную этику и деонтологию.

**Врачебная этика** (греч. *ethos* — обычай, нрав, характер) как часть общей этики рассматривает вопросы нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, совести и достоинства врача.

Врачебная этика охватывает и определяет нормы поведения врача в быту, его культуру, человеколюбие, физическую и моральную чистоплотность. В целом можно сказать, что этика — это внешнее проявление внутреннего содержания человека.

Под врачебной, или медицинской **деонтологией** (греч. *deon* — должное) понимают принципы поведения медицинских работников. Врачебная деонтология является частью врачебной этики, врачебной морали.

Врачебная этика и деонтология возникли еще на заре развития медицины. «Стоит многих людей один врачеватель искусный. Вырежет он и стрелу и рану присыплет лекарством» (Гомер «Илиада»). Передовые земские врачи создали славу русской медицины. О таких писал А. П. Чехов: «Профессия врача — это подвиг, она требует самоотречения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически».

В настоящее время новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют иначе смотреть на традиционные нормы медицинской деонтологии.

Былой принцип «Врач – больной» заменяется новым «Врач – прибор – больной», а потребность больного в чутком и внимательном отношении врача, в его добром слове, вселяющем надежду, не уменьшилась, а еще более обострилась.

«Я верю ... настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной единственной пилюлей. И все же, пока что, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить мою боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью» (Антуан де Сент-Экзюпери).

**Деонтология** — учение о долге, ответственности, чести и достоинстве медицинского персонала, принципах, нормах и формах взаимоотношений в сфере здравоохранения, прямо или косвенно влияющих на эффек-

тивность процесса лечения, реабилитации или предупреждение заболевания конкретного пациента.

Методологическая **основа деонтологии** — современная философия, впитавшая в себя достижения мировой культуры и этики с ее общечеловеческими моральными ценностями.

Определяющая **задача деонтологии** — формирование у медицинских работников, прежде всего у врачей, прочных нравственных стереотипов, связанных с выполнением ими своего врачебного долга, повышающих их чувства профессиональной ответственности и достоинства.

#### **Основные сферы действия деонтологии:**

- взаимоотношения между врачом и пациентом;
- взаимоотношения между врачом и близкими пациента;
- взаимоотношения между врачом и его коллегами;
- взаимоотношения между врачом и средним (младшим) медицинским персоналом;
- отношение врача к врачебной тайне и его право на распространение информации;
- врач и его материальное и моральное вознаграждение;
- врач и юридическая ответственность.

В здравоохранении любой страны, с любым уровнем развития культуры, в независимости от социального строя и политической формы правления, деонтология решает одни и те же задачи, следовательно, принципы и нормы ее едины во всем мире. Как правило, они отражаются в деонтологических кодексах, принятых медицинским сообществом той или иной страны. *Этический кодекс врача Беларуси принят 1-м съездом врачей Республики Беларусь в 1998 г.* Центральной фигурой в деонтологии является врач. В своей работе он не может руководствоваться ничем иным, кроме глубоких знаний, нравственных принципов, чувства гражданского долга перед больными и обществом.

### **Характерологические свойства и особенности личности врача**

Идеал специалиста и человека, к которому каждый врач должен стремиться, предполагает ряд обязательных характерных свойств и особенностей:

#### **Способность сострадать ближнему и всему живому.**

У врача эта способность должна быть гипертрофирована, являться существенной необходимостью или потребностью.

#### **Высокий уровень профессионализма.**

Идеальный врач — это человек, увлеченный своей профессией, самоотверженный, не жалея сил и времени, овладевающий необходимыми профессиональными знаниями и навыками.

### **Повышенное осознание ответственности.**

Пожалуй, ни в одной профессии не играет такой роли высокий уровень осознания своей ответственности, как у врача. Врач несет ответственность не перед абстрактным обществом или человечеством, а перед конкретным больным, его родственниками, наконец, перед своей совестью, не говоря уже о законе.

### **Мужественность.**

От врача почти всегда требуется умение вовремя собраться, забыть свои дела, страдания, побочные интересы. Он должен всего себя отдать лечебному процессу, а для этого необходима самоотверженная мужественность. Но мужественность — это еще и способность в безнадежных случаях не поддаваться панике, унынию и хладнокровно принимать решения.

### **Законопослушность.**

Для врача это не столько проявление гражданственности, сколько профессиональная черта. Врач не только должен знать юридические нормы, связанные с его профессией, но и свято их придерживаться, и не из-за боязни быть наказанным в административном или даже уголовном порядке, а из-за того вреда, который он может нанести больному, игнорируя закон.

### **Принципиальность.**

Является одной из важнейших составных частей профессиональной квалификации врача, если иметь в виду верность врача деонтологическим принципам. Он не имеет права поступаться этими принципами, ни под каким давлением, не в связи со своими политическими амбициями и симпатиями, не в связи с материальной или иной заинтересованностью. Вместе с тем врач не должен держаться за свои принципы как за истину в последней инстанции, не должен быть в этом отношении консервативным.

### **Терпимость.**

Это неотъемлемая черта врача. В своей практике врач сталкивается с разнообразными характерами, различными идеологиями, верованиями, предрассудками, которые могут вызвать у него неприязнь, как у человека, поэтому врач должен обладать как терпением, так и терпимостью к чужому мнению, характеру, привычкам, капризам, и даже к враждебности по отношению к себе. В тоже время он не должен мириться с халатностью коллег и медицинского персонала, их недобросовестностью и попранием закона и долга.

### **Способность к взаимопониманию, товариществу.**

Врачебная деятельность не терпит индивидуализма. Врачи не только общаются, обмениваясь опытом и информацией, но, зачастую, применяют в процессе лечения бригадный метод, при котором от взаимопонимания, товарищеских отношений зависит эффективность и скорость принимаемых мер.

### **Чувство собственного достоинства.**

Достоинство врача выражается в его компетентности, тактичности, доброжелательности, отсутствии высокомерия, снобизма, хамства, состра-

дательности и понятливости, словом — в интеллигентности. Врач должен быть терпимым и терпеливым, когда требует дело, но в тоже время он должен пресекать всякие попытки больных, их родственников, чиновников всех рангов унизить его, оскорбить подачками, грубостью, чванством.

### **Сила воли.**

Она необходима врачу, чтобы владеть собой, взять себя в руки, подавить ненависть и выполнить свой врачебный долг.

Выполнение врачебного долга и профессиональных обязанностей невозможно без глубокой веры в свою спасительную миссию, силу науки и разума. Врач просто обязан надеяться на свои знания и силу — последний рубеж, отделяющий больного от смерти, и должен это осознавать.

## **Взаимоотношения между врачом и пациентом**

Отношения между врачом и пациентом во многом регулируются **правами пациента**, преступать которые врач не может даже в том случае, если это мешает делу и не способствует выполнению врачом своего долга. Вот почему святая **обязанность врача** — *знать, какими правами обладает пациент.*

1. Пациент имеет право на *свободный выбор лечащего врача.* Это право дисциплинирует врача, заставляет его быть «конкурентоспособным», постоянно совершенствоваться в своем деле.

2. Пациент имеет право на *получение от врача полной информации* о состоянии своего здоровья, предлагаемых методах обследования и лечения, об их преимуществах и недостатках, а также о степени риска.

3. Пациент имеет право *аргументировано жаловаться на врача* в случаях своего несогласия по поводу ведения последним процесса лечения или реабилитации; применения им процедур или препаратов, ухудшающих состояние здоровья пациента; грубости, бестактности, жестокости врача. Жалобы пациента направляются в соответствующие комиссии или вышестоящим должностным лицам лечебного учреждения, ведомства, министерства.

4. Все медицинские вмешательства производятся *только с согласия пациента*, кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет ему принять осознанное решение.

5. Изучение с диагностической и лечебной целями органов и тканей пациентов может производиться *только с его письменного согласия*, в крайнем случае (если больной в критическом физическом или психическом состоянии) с письменного согласия его близких родственников, а в отсутствии таковых — с согласия представителей закона.

6. Пациент имеет право на *духовную поддержку* служителя любой религиозной конфессии, не запрещенной законом страны.

Секционное исследование разрешается *при согласии семьи умершего*, за исключением тех случаев, когда, семьи нет или она безразлична к данной проблеме. Тут разрешение должно исходить от представителей властей в рамках законности.

Перечисленные права определяют систему взаимоотношений врача и пациента. Основываясь на них, врач устанавливает **взаимодействие** с последним, которое является в конечном счете ядром деонтологии.

Взаимодействие врача и пациента включает в себя множество аспектов. Задача врача в этом взаимодействии — прежде всего, *понять* пациента и *помочь* ему. В связи с решением этой задачи деонтология предусматривает следующие правила:

1. Вступая во взаимодействие с пациентом, врач обязан оставить за порогом лечебного учреждения:

- личные тревоги и переживания;
- человеческие симпатии и антипатии;
- политические убеждения;
- нетерпимость;
- вредные для дела черты (свойства) характера (брезгливость, высокомерие и др.).

Если он этого не сделает, если у него не хватает для этого воли, лечебный процесс серьезно осложняется.

Конечно, врач, как и любой человек, имеет право на личные симпатии и антипатии, но только не на работе. К пациенту врач не может испытывать ни симпатий, ни антипатий — он должен *всегда* сочувствовать пациенту, даже в том случае, если по тем или иным своим личным свойствам пациент в обыденной жизни вызвал бы у него неприязнь.

2. Врач обязан учитывать, что страдающий человек — это человек с некоторыми психическими отклонениями, которые усугубляются в зависимости от тяжести заболевания или интенсивности болевых ощущений. Больной мнителен, вспыльчив, склонен к замкнутости, эгоцентризму, крайне субъективен и несправедлив (есть, конечно, больные, способные держать себя в руках). Вот почему врач должен относиться к больному с большим тактом и вниманием. Искреннее внимание и терпение врача помогает разрушить барьер недоверия и замкнутости больного, создать атмосферу доброжелательности, открытости. Больной видит, что заинтересованность им, его болезнью у врача не формальная, по обязанности, а искренняя, человеческая.

3. Создав приемлемую психологическую атмосферу с пациентом, врач закладывает прочный фундамент для успешного лечебного процесса. Одна из главных задач врача — вселить в больного надежду на исцеление, особенно в тяжелых и неясных случаях. Врач не должен терять надежду на излечение больного и лишать надежды больного. Если того требует обстановка и условия, врач может скрыть от пациента правду, даже пойти на



обман, дабы не убить в нем надежду, постоянно поддерживать оптимистическое настроение больного.

4. Врач должен понимать, какое целебное действие на больного оказывают положительные эмоции. Вот почему в отношении с пациентом он не должен скупиться на комплементы, подбадривания, доставку больному информации о достижениях медицины в лечении данного заболевания, поздравление с праздником, другие приятные известия.

5. Принципиально важно войти в положение пациента, понять, чем была обусловлена данная болезнь, обнаружить ключ к разрешению проблемы.

6. Приступая к лечению, врач обязан помнить, что любые его назначения или действия, по крайней мере, не должны нанести ущерба физическому и моральному здоровью пациента. Смысл тезиса «не навреди» как раз в этом и состоит. В деятельности врача бывают случаи, когда нет условий и средств для лечения или даже спасения больного, но и в этом случае, врач обязан действовать, причем не только внушением и подбадриванием, но и прибегать к активным действиям, чтобы у больного была уверенность в принятии врачом спасительных мер. В безвыходных ситуациях врач может и должен быть уверен в том, что это не приведет к преждевременной, неоправданной гибели больного.

7. Общечеловеческий моральный закон «не убий» для врача один из основополагающих. Задача врача — до последней возможности бороться за спасение жизни больного. И ни при каких условиях или обстоятельствах не содействовать — прямо или косвенно — его гибели.

Эвтаназия — милосердие или преступление? Более двух тысячелетий идут ожесточенные споры вокруг данной проблемы. «Убийство по совести и по закону» противоречит предназначению врача по нескольким причинам. Во-первых, только борясь за спасение жизни до последнего, врачи рано или поздно находят средство от неизлечимого недуга. Во-вторых, мы очень мало знаем о возможностях организма и потому едва ли имеем право окончательно исключить возможность благополучного исхода болезни, как нам кажется неизлечимой. В-третьих, общество еще далеко от нравственного совершенства, поэтому различные политические и бытовые интересы людей могут оказывать давление на соответствующие органы, контролирующие эвтаназию.

8. Во взаимоотношениях с пациентом врач обязан быть снисходительным к его странностям, убеждениям, предрассудкам, верованиям, но при этом он должен сохранять собственное достоинство и не поддакивать пациенту во всех случаях.

9. Встречаясь с больным, врач должен быть, по меньшей мере, опрятным, следить за своим внешним видом, чтобы произвести на пациента благоприятное впечатление.

10. Речь врача — важный инструмент его воздействия на больного, поэтому врач должен бережно обращаться со словом, избегать «словоблудия». В беседах с больным врач должен ясно и четко выражать свои мысли, дабы они были понятными пациенту и оказали свое действие.

11. Взаимодействуя с больным, врач должен добиться установления с ним доверительных отношений, для чего ему часто приходится вступать в отвлекающие беседы, в которых он должен проявить себя интеллигентом в высшем значении этого слова. Быть не только корректным, но и широко образованным человеком, способным понять жизненные интересы больного, уровень его развития.

12. Святая обязанность врача — не взирая на личную опасность возможного заражения, входить, при необходимости, в физический контакт с больным. Чувство страха нормально для человека вообще и для врача в частности, однако четкое следование соответствующим профессиональным инструкциям ограждает врача от опасности и создает условия для выполнения им своего профессионального долга.

13. В своей работе врач исключает использование профессиональных знаний в негуманных целях, а также медицинского воздействия на пациента с целью его наказания, исходя как из своих интересов, так и из интересов третьих лиц. Врач ни при каких условиях не должен рассматривать пациента как средство удовлетворения своих интересов.

### **Взаимодействие врача с родственниками больных**

1. Беседуя с родственниками больного и его окружающими, врач обязан проявить такт, участие, терпеливо выслушивать их. Наводящие вопросы должны показать родственникам глубокую заинтересованность и обеспокоенность врача по поводу больного. В беседе целесообразно сослаться на 2–3 случая из собственной практики, когда больной излечился от болезни.

2. Установив диагноз, врач взвешивает, имеет ли он право быть откровенным с родственниками относительно возможного исхода лечения. Если случай тяжелый, и родственники могут сыграть положительную роль в подготовке больного, например, к сложной операции, врач может быть откровенным. Если же его откровенность в целом может пагубно отразиться на процессе лечения, этого делать не следует. Как правило, откровенность относительно хода лечения, его средств и методов укрепляет авторитет врача, она всегда к месту. Но врач ни в коем случае не должен лгать родственникам (больному можно сказать неправду во имя исцеления или облегчения страдания), ибо это, в конечном счете, подрывает его общественное реноме, уважение не только к себе, но и к другим врачам. Тут врач обязан стать дипломатом — прямо не лгать, но и не говорить всю правду, оставляя надежду родственникам.

3. Врач обязан учитывать культурный уровень родственников, подвижность их психики, возраст и ценностные установки. Он не должен проявлять высокомерие, пренебрежение к их предрассудкам или низкой общей культуре, использовать «заумности научного характера».

4. Следует помнить и о том, что родственники больного создают врачу общественный имидж, иными словами, в этом общении врач «работает» и на свой авторитет, и на авторитет лечебного учреждения.

5. Врач должен периодически, а лучше постоянно советоваться с родственниками, а не просто извещать их о состоянии больного.

6. Острая деонтологическая проблема — получение согласия родственников на сложную операцию в экстренных ситуациях. Когда есть время убедить родственников, подготовить их, дело упрощается. Но когда времени нет, когда дорога каждая минута, врач должен быть жестким и непреклонным, он обязан прямо сказать родственникам, что больной умрет, если ему сейчас же не сделают операцию.

7. Сложная и трудная во всех отношениях проблема — получение разрешения родственников на изъятие с целью трансплантации какого-либо органа у только что умершего близкого им человека. Здесь так же имеет место экстренная ситуация и ограничение времени. Вот когда знание психологии и способность убеждать могут сыграть решающую роль.

8. Следует помнить, что основная масса конфликтных ситуаций возникает не в связи с неправильным лечением, а из-за неправильного поведения врачей. При этом жалобы на врачей поступают главным образом не от больных, а от родственников и очень часто в связи с неправильным поведением или произвольным индуцированием их самими врачами.

### **Взаимоотношения между врачами-коллегами**

Для успешной профессиональной деятельности врачу крайне важно установить нормальные рабочие (функциональные) отношения не только с коллегами у себя на работе (что само собой разумеется), но и с другими представителями своей и смежных профессий. Врач в наше время давно уже не «один в поле воин». Эффективность его работы обуславливается той помощью, которую ему оказывают его коллеги. Поэтому положение требует, чтобы между коллегами установились дружеские, доверительные отношения, чтобы они понимали и доверяли друг другу, надеялись друг на друга.

1. Для установления доверительных отношений с коллегами врач должен, прежде всего, научиться *слушать, вникать и стараться понять точку зрения коллеги* по любому (не только профессиональному) вопросу. Если в экстремальных условиях, когда на карту поставлены жизнь и здоровье пациента, врач не может принять мнение коллеги, он должен убеждать его и даже идти на конфликт с ним. Во всех же других случаях следу-

ет избегать разногласий между коллегами; они должны быть *лояльными, терпимыми друг к другу*. Кроме того, профессионал *должен уметь признавать свои ошибки и заблуждения*: это лишь укрепляет его авторитет.

2. Врач *не имеет права быть высокомерным, заносчивым по отношению к коллегам*, даже (и особенно) в тех случаях, когда он убежден в своем профессиональном превосходстве, более богатом опыте и т. д. В противном случае его отношения с коллегами будут напряженными в силу взаимной неприязни, что, несомненно, отразится на их совместной работе. Жертвой же таких отношений оказывается ни в чем не виновный больной. Если врач испытывает неуважение к коллегам и не может это скрыть, то рано или поздно об этом узнают больные и потеряют уважение и доверие к врачу. Конечно, врач — человек, он может что угодно чувствовать по отношению к коллеге, но он не имеет права ни ему, ни кому другому это чувство открывать (особенно, если оно негативное).

3. Недоверие и неприязнь между коллегами часто вызывается *завистью*, как говорят в народе, «черной завистью» к общественному имиджу коллеги, его административному посту, уважению, которое выражают ему коллеги и больные, его материальному благополучию и т. д. Такая зависть непременно проявляется в отношениях и заметна другим. Разумеется, возникает напряженность в отношениях, грозящая перерасти в конфликт. Зависть оправдана только тогда, когда она является стимулом для профессионального и нравственного совершенствования, пробуждая *здоровое и полезное честолюбие*. Зависть же, направленная на разрушение статуса объекта зависти, для врача недопустима.

4. Врач *должен постоянно учиться у более опытных и знающих коллег* и не скрывать этого. Это способствует не только профессиональному росту, но и установлению уважительного отношения между коллегами. С другой стороны, опытные, искусные врачи, обязаны тактично учить и направлять врачей менее опытных и искусных. Врач не имеет права отказать молодому коллеге в помощи и овладении знаниями и навыками. Однако недопустим менторский тон, насмешки над ошибками молодых врачей. Помогать и обучать нужно чистосердечно, понимая, что ошибки в молодости неизбежны, что время и опыт все поставят на свои места. Насмешки же, грубые «разносы» за ошибки могут лишить молодого врача уверенности в себе, которая так ему нужна.

5. Коллектив современного лечебного учреждения должен составлять единый организм, выполняющий одну задачу — заботу о жизни и здоровье больных — и, следовательно, объединенный одной общей целью. Поэтому в известной степени *ответственность одного врача разделяется всеми врачами коллектива*. Вот почему коллеги обязаны *приходить на помощь друг другу*, не считаясь с тем, «их» ли это пациент или другого коллеги.

6. Врачи обязаны *обмениваться профессиональной информацией*, не пытаясь монополизировать ее в ущерб делу. Скрытие информации (как и

неуместное ее разглашение) может стать причиной гибели пациента, нанесения ущерба его здоровью. Это не противоречит соблюдению авторских прав. Если врач в процессе исследований сделал открытие, он должен обязательно его зарегистрировать и предать гласности, ибо от этого, быть может, зависит жизнь и здоровье тысяч людей.

7. Врач должен поддерживать хорошие доброжелательные отношения с коллегами из других медицинских учреждений и стран. *Интенсивный обмен информацией между коллегами региона и всего мира* — основа и залог развития здравоохранения. Тут дело не в цеховой солидарности (хотя и она хороша, если служит делу), а в необходимости создания *единого информационного пространства*.

8. *Сотоварищество врачей* — один из важнейших деонтологических принципов. Врач обязан прийти на помощь людям в любую минуту, а тем более на помощь другому врачу вне зависимости от времени и места нахождения.

9. Особого внимания заслуживает проблема *отношений между врачами, занимающими разные должности* — отношения «по вертикали». Очевидно, что отношения между главным врачом, заведующим кафедрой, отделением и их подчиненными в рамках работы должны носить *официальный характер*. Тут недопустимо панибратство, ведущее к ослаблению дисциплины и порядка. А то, что дисциплина и порядок, поддерживаемые установленной субординацией, в медицине необходимы как и в армии, сомнений не вызывает. Речь идет не о слепом подчинении или чинопочитании, а о *рациональной субординации*, при которой подразумевается, что каждое распоряжение начальника содержит в себе здравый смысл и прагматическую цель. Об этом, прежде всего, должны заботиться начальники, если хотят добиться уважения и подчинения коллег. Вне рамок работы и подчиненные, и начальники являются только врачами-коллегами, субординация между которыми просто неуместна.

10. И начальник, и подчиненный — врачи, поэтому в процессе лечения больного и тот, и другой в своих профессиональных отношениях должны исходить, прежде всего, из пользы дела. Не в каждом конкретном случае начальник более компетентен, чем его подчиненный, и поэтому *начальник должен быть готовым отбросить амбициозность* и, если понадобится, ассистировать своему подчиненному, не нанося ущерба ни своему врачебному достоинству, ни своему авторитету.

11. Руководитель в целях сохранения единства коллектива *не имеет права* высказывать явное предпочтение или неприязнь кому-либо из коллектива врачей; отчитывать подчиненных врачей в присутствии их коллег, тем более в присутствии младшего медперсонала; без необходимости пользоваться властью, проявляя нетерпимость и самодурство; использовать служебное положение в корыстных или иных, не имеющих отношения к делу, целях, особенно в ущерб подчиненным. Он должен внимательно

но и заинтересованно выслушивать своих подчиненных, даже в том случае, если считает, что они не правы, поскольку в их мнении всегда можно обнаружить рациональное зерно. Руководитель должен всегда помнить, что эффективность его работы зависит от того, насколько он сумеет сплотить коллектив, стать его цементирующей основой. А это достигается умным, тактичным, но в тоже время требовательным отношением к подчиненным.

12. Руководитель обязательно должен *поощрять подчиненных*, развивая их инициативность, он должен выискивать у них не столько огрехи сколько удачи, тем самым, стимулируя уверенность подчиненных и их чувство собственного достоинства. В работе врачей не должно иметь места стремление сделать и удержать карьеру любыми средствами в ущерб работе. Поэтому руководитель с высоким чувством долга и ответственностью за порученное дело не имеет права видеть в подчиненных угрозу своему положению, а напротив, должен на всех уровнях поощрять талантливых, достойных сотрудников, не опасаясь за свое место.

13. Врач может указать на ошибку, совершенную коллегой, только *конфиденциально или на профессиональном разборе*, причем в соответствующей, не унижающей коллегу форме.

14. Ни в коем случае врач не может отговаривать пациента лечиться у своего коллеги, а тем более, «переманивать» пациентов у других врачей.

### **Взаимоотношения врача со средним (младшим) медперсоналом**

Эффективность разносторонней деятельности врача достигается как за счет его профессиональных качеств, так и за счет умелого профессионального взаимодействия со средним и младшим медперсоналом.

1. С медперсоналом у врача должны складываться *деловые доброжелательные отношения*, которые становятся основой взаимоуважения и *доверия*, без чего работа как врача, так и медперсонала проходит в условиях постоянной настороженности и напряженности, что отнюдь не способствует ее успеху.

2. Доброжелательные и доверительные отношения между ними возможны лишь в том случае, если, с одной стороны, врач будет обладать необходимыми профессионально-деонтологическими качествами, а с другой стороны, медперсонал также будет высококвалифицированным и обладающим необходимыми профессионально-нравственными установками (чувством долга, ответственности, собственного достоинства).

3. Доброжелательность и взаимное доверие ни в коей мере не *должны опускаться до панибратства*, до того, чтобы врач передоверял свои обязанности медперсоналу, как бы перекладывая свою ответственность на неподготовленного к ней человека.

4. Профессионализм отношений между врачом и медперсоналом в своей основе покоится на *высокой требовательности врача* к самому себе и, соответственно, к медперсоналу. Поэтому врач должен с неослабным вниманием (ни в коем случае не с подозрением) *контролировать работу медперсонала*, пресекая всякую халатность, невнимательность, недисциплинированность.

5. Требовательность врача к медперсоналу должна быть обоснована и не выглядеть как «самодурство». Врач обязан каждый раз доходчиво объяснить медсестре, что и почему он от нее требует.

6. Врач не имеет права унижать медперсонал, особенно в присутствии больных или их родственников. Разбор недостатков в работе кого-либо из медперсонала (если это используется не в качестве назидания другим медсестрам) желательно проводить *конфиденциально*. И уж ни в коем случае врач не должен повышать тон в разговоре с медперсоналом.

7. Врач должен *передавать свои знания и опыт* работающему с ним медперсоналу, служить ему примером во всем. Выражая свое доброжелательное отношение, врач постоянно должен находить в работе медперсонала какие-либо достоинства (а не только недостатки) и *не скупиться на похвалу*.

8. Врач никогда не должен пользоваться услугами медперсонала в решении своих проблем, не имеющих отношения к работе.

### **Врач и врачебная тайна**

Деятельность врача во многом определяется условиями его существования в современном информационном поле.

1. Врач порой является носителем уникальной информации, которая служит ему средством реализации его рабочих планов. Информация может оказывать как плодотворное, так и разрушительное влияние на ее носителя, вот почему врач обязан бережно обращаться с ней. Знание есть инструмент, который используется человеком для решения своих проблем, но знание, кроме того, есть и сигнал, вызывающий положительные или отрицательные эмоции, что очень важно в лечебном, реабилитационном и профилактическом процессах.

2. Если у врача не осталось иной надежды, чем упование на скрытые возможности организма и активное его противодействие разрушительному процессу болезни, тогда, вероятно, он может открыть глаза больному на истинное положение дел, рассчитывая на его помощь. Но нельзя не учитывать и то, что у слабых, безвольных больных такая информация может вызвать противоположный эффект, скорее способствующий стремительному развитию болезни, чем сдерживанию ее. Тут от врача требуется знание психологической устойчивости пациента.

3. Если вообще нет никакой надежды на выздоровление, врач может скрывать от пациента соответствующую информацию, всемерно подбадривая больного, вселяя в него надежду. Так же он поступает и с его близкими. Однако и в этом случае бывают исключения, касающиеся сильных духом индивидуальностей, для которых, например, важно знать, каким временем они располагают, для которых выполнение своего долга (ученого, писателя, руководителя) важнее, чем личная судьба.

4. Врач обязан сохранять в тайне от посторонних информацию о состоянии больного, о его диагнозе, данных лабораторных анализов, поскольку такая информация может быть использована посторонними лицами во вред больному. Сохранение тайны относительно информации о пациенте является важнейшим условием взаимного доверия между больным и врачом, без чего лечение больного затруднительно.

5. Вместе с тем во врачебной практике имеется целая область (инфекционные, особенно, венерические заболевания), в рамках которой сокрытие врачом информации противоречит его долгу и обязанностям и даже может быть уголовно наказуемо. В последнем случае врач обязан выявить всех контактирующих с больным лиц и поставить их в известность относительно их возможного заболевания. Эта профилактическая мера просто необходима для сохранения общественного здоровья.

6. Несколько сложнее обстоит дело с носителями и больными ВИЧ-инфекции. С одной стороны, важно выявить все контакты инфицированного и исследовать их, что невозможно без распространения соответствующей информации. С другой стороны, окружающие люди крайне негативно реагируют на носителей этого недуга, превращая их в изгоев. Вот почему крайне нежелательно, чтобы подобная информация стала достоянием общественности.

7. Относительно врачебной тайны существует еще одна проблема. В процессе необходимых медицинской науке исследований, экспериментов врачи открывают новые препараты, методы и средства лечения тех или иных заболеваний. При этом зачастую происходит международный обмен информацией о результатах исследований. Несмотря на то, что этот обмен происходит в рамках специальных саммитов, конференций, симпозиумов, путем публикаций в специальных изданиях, т. е. в узком кругу специалистов, эта информация рано или поздно просачивается за пределы этого круга. Больные и их родственники, получившие такую информацию, начинают требовать от лечащего врача применения новых средств. В этом случае врач оказывается в затруднительном положении. С одной стороны, он не имеет права пользоваться средствами, не прошедшими достаточной проверки, поскольку может нанести ущерб здоровью больного или его потомству; с другой стороны, старые средства и методы не достигают необходимого эффекта. Следовательно, некоторое время нужно ждать, но больному и родственникам этого не понять, они требуют немедленного



применения нового «чудодейственного» средства. Поэтому подобная информация может быть опубликована лишь в такой форме, которая позволяет до определенного времени не привлекать общественного интереса, оставаясь для общества тайной. Соответственно и специалисты, владеющие подобной информацией, не имеют права на ее распространение.

## **Ятрогенные заболевания**

Термин «ятрогения» получил широкое распространение после публикации в 1925 г. работы немецкого психиатра Бумке «Врач, как причина душевных расстройств».

В энциклопедическом словаре медицинских терминов ятрогении трактуются как «заболевания, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками врача, неблагоприятно воздействующими на психику больного».

Под ятрогенной патологией следует понимать все те заболевания и патологические процессы, которые возникают под влиянием медицинских воздействий, произведенных с профилактической, диагностической или лечебной целями.

Для развития ятрогенного заболевания имеет значение как поведение врача, так и особенности личности больного. Следует помнить, что человек страдает не только от болезни, но и от порожденных ею тревоги, страхов, опасений за исход. Этим объясняется особое внимание больного к словам врача, медицинской сестры, их поведению, выражению лица. При этом в зависимости от типа нервной деятельности, склада личности и особенностей психики разные пациенты по-разному, иногда противоположно, реагируют на определенные слова и поведение медицинского работника.

Риск возникновения ятрогенных заболеваний при прочих равных условиях неодинаков у лиц разного возраста, пола, образования. Так, у женщин, в виду их большей эмоциональности, вероятность развития ятрогенного заболевания выше, чем у мужчин. Возрастные группы повышенного риска возникновения ятрогенных заболеваний составляют подростки, лица пожилого возраста.

Ятрогенные заболевания проявляются, главным образом, невротическими реакциями в форме различных вариантов вегетативной дисфункции. В зависимости от характера психотравмы и преморбидных особенностей личности вегетативные расстройства могут иметь генерализованный характер или выражаться преимущественной дисфункцией сердечно-сосудистой (аритмия, изменение давления), пищеварительной (рвота, изжога) или других систем.

Общепризнанной классификации ятрогенных заболеваний в настоящее время нет.

Исходя из этиологии, патогенеза, значения для течения заболевания и других факторов, можно предложить следующую классификацию:

***Ятрогении, связанные с лечением:***

1. *Лекарственные:*

– обусловленные побочным действием лекарственных средств или их непереносимостью;

– неадекватное или ошибочное применение лекарственных средств.

2. *Хирургические:*

– обусловленные риском и тяжестью хирургического вмешательства;

– погрешности в технике операции и анестезии.

3. *Связанные с физическими методами лечения:*

– обусловленные побочным действием или индивидуальной непереносимостью;

– обусловленные неадекватным или неправильным применением лучевой терапии или других физических методов.

4. *Прочие.*

***Ятрогении, связанные с диагностическими исследованиями:***

– обусловленные риском применения диагностического метода;

– обусловленные погрешностями при проведении манипуляций;

– избыточные диагностические исследования.

***Информационные ятрогении:***

– обусловленные неблагоприятным воздействием медицинского персонала на психику больного;

– обусловленные широкой медицинской информацией;

– обусловленные применением лекарств, не назначенных больному (самолечение).

***Ятрогенные псевдоболести:***

– статистически регистрируемые, но не приведшие к вредным последствиям для пациента;

– установление ошибочного диагноза привело к вредным последствиям.

*Прочие ятрогении.*

Таким образом, все виды ятрогений можно разделить на два типа.

1. Мнимые, воображаемые болезни, индуцированные врачами путем неумышленного воздействия на психику больного (психогенные ятрогении).

2. Истинные болезни, вызванные неправильными (ошибочными) действиями врачей или медицинских сестер (соматогенные ятрогении).

**Психогенные ятрогении** возникают у больных или здоровых людей чаще всего вследствие невольного, неумышленного словесного внушения или неправильного поведения, поступка врача. Слово может лечить, но может ранить и даже убить человека. Поэтому сообщение больному диагноза, который в последующем не подтверждается, может индуцировать симптомы этого заболевания и разубедить человека в отсутствии у него

данной болезни часто бывает чрезвычайно трудно. Патогенез ятрогении заключается в том, что стойкие повторные отрицательные эмоции через вегетативную нервную систему, эндокринный аппарат реализуются соответствующей соматогенной симптоматикой и ощущением наличия болезни.

Конечно же, не все подобные заболевания можно связать с неправильным поведением врача. Так, например, канцерофобия — одно из частых тяжелых навязчивых состояний — чаще всего формируется не в результате врачебных ошибок, а вследствие чтения соответствующей литературы, общения с больными, страдающими злокачественными новообразованиями.

Психогенное ятрогенное заболевание — не притворство больного, не симуляция, такие больные действительно страдают воображаемой болезнью, и их лечение требует вдумчивой и настойчивой терапии. В качестве эффективного метода профилактики психогенной ятрогении Р. А. Лурия считал необходимым соблюдение врачами «психогенной асептики», включающей изучение личности больного и щадящее отношение к психике, особенно при обсуждении его состояния и лечения.

**Соматогенные ятрогении** — это органические заболевания, вызванные неправильными (ошибочными) действиями врача или среднего медицинского персонала. Они развиваются вследствие дефектной аппаратуры, неправильного проведения техники инструментального исследования, введения лекарств и др. Наиболее актуальной проблемой соматогенной ятрогении является лекарственная патология, «болезнь от лечения». В этом случае профилактические мероприятия должны строиться на тщательном изучении механизма действия препаратов, выработке строгих показаний и противопоказаний и индивидуальном подходе к их назначению.

Однако нельзя распространять понятие ятрогении на все случаи неудачного лечения больного, более того, развитие осложнений, свойственных данному методу лечения, не может рассматриваться как ошибка врача.

Нередко развитие осложнений и неблагоприятных исходов характеризует современный уровень медицинской науки и практики. Вместе с тем манипуляции и оперативные вмешательства, повлекшие за собой развитие нового заболевания или тяжелого осложнения вследствие диагностической ошибки или технической неграмотности, относятся к ятрогении.

Клинические проявления ятрогений весьма многообразны, но, тем не менее, можно выделить некоторые основные, наиболее общие симптомы. Как правило, острое начало находится в непосредственной связи с травмирующим врачебным воздействием. В этом случае у больного возникают тягостные болезненные ощущения именно в том органе или системе, на котором сосредоточилось эмоционально насыщенное внимание больного, преобладающим становится депрессивно-тревожный фон настроения. Нарастает ипохондрическая настороженность с выраженной тенденцией к преувеличению «опасности» заболевания. Облегчают возможность воз-

никновения язвенного заболевания физическое истощение, соматические заболевания и другие факторы, послужившие причиной неустойчивости и повышенной возбудимости эмоциональной сферы больного.

Как и всякое другое терапевтическое средство, слово врача или другого медицинского работника может иметь не только полезное, но и вредное воздействие на человека, причем это вредное действие всегда получается помимо воли врача и вопреки его лучшим желанием.

Вопрос о профилактике язвенных заболеваний является существенной частью не только медицины как отрасли знаний, но и врачебной этики, определяющей взаимоотношения врача и больного.

Залогом предотвращения и ликвидации язвенных заболеваний является повышение культуры медицинского обслуживания, гуманное психотерапевтически насыщенное обращение с больным, разъяснение существа болезни, сторон лечебного режима.

### **Врачебные ошибки с позиции медицинской деонтологии и закона**

Осуществление медицинской деятельности неизбежно сопряжено с риском причинения вреда жизни и здоровью пациента в силу объективной невозможности полного предотвращения неблагоприятных реакций на медицинское вмешательство, а также всегда имеющейся вероятности непреднамеренных врачебных ошибок и упущений со стороны медицинского персонала.

В определенной степени это связано с рисками, характерными для ряда медицинских профессий, а также с усложнением медицинских технологий, применением различных современных методов обследования, внедрением новейших биомедицинских технологий.

Профессиональные ошибки встречаются у врача, как и у представителя любой другой профессии, однако именно врачебные ошибки могут приобретать большое общественное значение.

Все действия медицинских работников, связанные с неблагоприятными последствиями при лечении и диагностике, принято делить на три группы:

1. Врачебные ошибки.
2. Несчастные случаи.
3. Профессиональные нарушения.

Врачебные ошибки характеризуются добросовестными действиями врача, хотя они и были по существу ошибочными. Чаще это связано с какими-то объективными причинами или смягчающими обстоятельствами (несовершенство методов исследования или лечения, недостаточный опыт и умение врача, отсутствие объективных соответствующих условий для оказания помощи, отсутствие необходимой аппаратуры).

При несчастных случаях неблагоприятный исход врачебного вмешательства связан со случайными обстоятельствами, которые врач не может предвидеть и предотвратить. Медицинская помощь в таких случаях оказывается правильно и своевременно.

Профессиональные преступления связаны с неправильными действиями медицинского персонала, идущими вразрез с общепринятыми в медицине правилами и методами. Основным признаком профессионального преступления врача является недобросовестность его действий, проявляющихся в небрежности и халатности.

**Причины врачебных ошибок (объективные) (рис. 1):**

1. Непостоянство отдельных постулатов в медицине, в результате чего меняются диагностика заболевания и его лечение.

2. Неналаженное обеспечение и несовершенство медицинской техники, что может привести к неполноценному медицинскому обследованию, а следовательно, и лечению.

3. Недостаточно четкая организация работы лечебного учреждения: рабочая перегрузка врачей, низкая исполнительная дисциплина среднего и младшего медицинского персонала.

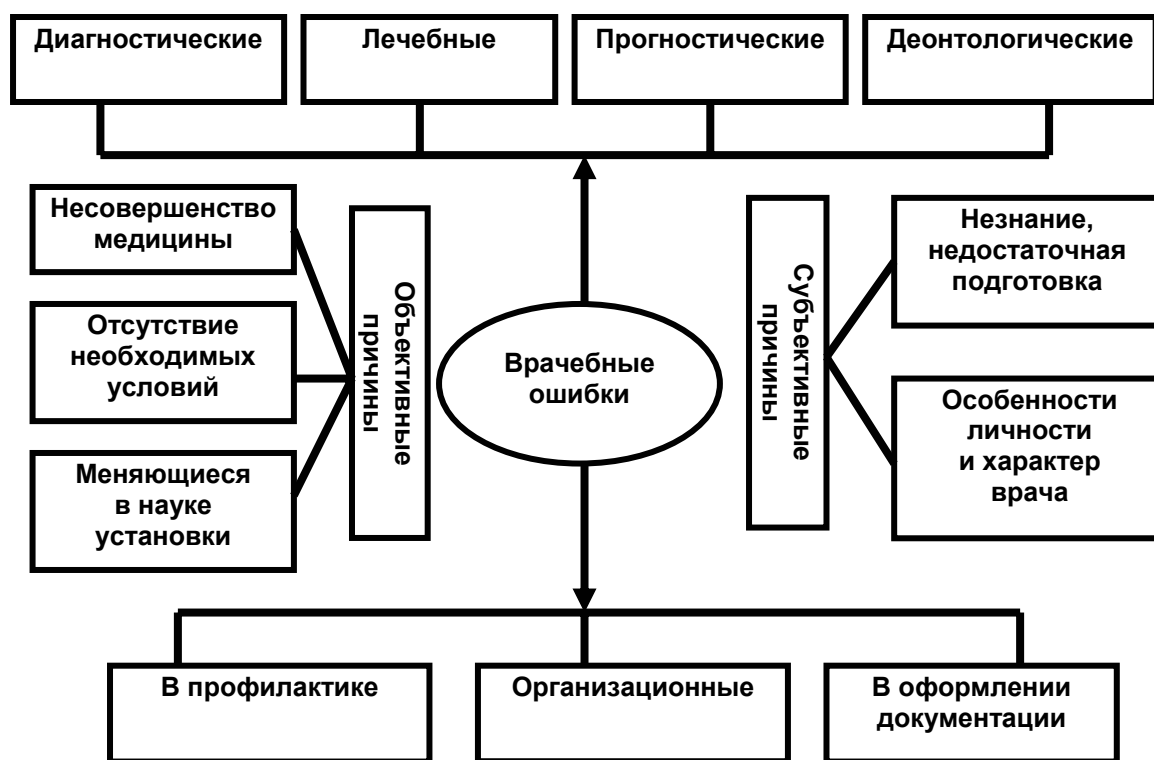


Рис. 1. Причины врачебных ошибок

### Причины врачебных ошибок (субъективные):

1. Отсутствие достаточного опыта у врача. Опыт появляется со временем, но это не значит, что опытные врачи не ошибаются.
2. Недостаточный уровень профессиональных знаний.
3. Несоблюдение принципов деонтологии (пессимизм или излишний оптимизм, предвзятость, нелогичность и др.).

### Виды врачебных ошибок:

1. Диагностические.
2. Лечебно-тактические:
  - а) неправильный выбор методов исследования, для установления диагноза;
  - б) неправильная оценка результатов исследования;
  - в) ошибки в установлении показаний и противопоказаний к тому или иному методу лечения.
3. Лечебно-технические — неправильное выполнение диагностических или лечебных манипуляций.
4. Организационные ошибки:
  - а) неправильная организация рабочего места.
  - б) неправильная организация лечебного процесса (рис. 2).
5. Ошибки в ведении медицинской документации.

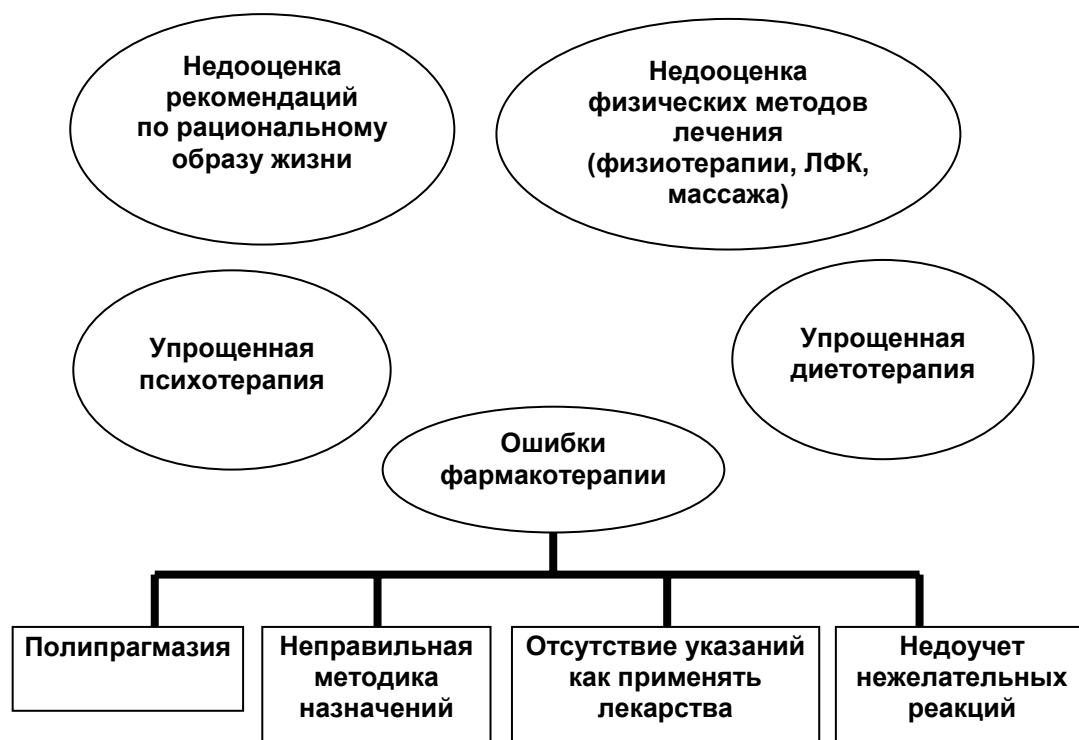


Рис. 2. Причины лечебных ошибок

Документы, которые оформляет медицинский персонал, могут быть либо оправдательными, либо обвинительными. Если пациенту оказана медицинская помощь, а записи в истории болезни нет, действие предполага-

ется несовершеннолетним; если пациенту ничего не сделано, а запись в истории болезни есть — действие совершено. История болезни, написанная только в компьютере, считается недействительной.

6. Ошибки поведения медицинского персонала — нарушение принципов этики и деонтологии всеми работниками лечебного учреждения.

За действия среднего и младшего медперсонала отвечает врач, и не имеет значения, присутствовал он при действиях медсестры или нет.

К объективным факторам, влияющим на возникновение неблагоприятного исхода, относятся: своевременность оказания медицинской помощи, адекватность выбора метода лечения, состояние больного в момент поступления, особенность течения заболевания, обеспеченность лечебного учреждения аппаратурой, инструментами, лекарственными средствами, условия труда (освещение, температура, шум и т. д.). Из объективных факторов основными являются квалификация врача, уровень его знаний, стаж работы.

В настоящее время большое значение придается эмоциональному фактору в действиях врача — сильный стресс в экстремальных ситуациях, предъявляющих особые требования к быстродействию, увеличивают вероятность ошибки в 2–10 раз.

Термин «врачебная ошибка» употребляется лишь в медицинской литературе и практике. В Уголовном кодексе этот термин отсутствует. В Гражданском кодексе есть понятие «ответственность за причинение вреда».

В судебно-медицинской практике врачебными ошибками считаются вытекающие из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества; при этих действиях врача полностью исключен умысел.

В зависимости от характера правонарушений и последствий медицинский работник может быть привлечен к различным видам ответственности.

**Гражданская ответственность:** применение имущественных санкций — возврат утраченных пациентом сумм (добровольно или в порядке гражданского судопроизводства).

**Административная ответственность:** наложение штрафа, конфискация имущества, временное отстранение от должности.

**Дисциплинарная ответственность:** применение дисциплинарных взысканий (замечание, выговор, строгий выговор, перевод с понижением в должности, увольнение с работы).

**Материальная ответственность:** возмещение причиненного ущерба (в порядке, предусмотренном трудовым законодательством).

**Уголовная ответственность** осуществляется только в судебном порядке и наступает за деяние, содержащее все признаки состава преступления.

Любое медицинское вмешательство, будучи направленным на охрану жизни и здоровья пациента, так или иначе связано с риском для последнего. Вопрос о его правомерности, как правило, возникает при неблагопри-

ятном исходе оказания медицинской помощи, что часто требует надлежащей оценки действий медицинского персонала.

В связи с этим необходимо знать основные обстоятельства, исключаяющие преступность деяния в сфере профессиональной медицинской деятельности.

Среди указанных обстоятельств для медицинской деятельности существенное значение имеют **крайняя необходимость и обоснованный риск**.

В качестве примера крайней необходимости приведем некоторые случаи из практики: краниотомия на еще живом плоде с целью спасения жизни матери; оперирование по поводу перитонита больного гемофилией; действия врача, производящего аборт по жизненным показаниям в ненадлежащих условиях (даже в случае наступления тяжких последствий); проведение любых операций во имя спасения больного или пострадавшего, находящегося в критическом состоянии.

Действия, совершенные в состоянии крайней необходимости, не только не являются преступлением, но и, напротив, признаются социально полезными.

**Обоснованный риск** признается, если совершенное деяние соответствует современным знаниям и опыту врача и его можно связать с новаторством, научно-обоснованным экспериментом, внедрением новых методов профилактики, диагностики и лечения.

*Пример: У больной Д. был обнаружен рак правого изгиба толстой кишки. По поводу этого заболевания больная была прооперирована (удаление опухоли). Однако в печени был обнаружен одиночный метастаз рака. Учитывая, что других метастазов обнаружено не было, решено выполнить катетеризацию печеночной артерии для проведения селективной химиотерапии. В ходе этой эндоваскулярной операции была повреждена одна из ветвей чревного ствола, что вызвало массивное внутреннее кровотечение, от которого больная скончалась. Проведенная прокуратурой по жалобе родственников проверка установила, что для проведения операции имелись медицинские показания. Операция проводилась с целью prolongации жизни больной и представляла собой высокотехнологическое вмешательство, при котором продвижение проводника, предназначенного для установки катетера, осуществляется практически «вслепую». Все необходимые для проведения операции условия были соблюдены. В возбуждении уголовного дела было отказано.*

Следует подчеркнуть, что наиболее часто правомерные медицинские вмешательства, влекущие неблагоприятные для больного последствия, соответствуют условиям обоснованного профессионального риска.

В некоторых странах Европы, в частности в Великобритании, существуют процедуры, защищающие пациентов от непрофессионализма врачей.



**Процедуры по болезни** направлены на работу с врачами, которые по состоянию здоровья не в состоянии вести медицинскую практику (в основном, психические болезни, пристрастие к алкоголю или наркотикам).

**Дисциплинарные процедуры** затрагивают аспект профессионального несоответствия (сексуальные притязания по отношению к пациенту, игнорирование проблем пациента, нарушение конфиденциальности полученной от больного информации и др.).

**Процедуры в случае клинической некомпетентности.**

Врач, который постоянно не обновляет знания, вскоре обнаружит, что его навыки атрофируются, а полученные ранее знания забываются. Врач, который в 25 лет соответствовал профессии, может в 50 лет стать просто опасным для больного, если не будет постоянно пополнять свои знания.

Все эти процедуры направлены на помощь врачу, а не для того, чтобы его наказать.

Благополучие пациента является самым важным фактором, и в случае нарушения указанных процедур, врач может быть исключен из регистрационных списков временно или навсегда.

Разбирая врачебные ошибки, необходимо учитывать, что в медицине не может быть стандартного подхода к больным, стандартного выбора методов диагностики и средств лечения даже при одних и тех же заболеваниях, поскольку врач лечит не болезнь, а больного.

Тему «врачебных ошибок» можно завершить словами Гиппократов: «Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение трудно».

Людские нужды заставляют нас решать и действовать. Но если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и ошибка станет источником знания.

Профессия врача — одна из тяжелейших профессий, требующая порой отрешения от целого ряда жизненных благ. Ни в одной специальности не столкнешься с жизнью в такой ее полноте, как будучи врачом. Здоровье — первое и необходимое условие благополучия и всей нашей деятельности. Нужен ли какой-нибудь другой символ, кроме сознания, что ты вернул человеку жизнь? Можно ли сравнить ощущения врача при этом с чем-либо? Это сводит на нет и несправедливое порой суждение о враче, и бессонную ночь, и волнения. Из-за этого стоит жить, стоит стать врачом. Познать радость возвращенного людям здоровья, радость возвращения жизни — великое счастье.

## Ситуационные задачи

### № 1

Больная М., 45 лет, поступила в отделение кардиологии с жалобами на колющие боли в области сердца. При осмотре у нее прослеживается напряженность, подавленность. Ранее консультировалась у многих специалистов, однако никто не разъяснил ей, чем же она больна и чем обусловлено ее состояние. В результате пациентка решила, что от нее что-то скрывают. При физикальном исследовании патологии не выявлено.

***Ваша тактика:***

- а) выписать больную, сказав, что она здорова;
- б) провести тщательное обследование и назначить для видимости лечение;
- в) провести курс психотерапии.

### № 2

Больной К. поступил в отделение с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, почечная симптоматическая гипертензия, последствия перенесенного инсульта, дисциркуляторная энцефалопатия, гипоплазия правой почки.

После полного обследования больной проконсультирован у уролога, который сказал ему, что заболевание (почечная патология) запущено по вине врачей, лечивших его ранее, отсюда и множество осложнений (имевший место ранее инсульт, энцефалопатия). Больной расстроился, обругал лечащего врача, угрожал жалобой в вышестоящие инстанции, требовал выписки домой. АД — 220/140 мм рт. ст. Попытка объяснить больному причину тяжести его состояния безуспешна.

***Ваша тактика:***

- а) выписать больного домой;
- б) вызвать родственников и объяснить им суть вопроса;
- в) пригласить консультировавшего уролога и вместе разобраться в сложившейся ситуации;
- г) назначить консультацию другого уролога.

### № 3

Больная К., 42 года, жена директора крупного предприятия, не работающая, поступила в отделение с жалобами на колющие боли в сердце, слабость. Ведет себя беспокойно, предъявляет массу претензий по качеству ее обслуживания, требует перевода в одноместную палату, настаивает на консилиуме. При осмотре: в контакт вступает нелегко. При дальнейшем исследовании выявлены дистрофия миокарда дисметаболического генеза и астено-невротический синдром.

***Ваша тактика:***

- а) выполняете все требования больной;

- б) стараетесь одернуть и поставить на уровень других больных;
- в) выписываете домой;
- г) в спокойном тоне проводите с ней разъяснительную работу, не взирая на ее поведение.

#### **№ 4**

Вас вызывают на консультацию в реанимационное отделение к трем вновь поступившим больным с инфарктом миокарда.

1. Больной Д., 48 лет, бизнесмен. Диагноз: крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. В момент осмотра жалоб нет. Больной активен, много говорит, строит большие планы, в свое заболевание не верит, о прогнозе не спрашивает. Гемодинамика спокойна, ЭКГ подтверждает диагноз.

2. Больной А., 52 года, инженер. Диагноз: трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. Гемодинамика спокойна, жалоб нет. При осмотре: вял, адинамичен, в контакт вступает с небольшим желанием, насторожен. Интересуется, как серьезна его патология, рассказывает о смерти, год назад, близкого родственника от инфаркта миокарда. ЭКГ соответствует диагнозу.

3. Больной И., 58 лет, рабочий на стройке. Диагноз: крупноочаговый переднебоковой инфаркт миокарда. Жалоб не предъявляет, гемодинамика спокойна. В контакт вступает легко, однако вопросов по своему заболеванию не задает, в разговор между врачами не вступает, пытается рассказать анекдот о медицине. ЭКГ подтверждает диагноз.

***Ваша тактика в каждом случае?***

- а) сказать полный диагноз;
- б) скрыть;
- в) сказать частично;
- г) сказать полный диагноз, запугать больного.

#### **№ 5**

В палату, курируемую Вами, поступил больной с ИБС, стенокардией напряжения ФК II, атеросклерозом сосудов головного мозга, симптоматической почечной гипертензией. При исследовании выявлена гипоплазия одной почки. Вы ему объяснили, в чем сущность данной патологии, необходимое лечение. После Вашего ухода больные в палате провели с ним подробную беседу с позиций своего понимания патологии, рассказали о плохом прогнозе. Утром на обходе больной напряжен, отказывается с Вами разговаривать, требует выписки, ссылаясь на то, что Вам больше не доверяет. Это явление ятрогении, т. е. неблагоприятное словесное воздействие на данного больного со стороны других больных.

***Ваша тактика:***

- а) выпишете больного домой;

- б) переведете в другую палату;
- в) проведете дополнительную разъяснительную беседу
- г) выпишете больных, проводивших «просветительскую» беседу с данным больным.

### № 6

Больная Н., 38 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, слабость, субфебрилитет. Больна около 3 недель. При исследовании выявлено уплотнение в левой молочной железе. Обсуждение врачами у постели больной данного образования насторожило больную, она разрыдалась, а далее замкнулась, стала плохо спать. С нетерпением ждала результатов дополнительных исследований. После проведенного обследования онколог высказался в пользу малигнизации процесса и необходимости операции.

***Ваша тактика:***

- а) вы скажете всю правду больной;
- б) частично намекнете о недоброкачественном образовании;
- в) скажете правду после настойчивой просьбы больной, которая будет ссылаться на свой мужественный характер и на то, что ей лучше знать правду, иначе она откажется от операции.

### № 7

В Вашей палате находится больная В., 45 лет, с диагнозом рак желудка с метастазами во все органы. Больной проведена операция, вскрыта брюшная полость, при виде метастазирования в печень, кишечник, почки брюшная полость закрыта без всякого вмешательства. Больной назначена химиотерапия. Она истощена, отмечает резчайшую слабость. Больная догадывается, что у нее, и просит оставить ее в покое, хочет быстрее умереть.

***Ваша тактика:***

- а) будете уговаривать больную, вселяя надежду;
- б) будете проводить лечение в полном объеме;
- в) согласитесь с больной и родственниками, что надо ускорить смерть;
- г) лечение ограничено для видимости.

### № 8

В отделение реанимации, где Вы работаете, привезли больного К., 48 лет, которому по пути на работу в автобусе стало плохо. Со слов очевидцев, он застонал и потерял сознание. Была зафиксирована клиническая смерть. В автобусе пассажиры пытались оказать помощь, однако больной в сознание не пришел, тогда водитель привез его в клинику. Проведены реанимационные мероприятия, восстановлена работа сердца, на ЭКГ зафиксирован обширный трансмуральный инфаркт миокарда. В сознание не приходит. Подключен аппарат для искусственной вентиляции легких. Мо-

чится и оправляется под себя. При попытке отключить аппарат, задыхается, что-то кричит невнятное, действия не адекватны. Прошло 3 дня. Состояние без перемен, гемодинамика стабильна. Четко прослеживаются признаки гибели коры головного мозга — декортикация.

***Ваша тактика:***

- а) отключить аппарат ИВЛ и дать возможность больному умереть;
- б) посоветуетесь с родственниками, как поступить;
- в) будете продолжать лечение, не взирая на церебральные изменения.

**№ 9**

В Вашей палате лежит больная К., 59 лет, состояние тяжелое септическое. Вы делаете все возможное для ее спасения. В один из дней больную навестила дочь, все было спокойно. Дочь ушла домой, а через 20 минут больная умерла.

***Как Вы сообщите об этом родственникам:***

- а) позвоните и скажете, что больная умерла;
- б) попросите приехать и скажете о смерти больной;
- в) скажете, что смерть наступила внезапно;
- г) скажете, что больная была крайне тяжелая и должна была умереть.

**№ 10**

К Вам в отделение прислали для прохождения производственной практики студентов 5-го курса. Часть студентов пассивна, ни во что не вникают, сидят, ведут беседы на отвлеченные темы. Некоторые студенты работают хорошо. А остальные чрезмерно строптивы, встречаются во все дела, делают замечания медсестрам, что те неправильно выдали лекарства, не отвели больных на обследование. Назначают самостоятельно не показанные врачом процедуры.

***Ваша тактика:***

- а) не будете обращать внимания;
- б) постараетесь со всеми побеседовать и заставить работать однотипно;
- в) поощрите активных и поругаете пассивных студентов;
- г) постараетесь индивидуально побеседовать с каждым и помочь правильно подойти к работе.

## Ответы к ситуационным задачам

### № 1

Тщательно обследовать, ежедневно проводя в спокойной форме разъяснительные беседы. Ни в коем случае не загромождать лечением, иначе больная усомнится в том, здорова ли она.

### № 2

1. Пригласить ближайших родственников (жену) и разъяснить суть конфликта и истинное состояние больного.
2. Воздержаться от выписки.
3. Назначить обследование функции почек с последующей консультацией другого уролога.

### № 3

Спокойно побеседовать с больной наедине, попытаться разъяснить не совсем тактичное поведение по отношению к окружающим, проводить лечение по вашему усмотрению. В случае дальнейших конфликтов спокойно выписать больную домой, отметив все в истории болезни.

### № 4

1. Сказать полный диагноз, указав на возможный неблагоприятный исход в случае несоблюдения режима.
2. Следует поподробнее разъяснить характер заболевания, смягчая при этом патологию и уверяя, что исход, как правило, благоприятный, а инфаркт миокарда, возможно, не разовьется, но режим следует соблюдать.
3. Можно ничего не говорить о диагнозе, сообщив пациенту о болезни спустя определенное время, постепенно.

### № 5

Провести беседу в спокойном тоне в палате со всеми больными, объяснив, что понимание данного вопроса ими неверно, что они завели в заблуждение соседа по палате, усугубив этим его состояние. После указанной беседы «пострадавшего» больного, при его желании, перевести в другую палату.

### № 6

В данной ситуации нельзя сказать истину больному. Опухоль относится к разряду заболеваний, где ложь врача оправдывается высокой целью не навредить больному. Однако в завуалированной форме Вы должны сказать, что хотя процесс и не злокачественный, но лучше прооперировать во избежание в дальнейшем возможного ухудшения.

#### № 7

Необходимо уговорить больную на лечение, вселить надежду на жизнь. Лечение проводить в полном объеме.

Ускорение смерти больного у нас в стране абсолютно недопустимо ни в этическом, ни в правовом отношении.

#### № 8

Данная ситуация необычна. Решающий этап «битвы за жизнь» проигран, время утеряно. Произошла смерть мозга с необратимым нарушением его функций. Здесь врач только поддерживает агонию человека. При абсолютно установленной «смерти мозга» большинство клиницистов считают, что допустимо прекращение ИВЛ, но это делается по решению консилиума врачей.

#### № 9

Необходимо сообщить родственникам о смерти больного по возможности не по телефону. Желательно позвонить и попросить кого-то приехать, сказать, что состояние больного резко ухудшилось. При сообщении близким о смерти надо сказать, что больной делалось все возможное, но болезнь была настолько тяжела, что помочь практически было невозможно. Иногда бывают недовольства близких, высказываются сомнения в правильности лечения больного. В таких ситуациях надо уделить побольше внимания родственникам, не торопиться, выяснить все их сомнения и постараться спокойно все объяснить.

#### № 10

1. Вначале необходима общая беседа-объяснение о сущности работы студента.
2. При отсутствии эффекта необходима индивидуальная работа с каждым студентом.
3. Отстранение от работы — это исключительный вариант.

## КЛЯТВА ГИШПОКРАТА

Клянусь именами богов-исцелителей Аполлона, Эскулапа, Гигеи и Панацеи, а также всеми другими богами и богинями приложить все свои силы и возможности для выполнения клятвы.

Клянусь считать того, кто научил меня искусству врачевания, таким же близким человеком, как мои родители; делиться с ним всем, что имею; ухаживать за его детьми, как за своими братьями; учить их своему мастерству, если они того пожелают, безвозмездно и без письменного заверения; передавать знания моим сыновьям и сыновьям моего учителя, а также ученикам, посвятившим себя этому делу, и более никому другому; отдать все знания и силы укреплению здоровья больных и никому не причинять вреда, не давать смертельных лекарств, даже если меня об этом попросят, или советов, которые могут привести к смерти; не давать женщинам снадобье, вызывающее аборт.

Клянусь свято и с чистыми помыслами практиковать искусство врачевания, не оперировать больных с камнями в почках, а доверять это специалистам, владеющим соответствующим мастерством. Входя в любой дом, обязуюсь делать все возможное для блага больных, воздерживаться от злодеяний и коррупции, особенно от соращения женщин и мужчин, независимо от того, являются ли они свободными людьми или рабами. Все, что я узнаю о своих больных в процессе их лечения или в повседневном общении с людьми, не подлежащее разглашению, клянусь сохранить в тайне. Если я выполню эту мою клятву, пусть продлятся мои счастливые дни и моя работа, уважаемая всеми во все времена. Но если я нарушу эту клятву, пусть обрушатся на меня все невзгоды.

## ФАКУЛЬТЕТСКОЕ ОБЕЩАНИЕ РУССКИХ ВРАЧЕЙ (XIX в.)

Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукою права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, я даю обещание в течение всей своей жизни ничем не помрачить чести сословия, в которое ныне вступаю. Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия. Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами ее процветанию, сообщая ученому свету все, что открою. Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств. Обещаю быть справедливым к своим сотовари-



щам-врачам и не оскорблять их личность; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицемерия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям.

### **ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВРАЧЕЙ (1948)**

Являясь представителем медицинской профессии, я торжественно обещаю посвятить свою жизнь служению человечеству. Я буду заниматься своим делом совестливо и с достоинством. Моей основной заботой будет здоровье пациента. Я буду уважать секреты, которые мне доверяют. Я всеми силами буду поддерживать честь и благородные традиции медицинской профессии. Я не позволю, чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение оказывали влияние на выполнение моего долга. Я буду поддерживать высшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия; даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности. Я даю эти обещания торжественно, от души и с чистой совестью

### **КЛЯТВА ВРАЧА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Получая с глубокой признательностью дарованное мне медицинской наукой и практикой звание врача, перед моими учителями и коллегами клянусь:

- в любое время помогать каждому больному, независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности;
- всегда хранить профессиональную тайну;
- постоянно совершенствовать свои медицинские знания и врачебное искусство, содействовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;
- обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к своим коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;
- беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины;
- всегда помнить о высоком призвании врача, об ответственности перед белорусским народом и государством.

Верность этой клятве обещаю пронести через всю свою жизнь.

## ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС ВРАЧА БЕЛАРУСИ

Настоящий Кодекс содержит правила врачебной этики и деонтологии, отражающие основные принципы медицинской деятельности и взаимоотношений врачей и пациентов. Принят 1-м съездом врачей Республики Беларусь (1998), утвержден Министерством здравоохранения Беларуси (1999).

### Раздел I. Общие положения

*Статья 1.* Врач в своей профессиональной деятельности руководствуется Клятвой врача Республики Беларусь, рекомендациями Всемирной медицинской ассоциации по этике, Конституцией и другими актами законодательства Республики Беларусь, регулирующими отношения, связанные с охраной здоровья населения, настоящим Кодексом врачебной этики.

*Статья 2.* Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания.

*Статья 3.* Основным условием успешной врачебной деятельности является профессиональная компетентность врача и его высокие нравственные качества. Врач обязан повышать свою квалификацию в течение всей профессиональной деятельности, используя все возможности и доступные способы профессионального усовершенствования.

*Статья 4.* Здоровье каждого человека является не только его личной, но и общественной ценностью. Занимаясь вопросами охраны здоровья населения, врач обязан взаимодействовать с органами власти и управления, администрацией предприятий, организаций, учреждений и общественными организациями по вопросам охраны здоровья населения.

*Статья 5.* Врач обязан всеми доступными ему способами содействовать делу охраны здоровья населения, бороться с любыми формами проявления жестокости и унижения человеческого достоинства.

### Раздел II. Правила, регулирующие врачебную практику

*Статья 6.* Вся практическая деятельность врача должна быть направлена на профилактику заболеваний, максимально эффективное лечение пациентов, продление их жизни и облегчение страданий.

*Статья 7.* Врач в своей работе исключает использование профессиональных знаний в негуманных целях и медицинское воздействие на пациента с целью его наказания, равно как и в интересах третьих лиц. Врач не может участвовать в акте лишения жизни, присутствовать при пытках или иных актах жестокого обращения с человеком.

*Статья 8.* Во время работы врач должен сохранять трезвость и не находиться под воздействием каких-либо средств, вызывающих стойкое пристрастие к ним.

*Статья 9.* В своей работе врач принимает все меры по предотвращению вреда пациенту (физического, нравственного, материального) и не может безучастно относиться к неправильным действиям иных лиц, причиняющих ущерб людям.

*Статья 10.* Врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь при этом мотивами получения личной выгоды. Врач не имеет права заключать с пациентом, используя его психическую или физическую несостоятельность, а также свое врачебное положение, противоправные имущественные сделки, заниматься вымогательством и взяточничеством, использовать труд пациента в личных целях, вступать с ним в интимную связь, навязывать свои философские, религиозные и политические взгляды.

*Статья 11.* Врач несет всю полноту ответственности за свои профессиональные решения и вправе отклонить любые попытки давления со стороны коллег, пациентов и других лиц, если их требования противоречат этическим принципам, профессиональному долгу и закону.

*Статья 12.* Участие врача в экспертных комиссиях, консилиумах, консультациях и т. п. должно быть объективным и принципиальным. Врач обязан профессионально отстаивать свою точку зрения, а при давлении на него — прибегать к юридической и общественной защите.

*Статья 13.* Врач вправе претендовать на такие условия работы и жизни, при которых он сможет соответствовать высоким социальным требованиям к нему как к профессионалу

### **Раздел III. Взаимоотношения врача и пациента**

*Статья 14.* Врач и пациент имеют равные права на уважение их человеческого достоинства и могут защищать его в соответствии с действующим законодательством.

*Статья 15.* В работе врача недопустимо грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его достоинства, выражение неприязни или предпочтения другим пациентам. Врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента, если это не причиняет ущерба самому пациенту или окружающим лицам.

*Статья 16.* Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Пациент — активный участник процесса лечения.

*Статья 17.* Пациент имеет право на свободный выбор врача, на получение от врача полной информации о состоянии своего здоровья, предлагаемых методах обследования и лечения, об их преимуществах и недостатках, а также о степени риска. При разногласиях с врачом пациент может обратиться к руководителю учреждения, в комиссию по врачебной этике, а

также в другие органы управления и общественные объединения, занимающиеся вопросами защиты прав пациентов.

*Статья 18.* Врач в исключительных случаях вправе отказаться от работы с пациентом, перепоручив его другому специалисту:

- 1) при недостаточной компетентности или отсутствии необходимой технической возможности для оказания необходимого вида помощи;
- 2) противоречии данного вида медицинской помощи нравственным принципам врача;
- 3) при невозможности установить с пациентом терапевтическое сотрудничество.

*Статья 19.* Врач в случаях, когда физическое или психическое состояние пациента исключает возможность доверительных отношений, устанавливает их с родственником пациента, его законным представителем или другим близким пациенту лицом, позиция которых, с точки зрения врача, соответствует интересам пациента.

*Статья 20.* Врач при возникновении у него профессиональных затруднений обязан немедленно обратиться за помощью к компетентным специалистам. Если обследование и лечение пациента требует знаний или методов, которыми данный врач не владеет, он в установленном порядке направляет пациента в другое учреждение здравоохранения, имеющее необходимые условия.

*Статья 21.* Все медицинские вмешательства производятся только с согласия пациента, кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение, или в других случаях, предусмотренных законодательством.

*Статья 22.* В случаях возложения на врача обязанностей по принудительному обследованию и лечению пациента он должен строго руководствоваться действующим законодательством.

*Статья 23.* Изъятие с диагностической и лечебной целями органов и тканей у пациента может производиться с его письменного согласия в установленном законом порядке, а в случаях, предусмотренных актами законодательства Республики Беларусь, с согласия его близких родственников или законных представителей. Изъятие органов и тканей пациента в иных целях недопустимо.

*Статья 24.* Врач обязан сохранять конфиденциальность своего общения с пациентом и не может разглашать врачебную тайну даже после смерти пациента, он также должен препятствовать разглашению такой информации иными лицами. Врач может сообщать сведения о состоянии здоровья пациента его близким родственникам, если это обусловлено необходимостью лечения или ухода за ним, и не осуществляется против воли больного, а также органам здравоохранения и правоохранительными органам в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

*Статья 25.* Врач обязан облегчать страдания умирающего человека всеми доступными и законными способами. Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких недопустима.

*Статья 26.* Врач не препятствует пациенту пользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии, разрешенной к функционированию на территории Республики Беларусь.

*Статья 27.* Секционное исследование разрешается при согласии родственников умершего. Исключения составляют случаи, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

#### **Раздел IV. Взаимоотношения с коллегами**

*Статья 28.* Во взаимоотношениях с коллегами от врача требуется честность, справедливость, доброжелательность, порядочность, уважительное отношение к знаниям и опыту коллег, готовность бескорыстно передать им свой опыт и знания.

*Статья 29.* Критика в адрес коллег должна быть аргументированной, не оскорбительной и не дискредитирующей. Критикуется не личность коллег, а их профессиональные действия.

*Статья 30.* Недопустимы негативные высказывания в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц.

*Статья 31.* Для защиты чести и достоинства врач может обращаться в комиссию по врачебной этике и в правоохранительные органы.

*Статья 32.* Врач не вправе препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача. Свою профессиональную репутацию врач создает только на основе результатов работы и не должен заниматься саморекламой. Вместе с тем он имеет право на распространение информации о своих профессиональных навыках и квалификации.

*Статья 33.* Врач обязан постоянно сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам, научившим его врачебному искусству.

*Статья 34.* Врач должен делать все от него зависящее по созданию в трудовом коллективе благоприятного морально-психологического климата, активно участвовать в работе врачебной ассоциации, защищать честь и достоинство своих коллег, препятствовать медицинской практике бесчестных и некомпетентных коллег, непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

*Статья 35.* Врач обязан с должным уважением относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, а также содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

#### **Раздел V. Врач и прогресс медицины**

*Статья 36.* В научно-исследовательской деятельности врач обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над научными интересами

и проводить испытания и эксперименты только в соответствии с установленными законом правилами и при согласии пациента.

*Статья 37.* Отказ пациента от участия в исследовательской программе не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и на качество оказываемой ему медицинской помощи.

*Статья 38.* Во врачебной практике применяются медицинские препараты и технологии, разрешенные Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В отдельных случаях врач может использовать научно обоснованные, но еще не разрешенные к применению средства на условиях, предусмотренных действующим законодательством.

*Статья 39.* Врач может печатать свои наблюдения, научные изыскания в периодической медицинской печати и в других изданиях, участвовать в выставках достижений медицины как в республике, так и за рубежом.

#### **Раздел VI. Действие Кодекса**

*Статья 40.* Настоящий Кодекс одобрен 1-м съездом врачей Республики Беларусь.

*Статья 41.* Кодекс врачебной этики утверждается приказом министра здравоохранения РБ и решением Совета Белорусской ассоциации врачей.

*Статья 42.* Положения Кодекса не могут противоречить Международному Кодексу врачебной этики.

*Статья 43.* Коллективы учреждений здравоохранения, НИИ, высших учебных медицинских заведений, общественных врачебных объединений, медицинские работники, граждане Республики Беларусь вправе вносить свои предложения по изменению и дополнению настоящего Кодекса.

*Статья 44.* Положения о комиссиях по этике утверждаются Министерством здравоохранения РБ и Советом Белорусской ассоциации врачей.

## УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

### **Статья 156. Незаконное производство аборта**

1. Незаконное производство аборта врачом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля, *наказывается штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.*

2. Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, *наказывается штрафом, или ограничением свободы на срок до двух лет, или лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

3. Действия, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть женщины либо причинение тяжкого телесного повреждения, *наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

### **Статья 161. Неоказание помощи больному**

1. Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, занимающимся медицинской или фармацевтической практикой, либо иным лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, *наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности, или заниматься определенной деятельностью, или ограничением свободы на срок до двух лет.*

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого телесного повреждения, *наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

### **Статья 162. Ненадлежащее исполнение**

#### **профессиональных обязанностей медицинским работником**

1. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, повлекшее причинение пациенту по неосторожности тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения, *наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности, или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на срок до трех лет.*

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента либо заражение ВИЧ-инфекцией, *наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на тот же срок с лишением права за-*

*нимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

#### **Статья 164. Нарушение порядка проведения трансплантации**

1. Нарушение условий и порядка изъятия органов или тканей человека либо условий и порядка трансплантации, предусмотренных законом, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения донору или реципиенту, *наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

2. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, совершенное повторно, либо должностным лицом с использованием своих служебных полномочий, либо повлекшее по неосторожности смерть донора или реципиента, *наказывается лишением свободы на срок от шести до пятнадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

#### **Статья 178. Разглашение врачебной тайны**

1. Умышленное разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента (разглашение врачебной тайны) *наказывается штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.*

2. Разглашение врачебной тайны, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции или заболевания СПИД, *наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет.*

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие тяжкие последствия, *наказываются лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

#### **Статья 327. Хищение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров**

1. Хищение наркотических средств, психотропных веществ либо прекурсоров с целью изготовления таких средств или веществ *наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.*

2. То же действие, совершенное повторно либо группой лиц, либо лицом, которому указанные средства вверены в связи с его служебным положением, профессиональной деятельностью или под охрану, либо лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные статьями 328, 329 и



331 настоящего Кодекса, *наказывается лишением свободы на срок от трех до десяти лет с конфискацией имущества или без конфискации и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

3. Действия, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные путем разбоя или вымогательства либо организованной группой, либо в крупном размере, *наказываются лишением свободы на срок от семи до пятнадцати лет с конфискацией имущества или без конфискации.*

**Примечание.** Под наркотическими средствами, психотропными веществами, а также веществами, используемыми при изготовлении наркотических средств и психотропных веществ (прекурсорами), в статьях настоящего Кодекса понимаются средства и вещества, а также препараты, их содержащие, включенные в перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, находящихся под контролем в Республике Беларусь.

### **Статья 330. Нарушение правил обращения**

#### **с наркотическими средствами и психотропными веществами**

Нарушение правил производства, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения наркотических средств или психотропных веществ либо веществ, инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, совершенное лицом, обязанным соблюдать указанные правила, повлекшее по неосторожности утрату или расхищение названных средств, веществ или предметов, *наказывается штрафом, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до пяти лет, или лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

### **Статья 334. Нарушение правил обращения**

#### **с сильнодействующими и ядовитыми веществами**

Нарушение правил производства, приобретения, хранения, учета, отпуска, перевозки или пересылки сильнодействующих и ядовитых веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами, повлекшее по неосторожности их утрату, расхищение либо причинение иного существенного вреда, *наказывается штрафом, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на тот же срок, или лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

### **Статья 335. Незаконное врачевание**

1. Занятие врачеванием или фармацевтической деятельностью как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования или без надлежащего разрешения (незаконное врачевание), повлекшее по неосторожности причинение менее тяжкого телесного повреждения, *наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.*

2. Незаконное врачевание, повлекшее по неосторожности смерть человека либо причинение тяжкого телесного повреждения, *наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок до семи лет.*

### **Статья 336. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил**

1. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил лицом, обязанным соблюдать эти правила, повлекшее по неосторожности заболевания или отравления людей, *наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.*

2. То же нарушение, повлекшее по неосторожности смерть человека, *наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

### **Статья 348. Незаконное изъятие органов или тканей от неживого донора**

1. Незаконное изъятие органов или тканей от неживого донора, *наказывается штрафом, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.*

2. То же действие, совершенное из корыстных побуждений, *наказывается арестом на срок от трех до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до пяти лет, или лишением свободы на тот же срок.*

### **Статья 427. Служебный подлог**

Внесение должностными или иным уполномоченным лицом заведомо ложных сведений и записей в официальные документы, либо подделка документов, либо составление и выдача заведомо ложных документов, совершенные из корыстной или иной личной заинтересованности, при отсутствии признаков более тяжкого преступления, *наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на тот же срок, или лишением свободы на срок до двух лет.*

## Статья 430. Получение взятки

1. Принятие должностным лицом материальных ценностей либо приобретение выгод имущественного характера, предоставляемых ему исключительно в связи с занимаемым должностным положением, за покровительство или попустительство по службе, благоприятное решение вопросов, входящих в его компетенцию, либо за выполнение или невыполнение в интересах дающего взятку или представляемых им лиц какого-либо действия, которое это лицо должно было или могло совершить с использованием своих служебных полномочий (получение взятки), *наказывается арестом на срок от трех до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до пяти лет, или лишением свободы на срок до шести лет с конфискацией имущества или без конфискации и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

2. Получение взятки повторно, либо за заведомо незаконное действие (бездействие), либо путем вымогательства, либо группой лиц по предварительному сговору, либо в крупном размере, *наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества или без конфискации и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

3. Действия, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные лицом, ранее судимым за взяточничество, либо организованной группой, либо лицом, занимающим ответственное положение, *наказываются лишением свободы на срок от семи до пятнадцати лет с конфискацией имущества или без конфискации и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.*

## Литература

1. *Биомедицинская этика* : учеб. пособ. / Т. В. Мишаткина [и др.]. Минск. 2002.
2. *Макшанов, И. Я.* Врачебная деонтология / И. Я. Макшанов. Минск. 1998.
3. *Артишевская, Н. И.* Медицинская этика и деонтология : метод. пособ. / Н. И. Артишевская. Минск. 1997.
4. *Артишевская, Н. И.* Ситуационные задачи по медицинской этики и деонтологии / Н. И. Артишевская, Р. А. Новикова, Н. П. Пригун. Минск. 1988.
5. *Королева, Е. Г.* Медицинская этика и деонтология : учеб.-метод. пособ. / Е. Г. Королева, В. А. Карнюк, А. Н. Мельников. Гродно. 1998.
6. *Волчанина, Е. И.* Врачебные ошибки и страхование профессиональной ответственности медицинских работников / Е. И. Волчанина // Мед. новости. 2006. № 7. С. 68–73.
7. *Кралько, А. А.* Уголовная ответственность медицинских работников / А. А. Кралько // Вестник пенитенциарной медицины. 2006. № 1. С. 48–53.

## Оглавление

Введение .....	3
Определение ( <i>А. А. Бова</i> ) .....	4
Характерологические свойства и особенности личности врача ( <i>А. А. Бова</i> ).....	5
Взаимоотношения между врачом и пациентом ( <i>А. А. Бова</i> ) .....	7
Взаимоотношения врача с родственниками больных ( <i>А. А. Бова</i> ) .....	10
Взаимоотношения между врачами-коллегами ( <i>А. А. Бова</i> ).....	11
Взаимоотношения врача со средним (младшим) медперсоналом ( <i>А. А. Бова</i> ) .....	14
Врач и врачебная тайна ( <i>С. Е. Трегубов</i> ) .....	15
Ятрогенные заболевания ( <i>С. Е. Трегубов</i> ).....	17
Врачебные ошибки с позиции медицинской деонтологии и закона ( <i>С. Е. Трегубов</i> ) .....	20
Ситуационные задачи ( <i>С. Е. Трегубов</i> ).....	26
Ответы к ситуационным задачам .....	30
Приложения .....	32
Литература.....	43