

СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ «НЕ НАВРЕДИ» (PRIMUM NON NOCERE), «ДЕЛАЙ БЛАГО» И ПРИНЦИПА АВТОНОМИИ КАК КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

COMPLIANCE WITH THE PRINCIPLES OF "DO NO HARM" (PRIMUM NON NOCERE), "DO GOOD" AND THE PRINCIPLE OF AUTONOMY AS A CONFLICT OF INTERESTS BETWEEN A DOCTOR AND A PATIENT

*Ju. Vysochina
D. Sadardinov
S. Kubasov*

Summary: The article examines the problematic situations that arise when implementing such bioethical principles as patient autonomy, "do no harm" (primum non nocere) and "do good" when making a clinical decision in the practice of medical care. An attempt to be guided by ethical regulations in the conditions of real medicine often encounters contradictions within the ethical principle itself. This is especially acute in the modern model of relationships built on a collegial basis: one principle conflicts with another and inevitably leads to a conflict of interests between the doctor and the patient.

Keywords: ethical principles, patient autonomy, the principle of benevolence, the principle of non-harm, conflict of interest, models of doctor-patient relationship.

Высочина Юлия Ленаровна

*к.филол.н доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
uvysochin@mail.ru*

Садардинов Давид Наилевич

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Sadardinovd@gmail.com*

Кубасов Савелий Федорович

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
savely.kubasov@gmail.com*

Аннотация: В статье рассмотрены проблемные ситуации, которые возникают при реализации таких биоэтических принципов, как автономия пациента, «не навреди» (primum non nocere) и «делай благо» при принятии клинического решения в практике оказания медицинской помощи. Попытка руководствоваться этическими регулятивами в условиях реальной медицины нередко наталкивается на противоречия внутри самого этического принципа. Особенно остро это проявляется в современной модели взаимоотношений, построенной на коллегиальной основе: один принцип вступает в противоречие с другим и неизбежно приводит к конфликту интересов врача и пациента.

Ключевые слова: этические принципы, автономия пациента, принцип благодеяния, принцип непричинения вреда, конфликт интересов, модели взаимоотношений врач-пациент.

Медицина была и остается той областью, в которой этическая составляющая играет немаловажную роль. Закон, безусловно, регулирует отношения внутри медицинского сообщества, но вместе с тем не всегда получается предусмотреть все ситуации, которые могут возникнуть в условиях реальной жизни, особенно если речь идет о враче и пациенте как участниках процесса. В некоторых случаях это может приводить к конфликту интересов.

Конфликт интересов – ситуация, при которой личная заинтересованность государственного гражданского служащего влияет или может повлиять на объ-

ективное исполнение им должностных обязанностей и при которой возникает или может возникнуть противоречие между личной заинтересованностью гражданского служащего и законными интересами других лиц, способное привести к причинению вреда таким законным интересам [21].

Можно выделить несколько видов конфликтов интересов в деятельности врача: при принятии клинического решения, в хирургии, в специализированной диагностике, в трансплантологии, между социальным статусом и этическим кодексом врача [10]. В рамках данной статьи мы рассмотрим конфликт интересов при принятии кли-

нического решения в границах этических регулятивов благодеяния, автономии пациента, а также при реализации принципа «не навреди». Суть конфликтов заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Врач в своей практике должен руководствоваться рядом принципов: «не навреди», принцип «делай благо», принцип уважения автономии пациента и принцип справедливости [6].

Принцип «не навреди» («*primum non nocere*») соотносится с этической моделью Гиппократов. Суть его состоит в следующем: медицинский работник, взаимодействуя с пациентом, не должен причинять ему ни моральный, ни физический вред. Если вред всё же имеет место (например, при хирургическом вмешательстве), то он должен быть минимальным, а польза должна превышать риски [18].

Обязательство «воздерживаться от причинения всякого вреда» в деятельности медицинского работника должно сопровождается активным стремлением направлять свои действия на благо больного. Такое положение нашло отражение в модели Парацельса и в принципе «делай благо». Данный этический принцип врачевания отсылает к христианской заповеди «люби ближнего своего как самого себя» (Мф. 5, 44). В модели Парацельса это положение нашло отражение в словах: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь» [9].

В современной биоэтике ведущим принципом становится принцип автономии личности, связанный с возможностью пациента реализовывать свои права в отношении своей жизни и здоровья, а именно: свобода личности в ситуации выбора при принятии решений в контексте оказания медицинской помощи, полная информированность, подразумевающая подписанное пациентом «информированное согласие», требования правдивости и соблюдение врачебной тайны [17].

Обычно подразумевают 3 смысла автономии: 1) как свобода действия; 2) как свобода выбора; 3) как свобода эффективно обдумать ситуацию. Все подходы взаимосвязаны: свобода выбора предоставляет возможность обдумать ситуацию и принять решение для дальнейших действий.

Следование этим принципам в условиях реальной медицины нередко наталкивается на противоречия внутри самого регулятива. Так, например, понимание блага со стороны пациента и врача значительно отличаются, если возникает вопрос об эвтаназии. Для врача жизнь пациента и есть та самая цель, для достижения которой он прилагает иногда чрезмерные усилия. Об этом пишет

Арьес Филипп в книге «Человек перед лицом смерти»: «Смерть укорачивается или продлевается в зависимости от действий врача: он не может ее предотвратить, но часто в состоянии регулировать ее длительность – от нескольких часов, как обычно длится агония, до нескольких недель, месяцев или даже лет. Стало возможным оттянуть роковой момент, а меры, призванные смягчить боль, имеют важный побочный эффект, фактически продлевая жизнь больному. Бывает, оттягивание смертного часа становится самоцелью, и медицинский персонал не жалеет усилий, чтобы продлевать жизнь человека искусственными методами» [1].

Для пациента, находящегося в летальной стадии болезни, это уже не жизнь, а продление мучений, иначе говоря, пролонжирование, так как некупированная боль, сопровождающая метастазы, значительно снижает качество жизни больного человека. Более того, ему может мешать осознание безысходности и бесперспективности лечения или зависимость от других людей. Таким образом, возникает дилемма: какое же понимание блага должно быть в приоритете в этой ситуации.

Также в вопросах эвтаназии пока ещё неразрешённым остается момент реализации принципа автономии пациента, подразумевающего определённую свободу в выборе стратегии дальнейшего лечения или отказа от него с целью реализовать своё желание эвтаназии (пассивной или активной): «Свобода согласиться или отказаться от конкретного метода лечения или выбрать альтернативный метод лечения имеет первостепенное значение для принципов самоопределения и личной автономии» [11, С.124]. Здесь речь идёт о принципиальной возможности реализации желаний человека осуществить активную эвтаназию с целью облегчения страданий и отсутствие законодательной базы для осуществления желаемого по причине запрета эвтаназии в России. Согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017), в статье 45 «Запрет эвтаназии» можно найти следующее: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» [22].

То есть теоретически у человека сохраняется право прекратить лечение, стремясь закончить свои мучения безболезненным способом, но на практике получается, что выбор predetermined вследствие запрета в нашей стране любого вида эвтаназии. Таким образом, принцип автономии пациента в практике медицины осуществляется не в полной мере.

Обязательство «воздерживаться от причинения всякого

го вреда» также не лишено внутренних противоречий. Никакие личные интересы или выгоды врача не могут быть реализуемы в ущерб благу пациента. В «Клятве» говорится: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости» [15].

Однако следует отметить, что любое медицинское вмешательство сопряжено с риском для пациента, и зачастую полностью избежать вреда невозможно. Например, если речь идёт об ампутации органа или конечности, применения химиотерапии для лечения онкологических заболеваний, или в нежелании пациента сообщать близким о наличии, например, ВИЧ-инфекции или генетических изменений. В последнем случае врач скован правовым запретом на разглашение информации, составляющей врачебную тайну, что может привести к наступлению неблагоприятных последствий, вплоть до смерти других членов семьи, которые также являются носителями мутации [19].

В большей степени конфликт интересов усиливается, когда один принцип вступает в противоречие с другим. Например, принцип благодеяния требует от врача активных действий и предполагается как дополнение к принципу «не навреди», с которым может вступать в конфликт. Изначально соблюдение принципа «делай благо» не вызывало каких-либо трудностей, так как исторически совпадало с патерналистской моделью взаимоотношений между врачом и пациентом, когда понимание блага было суждением только врача без опоры на мнение пациента. Однако сегодня при смене парадигм отношения врач-пациент (с патерналистской на коллегиальную) такая ситуация возможна в исключительных случаях (экстренная медицинская помощь, помощь пожилым людям без юридического статуса недееспособного гражданина, обострение психического расстройства и т.д.)

Рассмотрим это на примере соблюдения этических регулятивов автономии пациента и непричинения вреда (не приноси зла) по отношению к аборту.

Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция) в статье 56 «Искусственное прерывание беременности» указано, что «каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве» и за ней сохраняется право прерывания беременности при сроке до 12 недель по желанию женщины [22; 8;16].

Однако в медицинском сообществе изначально формировалось негативное отношение к искусственному выкидышу. Так, например, в клятве Гиппократов есть строчка о том, что «...не вручу никакой женщине абортивного пессария»: участие врача в подобной операции нежелательно, так как вред от аборта очевиден, начиная

от травм физических (механическая травма канала шейки матки, прободение маточной стенки, кровотечение, риск возникновения инфекционных осложнений, последующее бесплодие и т.д. [12] и заканчивая психологическими (постабортный синдром: депрессия, тоска, чувство вины и т.д. [20, 23].

При выполнении пластических операций с эстетической целью (без медицинских показаний) также возможна дилемма между нежеланием причинять вред и правом пациента на изменение своей внешности. Врач, осознавая потенциальные осложнения, может не рекомендовать ту или операцию: основанием для опасений могут быть как медицинские показания (проблемы сердечно-сосудистой системы, низкий гемоглобин или пограничные показатели сахара в крови), высокие риски (проблемы со здоровьем в анамнезе, возраст пациента, непереносимость препаратов) и отсутствие эстетических показаний для операции (симметричность тела, представление о гармонии и здравый смысл) [7]. Однако пациент имеет возможность настаивать на её проведении, обладая правом автономии в любых медицинских вмешательствах, так как его представление о рисках может находиться в допустимых границах пользы для здоровья.

Также конфликт интересов возникает при следовании принципам благодеяния и автономии пациента в вопросах вакцинации. Утверждение о том, что современная популяция людей может с полным правом называться вакцинозависимой, не вызывает споров: «Высокий уровень коллективного иммунитета, достигнутый в результате 95–99 %-ной привитости детей в декретированном возрасте и вакцинацией взрослых в рамках национальных программ, определил изменения закономерностей эпидпроцесса управляемых инфекций, создал условия для их ликвидации. В результате массовой иммунизации в нашей стране ликвидированы полиомиелит, дифтерия, снизилась заболеваемость краснухой, острым гепатитом» [24]. Поддержка коллективного иммунитета возможна только за счет своевременной вакцинации большого количества людей (минимальная доля привитого населения должна составлять от 52 до 64% [13]), что вполне укладывается в пределы реализации принципа «делай благо». Здесь понимание благодеяния однозначно: улучшение качества жизни человека за счет предупреждения инфекций посредством обязательной вакцинации.

Однако требование автономии пациента предполагает отказ от вакцинации как осуществление свободы выбора человека, что подтверждается и законодательной базой: в ФЗ от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», в статье 5 «Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики» указано, что граждане имеют право на «отказ от профилактических прививок» [21].

Принцип «делай благо» может вступать в конфликт с принципом «не навреди» в целом ряде медицинских вмешательств. Так, руководствуясь принципом «делай благо», один врач выступит за проведение эвтаназии, аборта, коррекции пола, пренатальной диагностики, а другой – против, обосновывая свои доводы этическим регулятивом «не навреди». В первом случае врач движим идеей помощи нуждающемуся пациенту, другой же отказывается, исходя из понимания последствий принятого решения.

Наглядно противоречие между принципами можно продемонстрировать на примере гипердиагностики в онкологии и психиатрии.

Гипердиагностикой называют ошибочное медицинское заключение о наличии у обследуемого болезни или ее осложнений, которые на самом деле либо отсутствуют, либо выражены слабее, чем это указано в заключении [2].

В онкологии, например, назначают МРТ мозга, при котором могут быть обнаружены изменения, никак себя не проявляющие, однако врач, желая профилировать развитие предполагаемой болезни (основываясь на принципе «благоденствия»), может назначать дополнительные обследования, а в некоторых случаях и лечение, иногда включающее нейрохирургическое вмешательство со всеми вытекающими отсюда последствиями, тем самым отступая от принципа «не навреди» [5].

Даже верная ранняя диагностика иногда приносит вред пациенту. «Например, согласно опубликованному исследованию, проведенному в Австралии и охватывающему 30-летний период наблюдения (с 1982 по 2012 годы) на национальном уровне, каждый пятый больной, выявленный по ранней диагностике рака, получал не требующееся ему (не приводящее к увеличению длительности его жизни) обследование и лечение, в том

числе когда бессимптомные опухоли без их выявления и лечения никогда не проявились бы клинически и не сократили бы срок жизни пациентов» [4; 5].

В психиатрии гипердиагностика тоже имеет место. Одной причин такой ситуации может быть стремление врача-психиатра не допустить развитие психического расстройства и оказать помощь, ориентируясь на этический регулятив благодеяния. Однако на деле пациент может столкнуться с неверным диагнозом (например, человек попадает к специалисту в остром состоянии, с выраженным бредом, его расстройство можно ошибочно диагностировать как шизофрению) и получить лечение, которое может нанести вред [14].

В статьях 45 и 46 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1 (последняя редакция) декларируется контроль и надзор за оказанием психиатрической помощи и соблюдением прав пациентов, но фактически этим никто не занимается. Также трудно отстаивать свои права и снять необоснованный диагноз в суде [3].

Таким образом, современные условия оказания медицинской помощи, осуществление которой подразумевает соблюдение принципа автономии пациента, а именно расширение прав пациента в принятии решения о вмешательстве или невмешательстве врача, неизбежно наталкивается на конфликт интересов участников процесса как следствие попытки совместить другие принципы – «делай благо» и «не навреди». Между последними регулятивами в отдельных проблемных областях медицинской деятельности тоже могут возникать противоречия, разрешение которых необходимо для эффективного взаимодействия врача и пациента. Такая ситуация требует пересмотра классической схемы соблюдения этических регулятивов и, возможно, выработки дополнительных правил в этическом аспекте врачевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. Электрон. версия печ. изд. URL: <http://litres.ru/chitat/ru/A/arjes-filipp/chelovek-pered-licom-smerti/7> (дата обращения: 28.04.2024). Доступна на сайте: Библиотека электронной литературы в формате fb2.
2. Гипердиагностика, или психически здоровых людей не бывает, только недообследованные? Сайт. URL: <https://forums.rusmedserv.com/showthread.php?t=36212> (дата обращения: 28.04.2024).
3. Дискуссионный Клуб Русского Медицинского Сервера. Сайт. URL: <http://forums.rusmedserv.com/showthread.php?t=18098>
4. Жуков Н.В., Проблема гипердиагностики при проведении скрининга — когда ранний диагноз не во благо у каждого пятого. Сайт. URL: <https://rosoncweb.ru/news/oncology/2020/02/10-1/> (дата обращения: 28.04.2024)
5. Заридзе Д.Г. Гипердиагностика рака: проблемы и их решение. Сайт. URL: <https://medvedomosti.media/articles/giperdiagnostika-raka-problemy-i-ikh-reshenie/> (дата обращения: 28.04.2024)
6. Игнатъев В.Н. 97. 02. 006. Бичамп Т.Л., Чилдресс Джеймс Ф. Принципы биомедицинской этики. Beauchamp T.L., Childress J.F. - principles of Biomedical ethics. - 4th ed. -Oxford: Oxford Univ. Press, 1994. - 546 pp // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 8, Науковедение: Реферативный журнал. 1997. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/97-02-006-bichamp-t-l-childress-j-f-printsipy-biomeditsinskoy-etiki-beauchamp-t-l-childress-j-f-principles-of-biomedical-ethics-4th-ed> (дата обращения: 28.04.2024).
7. Когда я отказываю в операции? Сайт. URL: <https://hirurg-panaetov.ru/kogda-ya-otkazyvayu-v-operatsii/> (дата обращения: 28.04.2024).

8. Коновалова Л.В. Правила и исключения. Дискуссии об этических проблемах аборта // Человек. 1995. № 1. С. 107-112.
9. Крженьянц Б. Парацельс. / Мир огненный. 1994, № 5, с.86-87
10. Кузнецова Т.Н., Сальникова К.М. Конфликты в сфере здравоохранения // БМИК. 2015. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/konflikty-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата обращения: 01.04.2024).
11. Миронова Г.А. Права человека в медицине : правовые средства реализации/ Г.А. Миронова// Право и этика биомедицинской деятельности в России и за рубежом /сборник научных статей/ Под редакцией Г.Б. Романовского, И.Я. Сенюты – Пенза, 2014. – с. 122-132.
12. Медицинские осложнения абортов — какова расплата? Сайт.URL:https://medaboutme.ru/articles/meditsinskie_oslozhneniya_abortov_kakova_rasplata (дата обращения: 28.04.2024).
13. Названо количество людей, необходимое для выработки коллективного иммунитета от коронавируса. Сайт. URL: <https://tvzvezda.ru/news/202010201531-yKXol.html>(дата обращения: 28.04.2024).
14. Неуточненное расстройство. Почему в России так часто ставят диагноз «шизофрения»? URL: <https://spid.center/ru/articles/2627>(дата обращения: 28.04.2024).
15. Принципы биоэтики и модели взаимоотношений медицинских работников с пациентами. Сайт. URL: <https://sidlife.ru/bioetika/nachalo-zhizni-cheloveka/72-sindrom-utraty-2.html> (дата обращения: 28.04.2024)
16. Севитова, Н.Е. Право на жизнь: аборт как этическая проблема современного общества / Н.Е. Севитова. — Текст: электронный // NovalInfo, 2016. — № 48 — С. 208-211 — URL: <https://novainfo.ru/article/7070> (дата обращения: 28.04.2024). ения: 204.2024).
17. Сокольчик В.Н. Биоэтика сегодня: статус, сущность, проблемы. International journal of experimental education №3, 2017 с. 80-92.
18. Тема 3. Принципы и правила биомедицинской этики. Сайт. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/konflikty-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата обращения: 28.04.2024).
19. Шевченко Сергей Юрьевич, Шкомова Екатерина Михайловна Принципиалистский подход к биоэтической регламентации генетического консультирования: картирование проблем и моделей их решения // Вестник РУДН. Серия: Юридические науки. 2021. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/printsipalistskiy-podhod-k-bioeticheskoy-reglamentatsii-geneticheskogo-konsultirovaniya-kartirovanie-problem-i-modeley-ih-resheniya> (дата обращения: 28.04.2024)об
20. Что такое «постабортный синдром». Сайт. URL: <https://guznb.peter.gov.spb.ru/informacija-dlja-pacientov/chto-takoe-postabortnyj-sindrom/> (дата обращения: 28.04.2024)
21. Федеральный портал управленческих кадров. Сайт. URL:<http://rezerv.gov.ru/GovService.aspx?t=23> (дата обращения: 28.04.2024)
22. Российская Федерация. Законы. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция) Консультант плюс: сайт. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/(дата обращения: 28.04.2024).
23. Филимонов С.В., Микиртичан Г.Л. Отношение врачей и населения к проблеме аборта и статуса эмбриона // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2004. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-vrachej-i-naseleniya-k-probleme-aborta-i-statusa-embriona> (дата обращения: 28.04.2024).
24. Харит С.М. Вакцинация: современные возможности снижения заболеваемости// Фарматека: рецензируемый журнал для практикующих врачей. 2014. № 3. URL: <https://pharmateka.ru/ru/archive/article/13131> (дата обращения: 28.04.2024).

© Высочина Юлия Ленаровна (uvysochin@mail.ru), Садардинов Давид Наилевич (Sadardinovd@gmail.com),
Кубасов Савелий Федорович (savely.kubasov@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»