

УДК: 614.253

АКАДЕМИК Н.И. ИЗИМБЕРГЕНОВ

НОВЫЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Изимбергенов Н.И. – кафедра хирургического профиля, интернатуры и послевузовского образования, д.м.н., профессор, академик НАН и АМН РК, раб. тел.:8 (7132) 53-42-82.

Аннотация. Медицинская деонтология как отрасль знания является частью общественной морали и этики. Поэтому изменения в обществе, идеологии и общественном сознании вызывают изменения и медицинской деонтологии. В работе обсуждаются новые проблемы медицинской деонтологии, обусловленные изменениями в современном обществе, общественной идеологии и девальвацией духовных ценностей в жизни людей, приводятся пути их решений.

Ключевые слова: авторитет врача, вера в возможности врача, новые проблемы деонтологии, СМИ и медицинская деонтология.

Корни медицинской деонтологии уходят вглубь истории человеческого общества. Во все времена общество не оставалось равнодушным к своим врачевателям. Люди давали оценку, предъявляли определенные требования к тем, кто их лечил. Их моральный облик, образ жизни, человеческие качества всегда были в центре внимания. Особое внимание обращали на результаты их деятельности. За успехи хвалили «Врач-философ богу подобен», «Сотни воителей стоит один врачеватель» (Древняя Греция, Гомер), а за ошибки и неудачи зло высмеивали. Например, способ лечения заболеваний переливанием крови от домашних животных оценивали так: «Для этой операции надо иметь трех баранов: одного – от которого переливают, другого – которому переливают и третьего, который переливает».

Морально-этические проблемы врачевания в систематизированном виде до нас дошли через труды выдающегося греческого врача Гиппократ (460-370 гг. до нашей эры). Сборник его медицинских трактатов «Клятва» охватывает морально-этические проблемы врачевания, гуманистические принципы нашей специальности. Поэтому совершенно справедливо связывают корни современной

медицинской деонтологии именем этого выдающегося Врача.

Сам термин деонтология (от греческого deon – должное, Logos – наука, учение) появился относительно недавно, в начале XIX столетия, впервые предложен английским философом – моралистом И. Бентамом. Он свой труд о требованиях к представителям различных профессий назвал «Деонтология или наука о морали». Эта книга издана в 1834 году в двух томах.

Она содержала рекомендации по взаимоотношению людей в сфере любой профессиональной деятельности, которые обеспечивали бы максимальные взаимные духовные и материальные выгоды. Это учение Бентама для всех сфер деятельности людей зарождающего в то время капиталистического общества кроме медицины положило основу новых форм взаимоотношений, сыграло большую роль в развитии экономики, торгово-рыночных отношений. В медицине эти принципы и взаимоотношения существовали еще со времён Гиппократ (трактат «Клятва»). Поэтому работа И. Бентама для медицины дала лишь научное определение веками сложившимся морально-этическим принципам врачевания.

В современном понимании деонтологии в ее сферу объединяются:

- морально-этические основы деятельности медицинских работников;
- требования их духовным и личностным качествам;
- ответственность медицинских работников перед обществом и народом; взаимоотношения с больными и их родственниками;
- взаимоотношения с коллегами по профессии, вопросы профессионального роста;
- принципы организации деятельности лечебно-профилактических учреждений с целью оптимального удовлетворения интересов больных.

Медицинская деонтология, как отрасль знания, изучающая этические нормы врачебной деятельности, составляет часть общественной морали и этики. Поэтому контролируется общественным мнением и оценивается морально-этическими критериями. Они основываются не столько на официальных нормативных актах, сколько на совести, чести и мировоззрении каждого врача. В этой особенности и заключена жизненная сила деонтологических принципов. Ибо законы можно обходить и успешно обходят. Обмануть или уйти от своей совести невозможно. Как говорил Жан-Жак Руссо «... законы этого вида запечатлены в сердцах граждан: они составляют истинную конституцию государства». К сожалению, в этой же особенности заключена её слабость. Снижение морально-нравственного уровня в обществе, девальвация духовных ценностей приводят к ослаблению деонтологических принципов как части общественной этики.

За последние несколько десятилетий коренным образом изменилось общество, появилась новая общественная идеология, снизилась значимость морально-нравственных и духовных ценностей в жизни людей. Все эти изменения закономерно отразились и в деятельности врачей. Ибо «жить в обществе и быть независимым от его законов невозможно» (В.И. Ленин). Сегодня наше общество переживает именно эти сложности. Система здравоохранения в стране испытывает дефицит гуманистических и морально-нравственных принципов в обращении с пациентами. Об этом свидетельствуют публикации на страницах СМИ о состоянии здравоохранения в стране, отзывы населения о качестве медицинской помощи, нарастающий поток жалоб и претензий к врачам.

Мы должны были предвидеть такое развитие событий и принимать предупредительные меры - усиление морально-нравственного, этико-деонтологического воспитания студентов в медицинских вузах, организация обучения врачей в лечебных учреждениях и т.д. Вместо этого мы все увлеклись инновационной технологией, техническим прогрессом в современной медицине. Многие врачи оказались и морально, и психологически не подготовленными современному темпу научно-технического прогресса, неспособными связать научные достижения с гуманистическими основами медицины. Беда многих врачей, особенно узких специалистов, заключается в том, что они в больных видят не человека с его сложной психо-эмоциональной сферой, а только больной орган у человека и все свои усилия направляет на лечение этого очага, исцеление самого человека остается вне внимания врача. У таких врачей больной невольно перестает чувствовать себя человеком, цельной личностью, превращается в носителя больного органа.

Естественно, больные это чувствуют. Отсюда недовольства больных.

С большим сожалением следует отметить, что последние десятилетия медицина постепенно теряет свои гуманистические принципы, отдаляется от пациентов. Появление точных методов диагностики, малоинвазивных способов оперативных вмешательств привели к снижению деонтологической настороженности среди хирургов. Мы забываем, что достижения нашей специальности, способы удаления червеобразного отростка, желчного пузыря и т.д. больных не интересуют. В их сознании само слово операция ассоциируется с понятием разрез, рана, кровотечение, боль и, естественно, вызывает страх. Их беспокоят мысли сможет ли человек жить без желчного пузыря, полноценно питаться и работать после операции, как пройдет наркоз, вдруг не проснется после наркоза и т.д. Поэтому слова Бильрота «хирургов боятся, терапевтов любят» и предостережение французского хирурга Рене Лериш «Операция спасает больного путями, которые могут его и убить» остаются в силе и сегодня. Все тревоги и переживания больных, связанные с предстоящей операцией, снимаются только доверительной беседой врача с больными. От степени доверия больного к врачу зависит не только согласие его на операцию, но и её результаты.

Из широкого круга вопросов деонтологии в рамках данной статьи мы выбрали наиболее острые, которые обусловлены изменениями в современном обществе, общественной идеологии и сознании. Они довольно часто наблюдаются в врачебной практике и активно обсуждаются в различных средствах массовой информации (СМИ), привлекая общественное мнение. Это касается как вопросов взаимодействия с больными и их родственниками, так и взаимоотношения с коллегами по профессии в условиях рыночной

экономики и конкуренции. Мы обратили особое внимание к беседе врача с больными, которая составляет основу всего общения и деонтологии.

Когда речь идет о взаимоотношениях медицинских работников с больными и их родственниками следует отметить еще одно важное обстоятельство. Изменения в обществе, девальвация морально-нравственных и духовных ценностей привели к изменениям психологии людей, населения в целом. Сегодня изменилось мнение общества о медицине и о врачах, резко упал престиж врачебной профессии. Поэтому сегодня и больной, и его родственники психологически совершенно другие люди, чем несколько десятилетий назад. У населения выработалось устойчивое недоверие врачам. Они приходят в лечебные учреждения с предвзятым негативным мнением, что, естественно, затрудняет первичный контакт с больными, цели беседы достигаются через преодоление этих психологических преград.

В формировании такого негативного общественного мнения о состоянии здравоохранения и деятельности врачей большую роль сыграли необдуманные публикации в СМИ. Разумеется, неспециально, а из-за незнания специфики медицины. Авторитет медицинских работников, доверие населения своим врачам составляют основу здравоохранения, богатство этого же народа, как говорят «Достояние Республики».

Чтобы население своевременно обращалось за медицинской помощью и лечение было результативным больные должны любить, уважать и боготворить своих врачей, без сомнения верить в их профессиональные возможности вылечить и вернуть им здоровье, неукоснительно соблюдать все их предписания. Такова психология больных людей, философия врачевания, основа лечения. Среди старшего поколения Советских врачей хорошо

известны слова одного из первых организаторов и идеологов Советского Здравоохранения В.В. Вересаева: «Врач может обладать громадными талантами, уметь улавливать тонкие детали своих назначений и все же останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинить себе душу больного». Чтобы «покорять и подчинить себе душу больных» нужен непререкаемый, поддерживаемый всем обществом авторитет врача. К сожалению, наше новое общество о своих целителях не заботится.

Здравоохранение держится и работает на энергии Веры в врача и в его возможности вылечить. Кто расшатывает эту святую Веру, тот невольно вредит в первую очередь больным.

Эти объективные изменения в обществе и психологии людей ставят перед врачами новые этические-деонтологические проблемы. Они появились как в взаимоотношениях с больными и их родственниками, так и между коллегами – медицинскими работниками. Возьмем простой пример. Хотя у нас официально не говорят, не исключается, что многими из недовольных действиями врачей больных или их родственников управляет корыстная цель – поиски поводов для предъявления врачам моральных и материальных исков. В зарубежной литературе давно об этом говорят, даже существует особый термин «пациенты - рэкетеры» и официально утверждается, что возможность денежной компенсации морального или физического ущерба оказалась привлекательной деятельностью для многих людей. У нас в Казахстане все молчат. К тому же существует предвзятое мнение о виновности врачей, которые не всегда соблюдают деонтологические принципы врачевания. Мы должны отказаться от такого однонаправленного мышления только в пользу больных («больной всегда прав»), каждый раз объективно

разобраться в причинах. Вполне может оказаться, что у недовольного пациента совершенно другие цели – возможность заработать.

Во взаимоотношениях с больными в процессе его лечения особое значение имеет беседа врача - доверительная, полная искреннего сочувствия и желания помочь. Умение вести беседу с больными и пользоваться словом является основой врачебной деятельности. Поэтому обучение будущих врачей этим навыкам предусмотрено во всех официальных программах подготовки студентов в медицинских вузах (медицинская этика и деонтология), а также в основополагающих документах по медицинскому образованию. Например, в рекомендациях Эдинбургской декларации Всемирной Федерации по медицинскому образованию (1988г.) умение врача вести беседу с больными, способность внимательно слушать и понять их души считаются основными качествами врача: «Каждый пациент в лице врача должен найти человека, прежде всего подготовленного в качестве внимательного слушателя, тщательного наблюдателя и только затем - эффективного клинициста». Как видите, его профессиональные знания стоят на втором месте после умения вести беседы (... внимательного слушателя и тщательного наблюдателя). Потому, что слово врача психологически перестраивает больного, открывает все дороги к его душе и сердцу, готовит весь его внутренний мир к предстоящему лечению. Поэтому такая последовательность ни в коем случае не умаляет значимость лечения, наоборот, гарантирует его эффективность.

Роль доверительной беседы врача с больными как лечебного фактора было известна давно. «Три оружия есть у врача: слово, растение и нож», - гласит изречение древних врачей. И здесь слово стоит первым. Выдающийся русский врач и ученый

Матвей Яковлевич Мудров (1976-1831гг), повторяя и подтверждая значение слова врача в лечении больных, со своей стороны перечисляет его терапевтические возможности. «..Имеются и душевные лекарства, они берутся из мудрости и психологии - это слово. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается больному твердость духа». Как видите, по силе воздействия на больных они перестают быть словами в общепринятом смысле, а становятся мощнейшими средствами перестройки души и психологии пациентов. Лекарства с такими поливалентными и универсальными свойствами нигде не производятся, не имеют аналогов, готовятся для каждого больного персонально extempore - в момент беседы только в душе и сердце врача, и передаются непосредственно в душу и сердце больного с помощью слов. Тем самым беседа врача превращается своего рода в процедуру прямого переливания божественного живительного раствора в тело и душу больного.

Если кого-то смущают наши термины «божественный, живительный», то смотрите еще раз, что может творить в душе больного врачебное слово по М.Я. Мудрову «печального утешит, сердитого умягчит, нетерпеливого успокоит, дерзкого испугает, робкого сделает смелым...». Невероятно, действительно кажется необычным, неземным. Однако в моих определениях нет никакого преувеличения. Каждая из этих утверждений неопровержимая истина, под которой может смело расписаться каждый врач.

Врачевание начинается с беседы врача с больным после которой уже становится ему легче. Роль такой доверительной беседы врача с больным настолько важно,

что её влияние на пациента служит критерием его профессиональной годности. «Если после беседы с врачом больному не стало легче, то он не врач», - утверждает выдающийся русский физиолог и специалист по психологии В.М. Бехтерев.

Основная задача беседы врача с больными не столько установление диагноза и оценка динамики течения заболевания, сколько выяснение отношения больного к своему заболеванию, его настроения, переживаний, чтобы устранить страха за свое здоровье, переживаний, вселения веры в выздоровление.

Сами понимаете, чтобы воздействовать на расстроенный душевный мир больного он в каждом слове врача должен не только слышать, но и всей душой чувствовать искреннего сочувствия, сердечного тепла, заинтересованности в его судьбе и желания помочь.

Многим нашим больным не хватает именно этого сочувствия, милосердия. Они это чувствуют душой и страдают, когда им не хватает человеческого тепла. Чтобы доверить свое здоровье и при этом быть уверенным в благополучном исходе пациент должен увидеть врача, поговорить и оценить его как специалиста и как человека, причем без посредника, воочию, во всем убедиться лично сам. Другими словами врач выдерживает строгий экзамен перед каждым своим пациентом. Вначале экзамен, потом только лечение. Результаты этого предстоящего лечения зависят от результатов экзамена, которое выражается степенью доверия пациента к врачу. Чем выше это доверие, тем результативнее лечение. Следовательно строгое соблюдение деонтологических принципов при общении с больными, во-первых, рекламирует врача как специалиста, создает предпосылки для достижения лучших результатов предстоящего лечения, во-вторых, что не менее важно, позволяет ему как специалисту

шире и глубже понять заболевание и состояние больного, видеть не только имеющийся патологический очаг, но и всю реакцию больного со всеми его переживаниями и сомнениями. Это уже другой уровень диагностики и, естественно, другой уровень лечения - лечение не только болезни, а больного человека со всеми его психоэмоциональными переживаниями. Предварительная доверительная беседа, взаимопонимание дают врачу ключи от души и сердца больного открывают широкий доступ в его душевный мир, расширяют возможности воздействия на него, направления его психоэмоционального состояния и все его резервные силы на выздоровление.

Многие, особенно молодые врачи об этом забывают и искренне недоумевают, когда пациент, для которого сделано все, впоследствии пишет жалобу. Ничего удивительного, больной прав. Мы для него сделали все, но забыли его душу. В нем не видели страдающего человека, нуждающегося в моральной поддержке. В мемуарной литературе сохранилась одна такая, казалось бы, «неуместная», жалоба. Знаменитый русский художник И.И. Левитан в одном из писем своему другу писал: «... здесь специалисты лечат сердце ваннами. Какой вздор! Сердце можно лечить только сердцем». Возможно, кому-то кажется, что это был Левитан и капризы Гения. Ничего подобного. Это крик души всех больных, всех времен, которые не находят душевного тепла у своих целителей. Беседа врача с больным завершается сообщением своего мнения о характере заболевания, о предстоящем лечении и об результате этого лечения. Эта информация должна быть оптимистичной с уверенным заверением, что обязательно наступит выздоровление. Сомнения врача не должны передаваться больному, он должен быть уверен в благоприятном исходе.

Причем разговор должен

быть индивидуальным с учетом его возраста, пола, характера заболевания, профессии, интеллектуального уровня. Для многих пациентов одних слов, какими бы они не были хорошими, бывают недостаточными. Важно не то, что сказано, а то - как сказано. На помощь врачу приходят все внешние проявления его человеческих достоинств: искренность его души, манера поведения, интонация и тембр голоса, взгляд, пристальное внимание к каждому слову больного.

При общении с больными разных национальностей желательно учитывать и национальные особенности, традиции, обычаи этих людей. Если не у всех, то хотя бы у лиц пожилого и старческого возрастов, коренных жителей аулов и сел. Уважительное отношение к национальным, этническим чувствам и традициям людей сближают, способствует более глубокому пониманию между врачами и пациентами. Такие этнодеонтологические принципы имеют особое значение у нас в Казахстане. Потому, что только у наших врачей существуют понятия «құдайдан қайтар», «сауап болар», «батасын берер».

Каждый из нас по себе знает, что эти понятия пока ценятся, служат виртуальной оценкой безвозмездного труда врачей в интересах больных и опорой сохраняющихся еще гуманистических принципов медицины.

Эти вопросы требуют целенаправленного изучения, внедрения в практику как новой концепции этно-деонтологического подхода в системе взаимоотношения врачей с пациентами.

Мы должны помнить, что больные приходят к врачу, простаивают в очередях не только за лекарствами или перевязками, главным образом для встречи и беседы с умным, добросовестным врачом, чьи слова успокаивают его душу,

избавляют от сомнений и мучительных переживаний, облегчают его состояние. Если пациенты в процессе беседы с врачом всего этого не получают («...после беседы с врачом ему легче не стало...»), то, естественно, остаются неудовлетворенными, пишут жалобы.

В процессе беседы больной старается получить оценку врача о проведенных ранее способах лечения, правильно ли с ним поступили предыдущие врачи. Ответ на такие вопросы должен быть только положительным. Положительным даже тогда, когда ваши коллеги на предыдущих этапах лечения допустили ошибки. В медицине без ошибки не бывает.

Её корни заложены не столько в профессиональном уровне врача, сколько в самой сути нашей профессии – в индивидуальных особенностях больных, в разнообразии течения заболеваний у разных пациентов. Болезнь то одна, но ею болеет каждый по-своему. Поэтому кто из врачей думает, что он не ошибается, тот никогда не был врачом или уже перестал им быть.

Законы деонтологии требуют, чтобы ошибки врача обсуждались коллегиально в аудитории специалистов, без участия больных и их родственников. Есть еще и человеческие аспекты нарушений данного принципа, которые характеризуют этого «врача-осведомителя» как человека, как личность. Понятно – не с лучшей стороны. Такой поступок любого человека, (не говоря уже о врачах) осуждается всеми институтами человеческого общества. О подобных людях еще на заре человеческого общества греческий поэт Аристофан говорил: «у короткого ума – длинный язык». Ладно, оставим поэтов и философов в покое, вспомним просто народную поговорку «не рой яму другим – сам попадешь». Все существующие религии твердят одно «не судите – не будете судимы». В литературе по медицинской

деонтологии существует крылатое высказывание: «не говорите дурно о своих коллегах, пусть тебя прославляют дела твои, а не язык». Неважно кем и в какую эпоху высказаны эти слова, важно то, что они точно характеризуют взаимоотношения коллег нашего времени.

К сожалению, эти и общечеловеческие и чисто профессиональные этические законы многим врачам неизвестны, а «длинные языки» имеются у всех, результат – немало наших коллег по нашей вине совершенно несправедливо годами ходят по судам и доказывают свою правоту.

Самое главное – информация из уста врача о неправильном лечении на предыдущих этапах у больных вызывает страх о возможных негативных последствиях, вплоть до устойчивых фиксированных идей. Как видите, обсуждаемый морально-этический принцип деонтологии прежде всего направлен на защиту интересов больных, а не на «выгораживание» врачей, на сохранение «чести мундира», как ошибочно полагают многие наши коллеги.

И, наконец, еще один неблагоприятный аспект оценки действий своих коллег – это возможность ошибочного суждения. Поэтому, прежде чем дать оценку действиям своего коллеги, пользовавшегося больного до вас, следует критически оценить и себя, свой опыт, профессиональный уровень. Может вам это не под силу? Довольно часто так и бывает. Чужие действия охотно комментируют обычно необремененные знаниями врачи со сниженной самокритикой.

Больные и его родственники будут обвинять этого врача в недобросовестном выполнении своего профессионального долга со всеми возможными негативными последствиями. Представьте, что ваши коллеги по вашей вине будут подвергаться незаслуженным

наказаниям.

Мой многолетний опыт работы с жалобами и претензиями населения в адрес медицинских работников показывает, что во многих случаях они обусловлены оценкой врачами тактики лечения на предыдущих этапах в присутствии больных или их родственников, причем не всегда профессионально грамотной.

До недавнего времени такой поступок врача считался деонтологической неграмотностью, нарушением врачебной этики. Сегодня появляются частные секторы здравоохранения, платные способы лечения, что вызывают конкуренцию среди врачей. Наши врачи не имеют опыта работы в конкурентной среде довольно часто нарушают этические да и правовые нормы здоровой конкуренции. Теперь такой поступок приобретает совершенно иной смысл, заслуживает не только морально-нравственную, но и юридическую, правовую оценку. Потому, что такие негативные оценки своих коллег служат целям конкуренции, являются формой сознательного нанесения ущерба профессиональной чести врача, естественно, заслуживают самого строгого наказания.

Такие этические нарушения должны получить соответствующую оценку со стороны врачебной общественности (ассоциации врачей, научные общества) и адекватные наказания как во всех цивилизованных странах мира.

Очень важным является умение врача вести разговоры с родственниками больных. Вопрос сложный, можно сказать не изученный, в деонтологической литературе не обсуждается. На самом деле беседы с родственниками сложнее, чем с самими больными. К беседам больными врач психологически подготовлен, а при общении с родственниками многие врачи упускают из виду, что они тоже выведены из равновесия, находятся в состоянии стресса в

связи с несчастьями, случившимися с самыми близкими людьми. Врачи считают их совершенно нормальными людьми и хотят адекватного поведения с их стороны. Поэтому врачи от них требуют полного соблюдения общепринятых норм поведения. Отсюда необоснованные обиды на этих людей, грубые ответы на грубости с их стороны. Это серьезная ошибка. На самом деле и они находятся в состоянии психо-эмоционального стресса. Это не норма, а патология, хотя и временная. Поэтому и они, также как и больные, со стороны врачей требуют максимального внимания, теплоты, сочувствия, понимания их состояния.

Степень их «ненормальности» зависит от степени родства и близости к больному человеку, от общей культуры, типа нервной системы. Если степень близости укладывается в рамки «дети-родители», «внуки-бабушки и дедушки», проблема намного усложняется. Каждый стон, жалоба любимых детей для родителей воспринимаются как чрезвычайная ситуация. Они требуют быстрого устранения этих беспокойств, не отдают отчета, насколько это возможно. Им кажется, что врачи делают все медленно, что минуты кажутся часами или вообще ничего не делают. В таком состоянии они могут высказать необоснованные, обидные (если не оскорбительные) слова в адрес медицинских работников. Если врач знает все эти психо-эмоциональные особенности этого контингента людей, то он реагирует совершенно спокойно, выбирает адекватную тактику проведения.

К сожалению, среди родственников и близких встречаются и невоспитанные, незнающие норм человеческого поведения люди. Конечно, в таких ситуациях трудно дифференцировать, кто из них действительно переживает, находится в состоянии стресса, а кто банальный хам. Приходится терпеть, постоянно помнить, что мы врачи и эту тяжелую

профессию никто нам не навязывал, а выбрали сами.

Эти особенности взаимоотношений врачей и родственников больных должны знать и руководители лечебных учреждений. Это позволяет им в каждом случае дифференцированно подходить к жалобам, выяснить насколько обоснованы претензии родственников медперсоналу. Без этого руководители рискуют совершить несправедливости по отношению к своим подчиненным. Кроме того, стремление во всем угодить родственникам и близким больных, чтобы «разговор не вышел за пределы учреждения» наносит серьезный урон престижу этого же лечебного учреждения, ведет к подрыву авторитета лечащих врачей, всего медицинского персонала.

Нередко врачу приходится, решать сложные деонтологические задачи. Например, в случаях ожидаемых осложнений в течении заболевания, при неблагоприятных прогнозах или случаи отказа от оперативных вмешательств из-за запущенности процесса. Врач в этих случаях должен смело использовать спасительную ложь, не думать, что больные не поверят. Поверят, потому что они ищут любую возможность отодвинуть опасности для жизни, хватаются за любую соломинку и от врачей ждут то же самое.

В ряде случаев при ожидаемых осложнениях, длительном лечении и возможных неблагоприятных исходах необходимо ориентировать больных в сложности заболевания, продолжительности лечения и даже о периодическом ухудшении состояния, но неизменным внушением благоприятного исхода. То есть подавать «спасительную ложь» правдоподобно. Это, во-первых, повысит доверие к вашим словам, во-вторых, больные легче воспринимают возможное ухудшение состояния или отсутствие заметного улучшения, так как он заранее предупрежден,

его сила мобилизована на более продолжительную и сложную борьбу за выздоровление.

Очень серьезные деонтологические проблемы возникают тогда, когда хирурги отказывают онкологическим больным в операции в связи с запущенностью процесса. Потому, что врачи первичного звена направляют больных в хирургический стационар с ориентацией на оперативное лечение. Больные поступают психологически подготовленными с надеждой на спасительную операцию. Отказ от операции на таком фоне является большой травмой для больных, будут думать о запущенности заболевания и безнадежности операции. Поэтому при беседе с такими больными не может быть речи об отказе от операции, а надо говорить о временном откладывании её в связи с изменениями в анализах, ЭКГ, наличия инфекции и т.д. Это переносится ими легче, они не расстаются с мечтой об операции, следовательно, с надеждой на жизнь.

Важную проблему в деонтологическом аспекте составляет сообщение о характере и прогнозе заболевания знакомым и сослуживцам больного. Как известно, их много и не знаешь кого они из себя представляют и, самое главное, неизвестно в каких целях эта информация может быть использована. Поэтому мы считаем, что врач не должен давать информацию о диагнозе и прогнозе заболевания знакомым и сослуживцам по работе.

Такая информация для этих людей абсолютно не нужна. В отношении больного унижает его честь и достоинство - никто из здравомыслящих людей не хочет, чтобы об его болезни, тем более о прогнозе, знали посторонние люди. Такая информация в какой-то мере унижает и человеческое достоинство врача, который будет чувствовать себя распространителем сплетен. И это не всё, и не самое главное. Главное -

такая информация может негативно отразиться на судьбе больного. Я в своей практике встретился случаем, когда строгое соблюдение этого деонтологического принципа непосредственно отразилось на благополучии больного и его семьи.

80-ые годы. В клинику - хирургическое отделение Актюбинской областной больницы поступил больной 45 лет с хронической язвой желудка. В процессе обследования была установлена малигнизированная язва - рак желудка без отдаленных метастазов. После соответствующей подготовки был оперирован - субтотальная резекция желудка с удалением региональных лимфатических узлов по Б.В. Огневу и В.Х. Фраучи. (В те годы онкологические больные могли оперироваться в хирургических клиниках общими хирургами. Удаление региональных лимфатических узлов выполнялись обязательно. Сегодня онкологи эти моменты операции приписывают японцам и называют лимфодиссекция) Больному сообщили, что ему удалили желудок с язвой, естественно, об раковом перерождении ни слова не сказали.

Состоянием здоровья больных в послеоперационном периоде интересовались многие. Всем сообщали, что операция прошла удачно, язвы больше не будет. Ближе к выписке приехали двое сослуживцев из Кандагаша - директор той организации и еще какой-то начальник. Оказалось, что они меня знают и положительно оценивают как специалиста. Поэтому хотели узнать мое мнение. Когда я им сообщил то же самое, что и всем, в том числе и самому больному, они несколько озадачились и объяснили цель визита ко мне. Оказывается, больной крупный специалист, перспективный инженер, до операции планировалось его назначение на должность главного инженера. Естественно, они хотели бы точно знать характер заболевания и

его здоровье в будущем, «от вашего диагноза зависит - назначим мы его главным инженером или будем искать другого постоянного кандидата». Я еще раз сказал, что человек страдал язвой желудка. Он оперирован, язва удалена, теперь он совершенно здоров. Вот тут-то я по-настоящему понял важность проблемы. Хотя я строго придерживался секретности информации о состоянии здоровья человека от его сослуживцев и знакомых, я должен признать, что мои представления об этой проблеме носили больше теоритический характер. По-настоящему понял только на собственном опыте, на примере этого больного, когда наше заключение определило судьбу человека и благополучие семьи. Он был выписан домой. Через некоторое время был назначен главным инженером этой крупной организации со всеми вытекающими отсюда моральными и материальными благами. Он на этой должности успешно работал до 90-годов. После этого мы потеряли с ним связь - переехал в Россию.

Хочу привести еще один пример из своей практики (больница скорой медицинской помощи, 2013 год), который поможет врачам понять губительную роль нарушений деонтологических принципов работы лечебных учреждений.

В нашей клинике дежурными хирургами в экстренном порядке был оперирован больной с тромбозом мезентериальных сосудов, обширной гангреной кишечника и перитонитом. Больной в ту же ночь умер в реанимационном отделении. Больной оказался из Кызыл-Орды. На следующее утро (в те времена поезда из Кызыл-Орды в Актюбинск прибывали рано утром, где-то в 6 или 7 часов) в больницу приехал старший брат, чтобы узнать о состоянии родственника. Естественно, в такой ранний час посетителей в отделение не пускали. Он обратился к дежурной сестре приемного покоя с вопросом

«Как можно узнать о состоянии оперированного в хирургическом отделении больного?» и называет фамилию и имя своего брата. Сестра в ответ: «Он же умер ночью». Посетитель успел лишь крикнуть: «...Как!...» и тут же упал. Срочные реанимационные меры не дали эффекта - умер, не приходя в сознание от обширного инфаркта миокарда. Несчастливым родственникам пришлось забирать два трупа: одного умершего от тяжелой хирургической патологии, другого - умершего от бесчеловечности и деонтологической неграмотности медицинского персонала. Как тут не вспомнить нашу национальную традицию «Естірту» - ритуал оповещения о несчастных случаях и смерти. Если бы медицинская сестра воздержалась от информации, пригласила ответственных дежурных врачей и о смерти больного сообщили в нормальных условиях, с соблюдением деонтологических принципов, возможно, этого несчастья не было бы. Я уверен, что не было бы. Такова сила деонтологии.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть важность знания, строгого соблюдения врачами в своей практике деонтологических принципов, которые являются методологией врачевания и наравне с профессиональными знаниями определяют успех деятельности медицинских работников. В них заложены душа и мудрость медицины, многовековой опыт прошедших поколений врачей, незыблемые гарантии защиты интересов пациентов.

Медицинская деонтология является частью общественной морали и этики. Она находится в тесной связи с морально-нравственным состоянием общества, общественной идеологией. Это обстоятельство предъявляет повышенные требования к медицинским работникам в плане учета изменений в обществе и организации этико-деонтологических принципов в своей работе адекватно этим изменениям.

ТҮЙІН

АКАДЕМИК Н.И. ИЗИМБЕРГЕНОВ

ҚАЗІРГІ МЕДИЦИНАНЫҢ ЖАҢА ЭТИКАЛЫҚ-
ДЕОНТОЛОГИЯЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Медициналық этика және деонтология – қоғамдық мораль, этиканың бір бөлімі. Сондықтан, қоғам саласындағы идеологиялық, рухани өзгерістерге байланысты дәрігерлік этикалық деонтология да өзгеріп тұрды. Соңғы кездері елімізде жаңа қоғам пайда болды, жаңа қоғамдық сана, идеология қалыптасты, адам өміріндегі құндылықтар өзгерді. Осыған байланысты медициналық деонтологияда жаңа талаптар, мәселелер пайда болды. Жұмыста осы мәселелер талқыланған және олардың шешу жолдары көрсетілген.

Негізгі сөздер: дәрігердің беделі, сұрқостардың дәрігерге сенімі, деонтологияның жаңа мәселелері, БАҚ (СМИ) және медициналық деонтология.

SUMMARY

ACADEMICIAN N.I. IZIMBERGENOV

NEW ETHICAL AND DEONTOLOGICAL ISSUES
OF MODERN MEDICINE

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Medical ethics being a branch of knowledge is a part of the public morals and ethics. Therefore, changes in society, ideology and social consciousness cause changes in medical ethics. The paper discusses the new challenges of medical ethics conditioned upon changes in modern society, social ideology, depreciation of moral values in people's lives and the ways of their solution are given.

Key words: doctor's credibility, faith in the doctor's capabilities, new challenges of ethics, mass media and medical deontology.

UDC: 616-006.6-07

ALLAHVERDI SHAHVERANOV

THE PROGNOSTIC AND DETECTION FEATURES OF CIRCULATING TUMOR CELLS

Tongji Hospital, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, China

Shahveranov Allahverdi U. – PhD student, Department of Comprehensive Oncology, email: a.shahveranov@gmail.com, tel.: +8613071240093

Abstract. The presence of circulating tumor cells (CTC) in solid tumors might be associated with stem cell-like tumor cells which have been suggested to be the active source of metastatic spread in primary tumors. Furthermore, to be able to disseminate and metastasize, CTC must be able to perform epithelial-mesenchymal transition. The prognostic significance of CTC counts is now well documented in multiple indications by the CellSearch assay, where CTC counts above a threshold define an unfavorable prognostic group. The ability to capture and study CTCs is an emerging field with implications for early detection, diagnosis, determining prognosis and monitoring of cancer, as well as for understanding the fundamental biology of the process of metastasis. The development of tumor-specific markers to select targeted therapies and to assess clinical outcome remains a significant area of modern science. In this review an association of baseline CTC number with clinical characteristics and survival in solid tumor patients has been evaluated.

Key words: circulating tumor cells, cancer, isolation techniques.

The metastatic cancer consists of millions or billions cells with diverse genetic mutations driving them to grow, divide, and invade the local tissues in which they are embedded. However,

these cells proliferate and grow such as cancer stem cells which could not colonize in the adherent environment through tissue systems. Several cancer cells are getting shed off the edges of the

cancer tissues and are disposed of by the circulatory system or lymphatic system. In cutting-edge cancer biology terminology, these cells are called Circulating Tumor Cells (CTCs) could remain loose in circulation, cluster together as they travel, or lodge themselves in new tissues. The path and common origin of CTCs means that CTCs hold information about primary or secondary tumor, information that researchers think could be key to cancer diagnosis or treatment.

In most cases metastatic neoplastic patients possess approximately between 5 and 50 CTCs per teaspoon of blood, thus an existence of CTCs is upstaged by different blood cells. However, in the past decade emerging technologies have, for the first time, allowed the isolation of CTCs from the blood samples of patients.

Some methods, among the first established, rely on the cells' physical