Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Витебский государственный ордена Дружбы народов

медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

РЕФЕРАТ

по «Биомедицинской этике»

на тему:

**«Моральный выбор врача и специфика оперативного риска в трансплантологии»**

**Исполнитель:** студенты группы I курса

лечебного факультета

Витебск, 2016

Оглавление:

[Введение: 2](#_Toc477391801)

[Моральный выбор врача. 3](#_Toc477391802)

[Специфика оперативного риска. 6](#_Toc477391803)

[Заключение: 8](#_Toc477391804)

[Литература: 10](#_Toc477391805)

«Что касается человечности врача, то ей нельзя ни научить, ни научиться; она является традицией, которая передается, и с первого же дня преподавания медицины на примерах и образах постепенно внедряется в будущего врача, пока он не проникнется ею и не станет врачом в духе Гиппократа. Для этой части медицины учебных часов не бывает; учащийся должен всегда незаметно, ее воспринимать, и нельзя упускать даже малейший случай показать студенту, что речь идет не о пустых словах, а о глубоко прочувствованном призвании врача.»

 *Гуго Глязер "О мышлении в медицине"*

# Введение:

Пересадка органов явилась одним из наиболее выдающихся достижений науки ХХ века. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире выполняется 100 тыс. трансплантаций органов и более 200 тыс. - тканей и клеток человека. По расчетным данным международной Ассоциации трансплантологов, в индустриально-развитой стране с 10-миллионным населением ежегодно нуждаются в пересадке почки более 600 больных, пересадке печени – более 400, пересадке сердца – более 500, а общая расчетная потребность в трансплантации органов составляет более 2-х тыс. операций ежегодно. Расчетная потребность в трансплантации органов и тканей для Республики Беларусь составляет не менее 1000 всех операций в год.

Проблема биоэтики в трансплантологии является не узкоспециальным, частным медицинским вопросом, а важной философской и социокультурной проблемой. Особенную актуальность биэтические проблемы трансплатологии имеют для медиков, которым необходимо сформулировать свою позицию максимально чётко, чтобы в случае необходимости принятия решения суметь взять на себя ответственность за спасение человеческой жизни.

Трансплантация (от лат. transplantare — пересаживать) — процесс замены поврежденных или утраченных органов путем пересадки таких же органов, взятых из здоровых организмов того же вида.

Применение различных технологий трансплантации органов и тканей имеет определенные ограничения, как медицинского, так и этико-правового характера: проблемы, связанные с ключевыми этапами технологии трансплантации — констатацией смерти человека, изъятием (забором) органов или тканей, распределением органов или тканей между реципиентами, коммерциализацией трансплантологии.

# Моральный выбор врача.

Проблема забора органов или тканей донора рассматривается в зависимости от того, является ли донор живым или мертвым человеком.

Пересадка органа от живого донора сопряжена с причинением вреда его здоровью. В трансплантологии соблюдение этического принципа «не навреди» в случаях, когда донором является живой человек, оказывается практически невозможным. Врач оказывается перед противоречием между моральными принципами «не навреди» и «твори благо». С одной стороны, пересадка органа (например, почки) — это спасение жизни человеку (реципиенту), то есть является благом для него. С другой стороны, здоровью живого донора данного органа причиняется значительный вред, то есть нарушается принцип «не навреди», причиняется зло. Поэтому, в случаях живого донорства речь всегда идет о степени получаемой пользы и степени причиняемого вреда, и всегда действует правило: *получаемая польза должна превышать причиняемый вред.*

Во многих медико-этических кодексах XX в. особо подчеркивается, что врач в своих решениях должен иметь профессиональную независимость и свободу. *Свобода* — философско-этическое понятие, выражающее способность человека к моральному самоопределению, моральной автономии, интеллектуально-нравственному волеизъявлению; поведение, которое зависит от собственных действий, сознания и воли индивида. *В деятельности врача свобода проявляется в его умении:* делать осознанный моральный выбор действий и поступков, в том числе применять (или открывать) новые научные методы, научные знания в медицине; давать своим действиям и поступкам нравственную оценку, предвидеть их последствия, осуществлять разумный контроль над своим поведением, чувствами, страстями, желаниями. В биоэтике понятие свобода конкретизируется через такие понятия, как «свобода принятия решения», «свобода действий», «свобода выбора» и выступает в тесной взаимосвязи с нравственно-правовой ответственностью субъекта, принимающего решение в конкретной биомедицинской ситуации.

*Свобода врача* обеспечена гуманистическими принципами, которым подчиняется его деятельность; ограничена уровнем развития медицины и знаний врача, техническим оснащением, наличием лекарственных средств, а также внешними обстоятельствами: экономическими возможностями общества, политическим режимом, социальным или национальным неравенством, уровнем культуры населения. Кроме того, свобода врача ограничена вероятностным характером научного знания в медицине: конкретные научные истины содержат в себе момент относительности, что приводит к необходимости делать трудный моральный выбор. При этом свобода действий врача неразрывно связана с правами на это действие. Действия врача регламентированы и ограничены клятвой Гиппократа, устоявшимися методиками, инструкциями, приказами, распоряжениями от Минздрава до главврача своей больницы.

*Моральный выбор* всегда есть дело какого-то определенного человека, деяние его личности. Иногда в одной и той же клинической ситуации два врача (при условии достаточного профессионализма у обоих) могут следовать разным моделям выбора, одинаково оправдываемым медицинской этикой. Взять, к примеру, новую хирургическую операцию по трансплантации органа, когда риск особенно трудно рассчитать. Кто-то и где-то обязательно делает ее первым, хотя к ней готовы к этому времени (как нередко бывает) и некоторые другие хирурги. Дерзание, предпочтение большего риска – без этого не может быть научного творчества, не может быть научного прогресса.

Моральный выбор в такой сложной социальной практике, какой является клиническая деятельность врача, открывает перед ним свободу для осознанных действий. Одновременно в моральном выборе раскрывается бесконечность потенций человеческой личности как субъекта моральных действий. И поэтому другой стороной свободы выступает *ответственность*, которая в медицинской этике неизбежно соединяется с понятием врачебной ошибки.

*Моральная ответственность* — это умение, способность и готовность думать о последствиях своих действий и нести ответ за них. Для врача она определяется соблюдением основополагающих принципов медицинской этики, прежде всего, принципа «не навреди». Виды ответственности определяются тем, перед кем (чем) и за что врач несет ответственность.

Выделяются:

• ответственность врача перед самим собой – делая выбор, он «выбирает себя», свою жизнь, свое место в профессии и потому несет за них ответственность;

• ответственность врача как профессионала за жизнь и здоровье пациентов, за свои конкретные действия и поступки: здесь моральная ответственность может совпадать с правовой и административной ответственностью, в частности, если речь идет о врачебной ошибке или риске (дифференциация понятий «несчастный случай» или «врачебная ошибка» для юридических органов самостоятельного значения не имеет);

• ответственность человека перед миром и человечеством, требующая особой самовключенности человека в систему естественных и социальных связей, их осознания (например, при проведении исследований по созданию новых биотехнологий).

Мера моральной ответственности зависит:

• от степени самостоятельности совершаемого действия, (однако наличие принуждения не снимает ответственности с человека);

• значимости совершаемого деяния для судеб других людей;

• масштабов принимаемых решений (идет ли речь о судьбе отдельного человека или о судьбах человеческого генофонда);

• влиятельности, авторитета, общественного положения или должности личности, принимающей решение.

При этом свобода и ответственность находятся в прямой зависимости: чем шире пространство свободы, тем больше ответственность врача, связанная с соблюдением им основных моральных принципов.

# Специфика оперативного риска.

Выбор оптимальных решений в клинической медицине все больше требует учета, оценки *степени риска*, сопровождающего применение современных методов врачевания. Оценка риска в клинической практике и отношение к нему врача – это наиважнейший аспект проблемы морального выбора в современной медицине. Но все-таки традиционно проблема риска наиболее тесно связана с хирургией. Причем сегодня тенденция распространения хирургических методов лечения на многие разновидности патологии, которые раньше считались терапевтическими, связанная с одновременным возрастанием риска при операциях, даже получила наименование “хирургической агрессии”.

На примере такой выделившейся части хирургии, как трансплантология, можно говорить о возросшей сложности не только клинических задач в медицине, но и этических проблем. В самом деле, какова судьба кантовской нравственной максимы “относиться к человеку только как к цели” в случаях, когда врач использует, например, почку от живого донора? Врач решается на операцию трансплантации лишь при наличии сознательного, добровольного согласия не только самого больного, но и донора. В то же время их сознательное, добровольное согласие ни в коей мере не может отменить личной моральной ответственности врача, ибо это он (как человек, как представитель гуманной медицинской профессии) решается на калечащую человека операцию изъятия здоровой почки.

Понятие «операционный риск» введено для суждения о степени опасности операции. Результаты предоперационного обследования определяют дальнейшую тактику хирурга и анестезиолога, делают возможной общую оценку состояния больного и решения вопроса об операционном риске.

*Оперативный риск* — совокупность факторов, влияющих на исход оперативного вмешательства. К таким факторам относят общее состояние больного, течение заболевания, определяющего показания к хирургическому вмешательству; наличие осложнений, сопутствующие заболевания и любое возможное изменение состояния больного вследствие хирургического вмешательства.

 Совершенно недопустимы с точки зрения медицинской этики случаи возрастания риска для здоровья и жизни больных по причинам некомпетентности, невнимательности или склонности врача к авантюризму (когда он стремится повысить свой престиж любыми средствами). Оправданием же неизбежного риска в медицинской практике может быть только преследование блага больного как высшей цели врачебных решений и действий.

При любой хирургической операции (в том числе и при плановых, проводимых не по жизненным показаниям) существует «оперативный риск», который, к сожалению, всегда сопровождается определенным процентом смертности.

Идеологическая основа операции у живого донора - сопряжение минимизации донорского риска и получение высококачественного трансплантата. Донорский риск – обстоятельство, которое является специфичным для данного направления медицины. Эти вмешательства имеют ряд отличительных особенностей, которые не позволяют отнести их к разряду общехирургических манипуляций:

* операцию проводят у здорового человека;
* осложнения влекут за собой угрозу для жизни и здоровья сразу двух людей - донора и реципиента;
* мобилизация органа или отделение его фрагмента производят в условиях непрекращающегося кровообращения данного органа.

Основные задачи хирургической техники и анестезиологического пособия у живых доноров:

* минимизация операционной травмы;
* минимизация кровопотери;
* исключение ишемического повреждения органа при хирургических манипуляциях;
* уменьшение времени тепловой ишемии при взятии трансплантата.

В трансплантологии врач вообще сталкивается не только с *удвоенным оперативным риском*, но и с гораздо большим, чем в остальных областях медицины, *этическим риском*. Понятие «оперативный риск» отражает неполноту наших знаний о человеке или недостаток опытности врача; понятие же “этический риск” отражает область межличностных отношений врача с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей. Даже в случае, когда донором является уже умерший человек, нравственная проблема отношения врача и к его телу, и к его родственникам остается.

Свести «этический риск» к минимуму можно в тех случаях, если донора предельно объективно информировать о действительном и возможном риске для жизни в результате операции и если сократить до минимума «оперативный риск», т.е. допускать такого рода операции лишь на уровне высших мировых достижений клинической хирургии.

# Заключение:

Трансплантология — специфичная наука и практика. Не все биоэтические принципы в ней работают в полном объеме. Например, традиционный биоэтический принцип «Не навреди» нереализуем полностью, когда речь идет о заборе донорского органа у живого донора. Или в том случае, когда получивший донора реципиент в течение всей последующей жизни получает фармацевтическое иммуноподавление, которое предупреждает отторжение донорского органа.

В результате этих аспектов роль заповеди «Не навреди!», именно как этического требования, а не просто конкретно-деонтологической нормы, возрастает многократно. Отступая в некоторых случаях от буквы этой заповеди, современная медицина вновь и вновь подтверждает значение ее духа. Подчеркивая роль этой заповеди, медицинская этика противодействует возникновению спокойного (а тем более – равнодушного) отношения врачей, всех медиков к повышенной рискованности методов врачевания на современном этапе. Как конкретно-деонтологическое указание норма “Не навреди!” сохраняет свое значение в тех случаях, когда риск диагностического или лечебного воздействия хорошо рассчитан и врач выбирает тот из двух конкурирующих методов, который связан с меньшим риском, или вообще отказывается от вмешательства.

Не реализуется в трансплантологии и такой важный биоэтический принцип, как принцип правдивости в плане полноты объема информации. Ни донор, ни реципиент не имеют права отказаться от информации, они должны получить ее в полном объеме. А это не всегда этически корректно.

# Литература:

1. Биомедицинская этика. Учебное пособие (с грифом Мин-ва образ. РБ) / Т.В. Мишаткина, Э.А. Фонотова, С.Д. Денисов, Я.С. Яскевич / под ред. Т.В. Мишаткиной. Мн., изд-во МГМУ, 2002. 16 п.л.
2. Биомедицинская этика: научный статус и круг проблем. Мишаткина Т.В. // Философский век. Альманах. Вып.21. Науки о человеке в современном мире. Материалы Международ. конференции, СПб, 2002. С. 394-400.
3. Биомедицинская этика. Учеб. пособие / под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Мн., ТетраСистемс, 2003. 20,45 п.л.
4. Самойлова А.С. БИОЭТИКА В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ: МОРАЛЬНЫЙ, ПРАВОВОЙ И РЕЛИГИОЗНЫЙ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ // Научное сообщество студентов XXI столетия. ЕСТЕСТВЕННЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. VII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 7.
5. Основы биомедицинской этики. Программа курса. Мишаткина Т.В. // там же. Вып.23. С. 355-360.
6. <https://postnauka.ru/video/65552> - «Моральные проблемы трансплантологии»