

1 Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевании

Федотов В. П.

Ведь врач-философ равен богу. Да и немного, в самом деле, различия между мудростью и медициной, и всё, что ищется для мудрости, всё это есть и в медицине. А именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что необходимо для жизни. Итак, когда всё это имеется, врачу следует иметь своим спутником некоторую вежливость.

Гиппократ.

Закон, живущий в нас, называется совестью. Совесть есть собственно применение наших поступков к этому закону.

Мыслить – значит говорить с самим собой и слышать самого себя.

Разум должен постоянно критиковать себя. Наше время есть время критики.

Поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству – и в своем лице, и в лице всякого другого также – как к цели. И никогда не относился бы к нему только как к средству.

Иммануил Кант.

1.1 Понятие о врачебной этике, морали

Врачебная этика интегрально входит в медицинскую деонтологию. Медицинская этика, с точки зрения Г. И. Царегородцева, – как одна из разновидностей профессиональной этики представляет собой совокупность принципов регулирования и норм поведения медиков, обусловленных спецификой их деятельности и той ролью и положением, которые они занимают в обществе.

Следует отметить, что есть такие понятия (например, этика, эстетика и др.) которые особенно трудно поддаются определению. Они охватывают необозримый объём явлений, как в статическом, так и в историческом (эволюционном) плане.

Во всех современных словарях этике (лат. *Ethica*, греч. *Ēthos* – **нрав, обычай, привычка**) даются следующие определения:

1) учение о морали, о нравственности как одной из форм общественного сознания,

её сущности, классовом содержании, законах её исторического развития и роли в общественной жизни;

2) система норм нравственного поведения людей, их общественный долг, их обязанности к своему народу, классу, семье и друг к другу.

Врачевание должно полностью осуществлять в первоизданном виде общечеловеческие принципы подлинного гуманизма – любовь к больному, выполнение до конца своего врачебного долга у постели больного, заботу о нём, чуткость – принципы, не омрачаемые «корыстными» целями.

Только настоящее врачевание обеспечивает единство убеждения и действия, т. е. приложение к практике великих общечеловеческих принципов гуманизма.

По-видимому, трудно расшифровать во всех подробностях, во всём многообразии определить, что же такое врачебная этика; но основные вехи её, основные принципы практически можно наметить. Различные же детали, вариации, штрихи определяются жизнью, как определяются жизнью бесчисленные индивидуальные вариации в течении болезней и реакциях на них.

Врачебная мораль – это исторически сложившиеся моральные предписания, нормы, заповеди, врачебные кодексы, принципы и правила, регулирующие отношения врача и больного, врачей между собой. Врачебная мораль является частью и конкретным проявлением морали данного общества применительно к своеобразию, особенностям, значению и условиям практической деятельности врача.

Врачебные нравственные правила и нормы требуют от врача поведения, направленного на сохранение здоровья и жизни больного. Здесь начинается оценка деятельности врача как нравственной или безнравственной с позиций соответствия его действий правилам и нормам, обобщения их в особой врачебной этической системе понятий.

Наряду с взаимозависимостью труда, морали и этики, следует учитывать и относительную самостоятельность врачебной морали, прежде всего соответствующей характеру труда в непосредственно чувственной форме, и врачебной этики, отражающей в понятиях эти нравственные чувства. Врачебная этика рассматривает не индивидуальные поступки врача, а общие черты, закономерности поведения, свойственные всем представителям данной профессии.

Под врачебной этикой следует понимать раздел науки об этике, связанный с преломлением общих принципов морали на конкретном историческом этапе её развития в специальной области врачебной деятельности с обобщением особых норм и категорий нравственных и этических отношений врача и больного, врачей между собой, врача и близких больного, врача и общества и т. д.

Врачебная этика – это учение об общественных обязанностях врача, о социальной сущности с закономерностями развития и формирования врачебной морали, о месте и роли её среди других общественных явлений, об отношении к общим нормам и принципам морали общества.

Врачебная этика изучает особенности развития, зависимость врачебной морали от условий практической деятельности врача, специфику проявления общих требований

морали во врачебной деятельности. Врачебная этика не растворяется в общей этике, а является её относительно самостоятельной частью и дополнением.

Точно так же и врачебную мораль следует рассматривать как часть и специфическую область проявления морали данного общества, а не как нечто абсолютно самостоятельное, независимое, часто сводящееся к чисто деонтологическим требованиям. Замкнутая корпоративность врачебной морали – мнимая, и объяснять её якобы существующей зависимостью врача от общества, внеклассовым, вневременным, внепартийным характером морали врача не следует.

В деятельности всех специалистов, имеющих дело с человеком, почти нет элементов нейтральных по отношению к нравственности, в то время как у человека, предметом труда для которого служит природа, таких элементов несравненно больше. Специфика такого рода человеческих профессий состоит в наличии совокупности особых требований и дополнительных норм, которые регулируют поведение и взаимоотношения членов этих профессиональных групп в их отношении к объекту труда и через него – к обществу.

Профессиональная мораль представляет собой единство личного, профессионального и общественного начал, связанных между собой. Люди высокого профессионального долга, как правило, оказываются обладателями самых лучших личных и человеческих качеств, таких как нравственная чистота, безграничная преданность делу, самоотверженность. Это отчетливо проявляется во врачебной морали, которая заключается в том, что профессия врача влечёт за собой известный отказ от своих личных интересов, известное самоотречение.

Воспитание у личности должной профессиональной морали позволяет привить ей способность к длительному, упорному, самому трудному героизму повседневной и будничной работы.

1.2 О врачебном долге

Профессия врача – это подвиг. Она требует самоутверждения, чистоты души и чистоты помыслов.

Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически.
А. П. Чехов.

Долг, как сознательное поведение, определяемое закономерностями общественных отношений, отражает в форме обязанностей подчинение интересов личности интересам трудового коллектива, профессиональной группы и общества. Поэтому необходимо различать социальный долг и профессиональный долг, хотя они неразрывно связаны.

В отличие от этого, честь обусловлена тем, что в ряде случаев человеку приходится рассматривать себя как непосредственного выразителя интересов общества, профессиональной группы и трудового коллектива. Поэтому честь человека как бы соединяет внутреннее сознание его долга и достойное внешнее его осуществление в общественной и профессиональной деятельности.

Врачебный долг, сострадание и внимание к больному человеку, бескорыстная помощь

ему – эти самые важные принципы врачебной этики могут быть полностью осуществлены в нашем обществе в их чистом, первоизданном виде. Здесь они полностью освобождаются от всяких посторонних наслоений и становятся стимулом служения общественному благу.

Чувство врачебного долга – неотъемлемая часть морального облика врача. Безошибочно можно утверждать, что, по сути, понятие врачебного долга включает в себя все основные элементы врачебной этики, так как всё, что относится к выполнению врачом его врачебного долга, будет идти на пользу человека, коллектива, общества и, следовательно, будет этично.

Понятие врачебного долга можно понимать очень широко – от честного, скромного выполнения повседневной врачебной работы до проявления высокого мужества в чрезвычайных обстоятельствах и – ещё выше – до готовности принести себя в жертву для спасения людей, для осуществления научного эксперимента, призванного решить проблему победы над опасной болезнью, способной унести миллионы жизней.

Яркими примерами выполнения того и другого подвига и долга в одном лице служат наши отечественные врачи, которые бросались в «пекло» чумных вспышек лёгочной чумы, нередко жертвуя собственной жизнью – Н. К. Завьялова, Д. Самойлович, Г. П. Руднев, Н. Н. Жуков-Вережников, А. А. Берлик, В. И. Турчинович-Выжникевич, И. В. Мамантов, И. А. Деминский. Да, ученые, шедшие на жертвы, отдавшие свою жизнь за великое дело уничтожение болезней на Земле, могли сказать: *”Ave, scientia, moriturite salutant!”* (Уходящие на смерть, приветствуют тебя, наука!).

Необходимо вспомнить Г. П. Минха, И. И. Мечникова, которые производили опыты на себе, инфицируясь возвратным тифом, Н. И. Латышева – азиатским клещевым спирохетозом, Л. А. Зильберга и В. Н. Павловского – таёжным энцефалитом. Разработали вакцину против таёжного энцефалита, проверив её на себе, А. А. Смородинцев, В. Н. Левкович и П. В. Коган, Т. Уткина, Б. А. Померанцев погибли, заразившись при проведении опытов с этой инфекцией.

Погибли, изучая жёлтую лихорадку в Африке, японский ученый Noguchi, врачидобровольцы Lazear, Carrol. Врач Werner Forsman в 1929 г. впервые в мире ввёл себе в вену катетер и продвинул его в сердце, за что получил Нобелевскую премию, – но только в 1956 г., через 27 лет после его замечательного открытия.

Особо следует выделить героическую медицинскую эпопею в период Великой Отечественной войны. Наши медики – от врачей до сестёр и санитаров – показали высшие образцы выполнения врачебного долга. Они оперировали под бомбами, стоя по нескольку суток у операционного стола; они шли с медсанбатами и за десантными частями под ураганным огнем; они выносили раненых. Эти немеркнущие подвиги врачей тысячами ярких страниц вошли в летопись величайшей из войн всей истории человечества. Высших боевых наград, в том числе Золотой Звезды Героя, удостоены многие военные врачи нашей страны.

Но повседневные, земные подвиги скромных тружеников от медицины также украшают высокое знамя долга и гуманизма, которое они несут всю жизнь в своих руках – руках, спасших и спасающих тысячи и миллионы простых людей. О таких медиках написано также немало страниц – страстных и горячих...

Жизни противостоят, угрожают болезни и смерть, а врачи должны бороться с ними столько, сколько живёт каждый из них. У врача нередко нет ограничения служебного времени. И в своей практической, и в научной деятельности он не должен работать по принципу «от и до». Ведь, кроме того, что обстановка требует иногда отхода от узких норм времени (хирург, прооперировав утром больного, приезжает проведать его и ночью – врачебный долг обязывает думать о больном и помимо служебного времени), врач всю жизнь обязан учиться, иначе он не сможет успешно работать, будет отставать от жизни.

Примером может послужить случай, когда к маститому ученому пришёл врач-аспирант и спросил: «Когда я обязан приходить и когда я могу уходить?». «Я остолбенел, – пишет ученый и рефлексивно ответил ему: – Вы можете уходить прямо сейчас и больше не приходить».

Древнее изречение гласило: «Избрав врачевание, отдай всё». «Уйти на покой? – сказал старый врач-хирург, которому исполнилось 75 лет. – Никогда. Покой – это непостижимо для меня». Для врача, для его профессии покой – в работе с вошедшим в кровь, в сердце, в сознание Павловским рефлексом – в необходимости лечить, помогать, оперировать. Для врача, для каждого медицинского работника – это вторая жизнь. Для нашего врача в его деятельности – жизненная и профессиональная, идейно-научная. Этические линии сливаются в единую «программу». Единую цель всего его человеческого духа и существа.

И в заключение раздела нельзя не вспомнить Чехова, обладавшего особым, удивительным, острым клиническим зрением всевидящего художника и врача. Написанная им художественная панорама бесконечна – нисколько не меньше Диккенсовской и Бальзаковской, а по силе художественной изобразительности, по броской краткости мазков, по удивительно тонким краскам чеховской палитры нередко больше впечатляет, чем типаж «человеческой и нечеловеческой» комедии Бальзака и вычерченные несколько в грубоватом, натуралистическом стиле герои Диккенса. Чехов получил всеобщее признание потому, что он умел глубоко познать правду жизни и показать её читателям. Он ничего не пропустил в изображении дореволюционной русской жизни, он проник в душевный мир всех её пластов.

Чехов, по общему признанию, – огромное явление в мировой культуре. Он совершил величайшее в ней открытие, которое не только обошло весь мир, но принято огромной армией писателей мира на вооружение их национальной литературы.

Вот Чехов решил показать широко жизнь тружеников старой России, готовых всегда к самопожертвованию, живущих идеалами правды, науки, добра и долга, умеющих высоко держать знамя своего человеческого достоинства, но терпящих, как правило, неудачи от столкновения со страшными окружающими условиями равнодушного, несправедливого к людям социального строя царской России. Чехов не только показывал этих людей, он боролся за них, боролся за уважение к ним художественными средствами (доктор Дымов в рассказе «Попрыгунья», доктор Кириллов в рассказе «Врачи»).

1.3 Врачебная деонтология

Термин «деонтология» (от греч. *déon* – должное + *lógos* – учение) введён в начале прошлого столетия английским философом Бентамом как наименование науки о профес-

сиональном поведении человека. Частью общей деонтологии является медицинская деонтология, изучающая принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и исключение неблагоприятно влияющих упущений в медицинской деятельности. В понятие медицинской деонтологии входит и система взаимоотношений, которая устанавливается в процессе лечения между врачом и больным. Деонтологию называют учением о должном поведении медицинского персонала. В БМЭ в круг задач деонтологии включается и устранение «вредных последствий неполноценной медицинской работы».

Б. Д. Петров отмечает, что деонтология понималась отечественными медиками «не как свод правил, определяющих профессиональное поведение врача, а как учение о долге врача, о его гражданских обязанностях – не только перед больными, но и перед всем народом... Для отечественных врачей характерна деонтология, проявляющаяся не в высказываниях и декларациях, а в поступках, поведении». Автор справедливо включает в понятие деонтологии проблемы отношений врача и больного, врача и общества, профессиональный и гражданский долг врача, т. е. основные нравственные проблемы медицины. Таким образом, предметом врачебной деонтологии являются принципы должного не только в отношении отдельной личности, но и в отношении общества.

В пределах каждой специальности содержание деонтологии имеет свои особенности в конкретной деятельности врача.

Принимая во внимание, что врачебная этика и медицинская деонтология сосредотачивают внимание на роли нравственных начал и моральных норм, основанных на них принципах и правилах поведения, правильнее рассматривать врачебную этику и деонтологию в их единстве. Болгарские авторы В. Чолаков, Ал. Вълчев относят сюда вопросы:

- 1) врач и пациент;
- 2) врач и работа;
- 3) врач и медицинская наука;
- 4) врач и другие врачи.

Они также пишут о долге врача и его этических принципах, о нравах и обязанностях врача, о врачебной тайне и т. д.

Профессия врача предъявляет к нему своеобразные этические требования, крайне сложные и полные тончайших психологических нюансов в отношениях врача и больного. Постоянная ответственность перед больным и его родственниками, сознание того, что от его опыта и умения зависит жизнь человека, необходимость учитывать особенности больного, быть сдержанным и безупречно владеть собой в самых драматических ситуациях, умение идти на разумный риск, – всё характеризует повседневную работу. Кроме того, как писал известный русский юрист А. Ф. Кони, между ответственностью врача перед самим собой и окружающими и властью его к устранению страданий, к несчастью, не существует равенства. Врачу нередко приходится быть свидетелем тяжёлых мучений и не иметь при этом никаких возможностей устранить их. Знать о неминуемой смерти больного и находить в себе силы вселять в него уверенность в скорейшем выздоровлении, избегая при этом риска прослыть «торговцем надеждой». А чудодейственная

сила врачебного слова! С одной, стороны, много ятрогенных заболеваний вызывается словом, неосторожно и неуместно сказанным, с другой – психотерапия в ряде случаев может быть важнейшим и мощным, патогенетически обоснованным методом лечения. Именно это имел в виду М. Я. Мудров, говоря, что «нельзя здоровье полагать в одних только аптекарских склянках». Наконец, со словом связаны полные сложнейших аспектов проблемы сохранения врачебной тайны и проявления полной откровенности и доверия со стороны больного в интимных вопросах.

Деонтология как учение о должном в должностном плане представляет собой особую, прежде всего административно-регламентированную форму норм поведения. Но некоторые авторы считают её разделом медицинской этики, а другие отождествляют их или, наоборот, рассматривают медицинскую (а иногда и врачебную) этику как раздел деонтологии; третьи связывают её только с одним из принципов этики и моральным долгом. Но с этим нельзя согласиться.

Медицинская деонтология определяет должное в поведении не в плане морального или правового общественного долга, а в свете должностных обязанностей того или иного медицинского работника, в том числе и врача. Медицинская деонтология касается даже рабочих и служащих медицинского учреждения, поскольку обязывает вести себя соответственно требованиям этого специфического учреждения, отличающегося от любого другого предприятия. Деонтология изучает и формирует правила должностного поведения, фиксируя их в соответствующих инстанциях. Она определяет также основные средства исполнения этих правил и формы контроля над их осуществлением. Но в отличие от неписанных моральных правил, порождающихся и контролирующихся общественным мнением и этическими категориями, деонтологические нормативы целиком определяются инструкциями и административными приказами, которые следует отличать от юридических законов, декретирующих правовые нормы, правила должного поведения. Нарушение деонтологических нормативов может повлечь за собой не только обычные административные, но и моральные и даже правовые санкции. Деонтология даёт рекомендации только для основных типичных служебных ситуаций, но она бесценна в определении конкретных задач и приёмов самостоятельной ориентировки у постели больного в случаях нетипичных, неповторимых. Для выработки такого умения необходимо не только знать возможные последствия различных ситуаций и вариантов поведения и поступков врача, медицинского работника и больного, но и обладать высоким нравственным сознанием и профессиональным личным опытом.

1.4 Особенности врачебной профессии

Московский врач Ф. П. Гааз более ста лет назад провозгласил, что медицина – царица наук, ибо здоровье необходимо для всего великого и прекрасного на свете. Этот «святой доктор», как называли его больные, ярко выразил величие профессии врача: «Самый верный путь к счастью – не в желании быть счастливым, а в том, чтобы делать других счастливыми. Для этого нужно внимать нуждам людей, заботиться о них. Не бояться труда, помогая им советом и делом, словом, любить их, причем, чем чаще проявлять эту

любовь, тем сильнее она будет становиться». И недаром на могиле Ф. П. Гааза высечена надпись: «Спешите делать добро».

Известный голландский медик Ван Тюльп предложил горящую свечу сделать гербом и символом врача: «Светя другим, сгораю».

Врачебная профессия – профессия древняя. Так, индийский хирург Сушрута писал: «Врач, владеющий только умением оперировать, но пренебрегающий медицинскими знаниями, не заслуживает уважения – он может подвергнуть опасности жизнь». И далее: «...Будь скромн в жизни и поведении, не выставляй напоказ своих знаний и не подчеркивай, что другие знают меньше тебя – пусть твои руки будут чисты, правдивы и сдержаны». Там же говорится и о том, что врач должен стать: для больного – отцом, для выздоравливающего – охранителем, для здорового – другом.

Авиценна дал поэтическую характеристику личности врача: он должен иметь глаза сокола, руки девушки, обладать мудростью змия и сердцем льва.

На протяжении многих столетий преобразовывались понимание болезни, лечебная тактика врача и методы лечения. Современный врач, чтобы по-настоящему служить людям, должен быть эрудирован в различных вопросах медицинской науки и в ряде смежных дисциплин – психологии, педагогике, социологии, экономике и многих других. Однако самой важной из них остается наука, не имеющая рамок, вечно новая и многогранная – Человековедение.

Возвращение больного в общество, в трудовой коллектив, в семью – серьезнейшая задача врача.

Р. Скотт отмечает, что объём и качество работы врача обуславливаются тремя факторами:

- 1) существующим уровнем медицинских знаний;
- 2) индивидуальными качествами и особенностями врача, его квалификацией, его способностями применять знания и использовать накопленный опыт и той степенью, в которой продолжает совершенствоваться в течение всей своей трудовой деятельности;
- 3) условиями, в которых он практикует.

Они все взаимосвязаны между собой.

Врач, любящий свою профессию, должен развивать в себе и совершенствовать наблюдательность, мужество, оптимизм, решительность и вместе с тем осторожность при решении жизненно важных для больного вопросов. Авторитет врача зависит не только от его профессионального опыта и знаний, но и от общей эрудиции, отношения к больным, поведения на работе и быту, умения ладить с людьми, от такта и в то же время от принципиальности и доброжелательности к коллегам, даже если они недостаточно опытные. Всё это формируется в процессе сложной, трудной каждодневной деятельности врача. Сколько врачей различной специальности во имя своего высокого долга отдают все силы и эмоциональный запал служению больному человеку!

С. С. Юдин, обобщая свой огромный опыт, писал о том, что для достижения успеха в любом деле человеку необходимы многие качества, но все вместе они редко достаются. Одни умеют тонко наблюдать, другие – трезво рассуждать, третьи – успешно действо-

вать, прогнозировать. Врач же должен многое знать и многое уметь, и, конечно, это в равной мере относится к врачу любой специальности.

Врач проходит три периода своего профессионального становления:

1) вначале неуверенность в своих знаниях, неумение поддерживать свой авторитет среди больных, персонала;

2) период адаптации, который длится несколько лет и сменяется периодом самоуверенности в непогрешимости своих решений и поступков;

3) с накоплением опыта молодой врач становится зрелым специалистом, когда врачебные ошибки становятся всё реже.

И. А. Касперский писал о трудных, наполненных борьбой за жизнь человека ночах врачей: «Бесконечный поток дней и суток – и есть жизнь врача, сердце которого без остатка отдано человеку».

Современная медицина требует, чтобы врач был широко образованным, с высоким культурным уровнем и с диапазоном знаний, выходящим за пределы его специальности. Врач – терапевт, хирург, гинеколог, эндокринолог, педиатр и др. должен владеть определёнными знаниями в области неврологии, психиатрии и пограничных состояний. В такой же мере невропатолог, психиатр должны изучать различные разделы клиники внутренних болезней, эндокринологии и др. В повседневной практической деятельности врачи почти всех специальностей нередко встречаются с висцеральными расстройствами невротического генеза. Не столь уж редко у больных, попадающих в терапевтические стационары для urgentной помощи с такими диагнозами, как «стенокардия», «ишемическая болезнь» или «инфаркт миокарда», в дальнейшем обнаруживаются лишь внешне сходные с сердечными болезнями невротические состояния (неврастения; истерический, ипохондрический невроз; невроз навязчивых состояний с «кардиофобией» и др.)

Древние китайские мудрецы говорили о том, что знания, которые не усовершенствуются, не используются, убывают с каждым днем. Польский ученый – врач Т. Келановский пишет, что врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше болезни.

Одной из важнейших задач в подготовке и усовершенствовании врача любого профиля, помимо приобретения и накопления опыта и знаний по своей специальности, является воспитание его клинического мышления. Е. И. Лихтенштейн справедливо подчеркивает, что мыслить клинически – это рассматривать больного, учитывая всю его жизнь; необходимо установить причины и обстоятельства, которые способствовали возникновению болезни. Затем следует проанализировать, синтезировать все эти данные на основании своих знаний и опыта и сделать обобщающее заключение. Одновременно с этим автор предостерегает против излишней самоуверенности в суждении, небрежности при обследовании, что обычно приводит к необоснованным выводам. Врач должен владеть диалектическим мышлением. Особенно опасны трафаретность и предвзятость: иногда патогенетически не связанные между собой симптомы искусственно подгоняются под наиболее импонирующий диагноз.

Особенно важно в профессии врача умение наблюдать. Большинство врачей смотрит,

но не наблюдает. Внимательный врач может почти безошибочно предсказать, на что через минуту будет жаловаться словоохотливая пациентка. Например, известный профессор дерматовенеролог А. М. Кричевский отличался наблюдательностью и был прекрасным клиницистом. Так, он говорил, что настоящий врач должен ставить диагноз «Пузырчатка», только когда он вошел в комнату осмотра и подходит к консультанту. Это видно по походке, что идет тяжелобольной, крайне угнетенный человек: он сгорблен, походка медленная, шаркающая. Взгляд его «потухший», говорит он тихо, медленно и т. д.

У врача оцениваются интеллектуальные качества, глубина знаний, широта интересов, творческое воображение, деловые способности, умение привлечь людей и др. – это:

- эмоциональность;
- волевые и моральные качества (скромность, верность дружбе, доброта);
- качества, определяющие мотивы поведения (альтруизм, стремление к истине);
- качества, отличающие отношение к жизни (оптимизм, юмор);
- качества, характеризующие физическое состояние и т. д.

Профессия врача требует от человека большой и многогранной отдачи и порой отречения от многих увлечений и личных жизненных планов. Например, С. П. Боткин увлекался математикой, Т. Бильрот виртуозно играл на скрипке, В. П. Филатов был вышколенным художником, военный врач Л. Ауэнбургер увлекался музыкой, профессор дерматовенеролог И. С. Мильман был одновременно профессором математики, философии, читал лекции по истории медицины.

Врач должен всю жизнь обогащаться новой информацией, новыми знаниями для искусства врачевания. Борясь со смертью и болезнями, он провозглашает силу, непобедимость и вечную радость жизни. Этого никогда не должен забывать врач и в самые тяжелые минуты болезни помогать больному преодолеть страх и безысходность.

На картине Гольбейна изображен врач, у которого лежит закованная в цепи смерть. Врачебная профессия вечна, пока существует человечество. Социальная значимость труда врача неопределима и неизмерима. Это – борьба за здорового человека. Это – всё то, что накоплено теорией и практикой медицины. Это – всё, что создавалось в результате индивидуального опыта каждого врача, в результате его самоотверженной борьбы за настоящее и будущее человека, за здоровье и его совершенствование, в результате неустанной работы врача над собой.

1.5 Больной и болезнь

Здоровье характеризуется, как способность человеческого организма преломлять всю совокупность природных и социальных факторов, составляющих условия его жизни, без нарушения гармонии физиологических механизмов органов и систем, обеспечивающих нормальное функционирование человека. Болезнь вносит дезорганизацию во все системы организма, и во многих случаях трудно взвесить, что для больного тяжелее: его физические страдания, нарушение настроения, выступающие при любой болезни, или определенные изменения его социального положения, обусловленные болезнью.

Современная медицинская номенклатура насчитывает множество заболеваний, а в

каждом из них нередко сложно переплетаются соматические и психические расстройства с различной степенью выраженности тех и других.

Болезнь обнажает все стороны жизни человека. Самый факт сознания: «Я болен» изменяет взаимоотношения с окружающими, самооценку и поведение заболевшего.

Соматическое или психическое заболевание представляет собой сложнейшую цепь взаимно связанных звеньев. Здесь играют роль особенности реактивности и адаптационных механизмов, нейрогуморальная и нейроэндокринная регуляция, обменные процессы, психогенные воздействия, свойства личности и её реакций, особенности социальной среды. Заболевания отличаются не только по этиологическим признакам, но и по интенсивности, динамике и выраженности болезненных расстройств, длительности течения, скорости развития, характеру субъективных и объективных проявлений в картине болезни.

Большая или меньшая роль психического фактора и соматической болезни подтверждена клиническим опытом и теоретически обоснована положением о единстве психического и соматического. Течение и исход соматического заболевания в значительной мере зависят от особенностей личности и её трудовых установок, от характера семейных отношений и других социально-психологических факторов. Болезнь оказывает большее или меньшее психостимулирующее действие. В ряде случаев больные прикованы к анализу своего состояния и страданиям, которые вносят в их жизнь болезнь и ее последствия. Стесняясь откровенно высказать свои мысли и сомнения, многие больные уходят в свой внутренний мир, страдая от этого ещё больше и продолжительнее.

Если учесть, что любая болезнь всегда возникает на фоне определенного эмоционального состояния и нейросоматического тонуса, то совершенно естественны нарушения жизненных отношений больных, которые она преобразовывает и искажает. Изменяются самооценка больных, оценка своего физического и психического состояния, отношение к трудовой деятельности, к семье, к обществу, к настоящему и к прошлым событиям своей жизни и жизненным перспективам. Нарушается система отношений личности. Эти сложнейшие социально-психологические преобразования, которые отражаются на поведении, деятельности и взаимоотношениях с окружающими, чрезвычайно важно учитывать каждому врачу. «Шкала» переживаний человека... По-видимому, это безбрежный и мало изученный океан. Но это тот отправной пункт, без которого трудно понять человека вообще, а больного человека в особенности.

Чтобы понять больного, необходимо уяснить систему его психологических установок, выявить психологические барьеры, препятствующие адекватному отношению к болезни.

Рациональная оценка себя и окружающего – основные условия адекватного приспособления к различным факторам среды. В результате отрицательных психогенных влияний нередко возникает диссоциация между желаниями и возможностями больного, которую должен вовремя установить врач, и тогда ему становится более понятными внутренняя картина болезни и ее особенности. Любое переживание должно рассматриваться с учётом жизненных доминант, установок, особенностей эмоционального состояния больного и его способности адекватно отнестись к сложившимся обстоятельствам. Далеко не все неудачи, потрясения и конфликты являются эмоциональным стрессом. Поэтому для по-

нимания условий их патогенности необходим многосторонний анализ психологической природы страданий, способствующих развитию болезни или осложняющих её. Наиболее декомпенсирует психотравма, когда приходится её скрывать, притворяться, маскироваться, «играя определенную навязанную роль», сдерживать внешние проявления своих чувств без «эмоциональной разрядки», в особенности – при наличии страхов, тревоги, беспокойства. Личные обиды в быту, семье и на работе, инвалидизация или же заболевания, нарушившие привычный жизненный стереотип и препятствующие полноценной жизни и труду, неразделённая любовь, неудачный выбор профессии, наконец, неверие в успех лечения и последующие жизненные перспективы, одиночество и многое другое – далеко не полный перечень факторов, влияющих на больных и на течение болезни.

Некоторые больные изменяют свой образ жизни, начинают избегать любых физических и умственных нагрузок. Другие вводят новый режим питания; здесь тоже часто бывают контрасты: одни резко уменьшают рацион углеводов и жиров, почти доводя себя до «голодания»; другие начинают без достаточных оснований для этого усиленно питаться, утверждая, что они «резко похудели», «падают от слабости», хотя объективно это ничем не подтверждается. Многие больные изменяют и характер одежды, начинают усиленно «утепляться», даже в летние месяцы. Зимой же они носят множество теплых вещей, покупают специальное «лечебное белье» и т. д.

Логическим итогом такого повышенного внимания к своему здоровью является резкое изменение режима труда и отдыха. Одни больные «временно» оставляют работу, другие стремятся сменить ее на более лёгкую, переходят на менее ответственную должность.

Несомненно, неблагоприятное влияние на психику больных оказывает длительное пребывание в стационаре без каких-либо крайне необходимых показаний. Играет роль при этом взаимная индукция больных друг на друга. Нередко дискуссии больных, совместно с персоналом, об отдельных симптомах, возможных осложнениях, методах лечения формируют в дальнейшем беспочвенные страхи, опасения, состояния тоски и безысходности. Поэтому очень важно развивать различные формы внебольничной помощи, при которой больной не отрывается от повседневной жизни, от его социальной среды. Большое значение имеет при этом диспансеризация больных. Диспансеры оказывают специализированную помощь, проводя одновременно большие санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия.

Большое значение имеет самоописание болезни больными, дающее врачу ценный материал об особенностях субъективных ощущений и их оценке, о самовосприятии или болезни и отношении к ней, о выносливости, эмоциональном состоянии и др.

Существуют различные типы реакций на болезнь, с которыми приходится встречаться врачам всех специальностей. В том числе и дерматовенерологам.

Астенический тип реакции проявляется в форме повышенной утомляемости, истощаемости, сенситивности, эмоциональной гипертензии, слабодушии, плаксивости, падении активности, вялости, пассивности и т. п.

Депрессивный тип реагирования на болезнь характеризуется чувством тревоги, тоски, растерянности, потерей надежды на улучшение состояния, восприятием своих ощу-

щений и переживаний в мрачной окраске, с тенденциозно-пессимистической оценкой любых проявлений болезни, отсутствием побуждений к преодолению болезненных расстройств, чувством безысходности и «смирения».

Ипохондрический тип отношений к болезни – «жизнь в болезни», которая подчиняет себе все интересы и желания человека. Он обнаруживает пристальное внимание к любому ощущению, парадоксальную оценку даже незначительных нарушений, констатированных при исследованиях, пускается в бесконечные поиски истинной причины тягостных ощущений, часто сменяет одних врачей на других, одни исследования на другие и т. п.

Тревожно-мнительный вариант отношения к болезни характеризуется повышенным вниманием к незначительным изменениям в соматическом или эмоциональном состоянии, недоверием к назначениям врача, страхом и ожиданием «возможных осложнений» болезни, её тяжелого течения и исхода. Многие из таких больных проявляют повышенный интерес к медицинской литературе, причём здесь нередко выявляется двойственное отношение к приобретаемым «знаниям». С одной стороны, больные стремятся использовать их в режиме и лечении, с другой – боятся их и скептически анализируют, без достаточных оснований неожиданно прекращают начатое лечение, боясь довести его до конца. Часто они ищут какие-либо новые методы лечения, действенные лекарственные препараты, а затем боятся их принимать. При этом типе отношения к своей болезни легко формируются самые разнообразные фобии: инфаркта, паралича, инсульта, пневмонии, психического расстройства.

Наблюдается, наконец, истероформный вариант отношения к своему заболеванию, где выступает целый комплекс эмоциональных сдвигов. На протяжении дня у больных колеблется настроение: то они плачут, хватаются за пульс, ощупывают грудь, живот, заявляя, что «умирают»; то, быстро успокоившись, переключают свои интересы на внешние факторы окружающей среды. В семье и на работе они много говорят о своем состоянии, стремясь поделиться своими жалобами, ярко и красочно описывая их. У некоторых таких больных выявляется склонность к фантазированию: при каждом повторении истории своего заболевания они начинают «прибавлять» всё новые подробности, верить в их достоверность, хотя это не всегда соответствует истине. Иные больные при этом вздыхают, выразительно демонстрируют яркой мимикой свои «муки» и «страдания», жалуясь на недостаточное сочувствие, непонимание их близкими людьми, на работе и прочее. Они могут проявлять придиричность к врачам и медицинскому персоналу, полагая, что недооценивается тяжесть их состояния. Находясь среди других больных, страдающих различными заболеваниями, они индуцируют аналогичные состояния, развивающиеся по механизмам внушения и самовнушения. И, к сожалению, иногда им удается поверить не только самим в «приступ аппендицита», «внематочную беременность», «заворот кишок», но и дезориентировать некоторых хирургов, терапевтов, гинекологов, подвергаясь хирургическому вмешательству.

Приведенные варианты отношения к болезни представлены, конечно, схематично и не всегда ярко выражены. В конкретных случаях они разграничены не резко и представляют сложные сочетания различных черт.

Игнорирование заболевания и отсутствие интереса к своему соматическому состоянию с нежеланием лечиться и обращаться к врачам встречается значительно реже. Оно бывает связано с особенностями личности, а также ситуациями, условиями жизни, трудными семейными обстоятельствами, когда «нельзя болеть». В отдельных случаях мы наблюдали такой тип «вытеснения болезни» у некоторых врачей.

В наше время эмоциональных нагрузок всё более очевидным становится влияние эмоционального стресса на развитие соматических расстройств (эндокринная патология, сердечно-сосудистые заболевания).

Сама по себе ситуация болезни и общение больных, ведущих разговоры о болезни, её лечении и возможном неблагоприятном исходе являются фактором, вызывающим мысли о смерти и страх смерти. И здесь только одно лицо в состоянии изменить направление мыслей, перестроить установку и эмоциональное состояние больного, успокоить и влить бодрость, стойкость, энергию – это только врач. В любом возрасте – в детстве, юношеском, зрелом, позднем – авторитетный врач сможет помочь избавиться больного от тревожных безысходных мыслей и страхов или ослабить их. Он приносит веру в выздоровление, изменяет отношение к болезни.

1.6 Больной и общество

Болезни людей нередко прямо или косвенно связаны с условиями их жизни. Многочисленные природные факторы влияют на здоровье не прямо и непосредственно, а опосредовано, преломившись через весь комплекс социально-экономических и санитарно-бытовых условий, через общественное бытие людей. Врач не может оставаться равнодушным к обстоятельствам жизни больных и их трудностям, и социально-бытовым непорядкам, отражающимся на здоровье людей, и к имеющимся недочётам в работе медицинских учреждений, неблагоприятно сказывающихся на самочувствии больных.

Болезнь существенно преобразует физическое, эмоциональное состояние человека и существенным образом влияет на его взаимоотношения с людьми. Выпадая из обычного ритма, больной изменяет распорядок своей жизни, поведение; нарушаются его контакты и взаимодействия с окружающими людьми. Поэтому вопросы, касающиеся отношений больного и общества, имеют большое социальное и психологическое значение.

Каждый врач из собственного опыта и наблюдений может подтвердить, как становятся друзьями больные, которые находились совместно на стационарном лечении либо часто встречались в приёмной поликлиники или диспансера. Помимо большой доброжелательности и взаимопонимания, они стараются помочь друг другу, приобретая лекарства, принося передачи, осуществляя связь с родственниками больных, выполняя различные поручения, часто не считаясь с физической нагрузкой, со своим временем и т. д. Известно немало примеров, когда больные проводят ночи возле постели друг друга в больнице или дома, отвлекая от мрачных мыслей и болезненных ощущений. В дальнейшем, уже после выздоровления, их объединяла дружба, потребность в общении и товарищеской взаимопомощи. И по существу, несчастье, беда, пришедшая к человеку, принесла ему это большое счастье – дружбу, закреплённую на много лет. Дружба – это социальная ка-

тегория. Она выражает доверие, уважение, чуткость, заботу, взаимопонимание, так как нередко основой дружеских отношений между людьми является общность интересов и взглядов. Поэтому дружба в процессе непрерывного общения обычно приносит радость, взаимное удовлетворение, активируя, стимулируя к жизни, деятельности, творчеству. Дружба в определенной степени способствует преодолению тех черт, которые мешают в различных жизненных ситуациях, заставляет перестроиться, преодолеть трудности, поверить в свои возможности.

Это особенно важно, когда у больных возникает чувство неполноценности, неверия в свои силы. Такие больные замыкаются и уходят в себя, изменяют свой образ жизни, отгораживаясь от общества. И можно наблюдать, как изменяется их поведение в коллективе, где они работают, где они были раньше достаточно общительными. Так возникает своеобразная социально-психологическая изоляция некоторых людей, перенесших тяжелое заболевание с последующими нарушениями различных функций отдельных органов и систем.

Нередко врачам ещё приходится встречаться с отдельными случаями своеобразного одиночества больных даже в больших семьях. Особенно это касается лежачих больных, пожилых лиц, больных, плохо передвигающихся без посторонней помощи, ослабленных и т. д. Изолированность отдельных больных в семьях, в коллективе может наступать и в силу характерологических особенностей некоторых людей, отличающихся замкнутостью, скрытностью, молчаливостью, необщительностью. Это наблюдается просто у одиноких людей, чаще пожилого возраста (вдовы, вдовцы, незамужние женщины и неженатые мужчины). Это бывает, наконец, при психологической несовместимости отдельных лиц на работе и в быту. Так возникает «разобщенность», «невнимание», уход в свой внутренний мир. Одиночество всегда порождает вялость, пассивность, потерю интересов. Облегчая возможности общения больного, способствуя его контактам с людьми, врач побеждает серьезного союзника болезни – одиночество.

«Одиночество» не фигурирует как «болезнь». Между тем нельзя забывать, что оно является довольно часто фактором, дезорганизуя эмоциональное состояние и гармоничную деятельность различных систем и организма в целом, фактором, несущим отрицательные эмоции. А это влияет на самочувствие человека, который теряет самое важное – умение и стремление радоваться, надеяться, верить в будущее, бороться.

Врачи повседневно наблюдают довольно сложные взаимоотношения между личностью заболевшего человека и социальной средой, и эта среда, как указывалось, может выступать в различных качествах: в качестве лечебно-оздоровительного, реабилитационного фактора или, наоборот, патогенного и поддерживающего болезнь. Напомним, что в прошлом описывались случаи индуцированного помешательства, которые порождались социальными факторами – темнотой, невежеством, тяжелым бытом, сектантством и т. д. Руководители сектантских группировок запугивают своих приверженцев карой и расплатой, «проклятьем», и это негативно влияет на эмоционально неустойчивых, внушаемых лиц.

Врач любой специальности не может оставаться равнодушным к такой серьезной проблеме, как алкоголизм, которая в настоящее время волнует общественность многих стран. Борьба с алкоголизмом требует объединения усилий целого ряда ведомств,

общественных организаций. Однако бóльшая роль в этой борьбе принадлежит органам здравоохранения. Врачи всех специальностей встречаются и с проявлениями, и с последствиями алкоголизма, и им нельзя оставаться равнодушными к этому злу, разрушающему здоровье и вредящему производству и всему укладу жизни.

Алкоголизм формирует «кадры» больных, обращающихся при его последствиях к медикам различных специальностей: к терапевтам, занимающимся лечением заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, желудка; к хирургам и ортопедам, к которым они попадают как жертвы «пьяных» драк или аварий. До сих пор велико число хронических алкоголиков с острыми нарушениями мозгового кровообращения, с алкогольной эпилепсией, белой горячкой, поступающих в психоневрологические учреждения. А сколько врачей-педиатров наблюдает детей и подростков, психопатизировавшихся в результате невыносимых условий, созданных в семье из-за пьянства отца, матери или других членов семьи.

Не только алкоголизм, но и любая болезнь близкого человека более или менее часто вносит в житейский стереотип семейной ячейки значительные сдвиги и ломку привычного уклада. Заболевший становится центром особого внимания, повышенной заботы. Течение болезни и реакции больного отражаются и на самочувствии, настроении остальных членов семьи. Психологически понятно возникновение у них тревоги и опасений. Кому из нас не знакомы эти переживания, эти взаимноиндуктивные влияния больного и здоровых членов семьи. Естественно, что это эмоциональное состояние члена семьи сказывается на его работоспособности и поведении в том или ином коллективе. При обостренном болезнью восприятии окружающего, растерянность, тревога, мимика близких передаются больному, вселяют неуверенность в благополучном исходе.

Врачи не должны забывать, что любая болезнь создаёт особый психологический климат в семье и нередко становится источником различных невротических реакций и эмоциональных срывов. Особенно это касается тяжело больных со злокачественными опухолями, инфарктом миокарда или постинсультными расстройствами кровообращения, с их пока ещё не всегда благополучным течением и исходом.

Бурно и тягостно переживают многие члены семьи психические и венерические заболевания, псориаз у своих близких, особенно если эти заболевания оказались для них неожиданным, внезапным и психологически они не были к этому подготовлены. Конечно, имея довольно поверхностные и смутные познания об этих заболеваниях, питаюсь бытательскими суждениями и слухами, люди часто просматривают начало и течение патологического процесса и поздно обращаются к врачу.

Аспекты, касающиеся взаимодействий больного, семьи и общества, всегда должны учитываться врачами. Любая болезнь – стресс, дезорганизующий личность и организм; она изменяет жизнь человека, влияет на его планы, стремления, мечты, желания и интересы. И самое главное – при тяжелых заболеваниях может утрачиваться вера в завтрашний день и в возможность самопрогнозирования будущего, которое становится в глазах больного зыбким, ускользающим.

До последнего времени в некоторых семьях и учреждениях боялись контакта с больными, страдающими различными заболеваниями кожи (псориаз, экзема и т. п.). Это усугубляло

губляется ещё и в случаях, когда в семье болеет два человека. Возникает страх «заражения», в семье создаётся обстановка растерянности, тревоги.

Прогрессирующая физическая и социальная несостоятельность – «пенсионное банкротство» отрицательно сказывается на состоянии этих людей. Между тем для общества важно обеспечить здоровье и продлить жизнь этих пациентов, располагающих ценными знаниями и эрудицией, производственными навыками, большим жизненным опытом. Весьма важная социологическая проблема – максимальное сохранение людей старческого возраста в обществе – может быть успешно разрешена только путём активной продуманной работы врачей всех специальностей.

Важные деонтологические проблемы возникают при отборе больных для санаторно-курортного лечения, а также при выписке и выдаче больничных листов.

Немало существует и других важных вопросов, касающихся взаимоотношений больного и общества. Все они теснейшим образом связаны с деятельностью врача, с различными гранями врачебной профессии. Для мыслящего врача, помимо специального клинического опыта и знаний, важно знакомство с основами социологии и социальной психологии. Важно понимание социологии семьи, социологии небольших и больших групп населения, социологии учреждений, социальных ролей (включая роль врача и роль больного), роли общества в лечении больных и т. п. Все эти и многие другие аспекты проблемы «больной и общество» нуждаются в серьёзной разработке. Широкий кругозор врача в сочетании с правильной тактикой должен способствовать возвращению больных в общество полноценными людьми.

1.7 Врач и больной

Особенности медицины и основного представителя этой науки – врача вытекают из их назначения и благородных задач – помощи больному человеку. Вот почему высокие требования предъявляются к деятельности и личности врача, к той науке, которую он представляет.

Каждый ли человек, избравший своей профессией медицину по влечению сердца или случайно, в силу стечения обстоятельств, станет в дальнейшем настоящим врачом, станет «чудесным доктором», умеющим облегчать физические и душевные людские страдания, способным постоянно совершенствоваться в своей профессии, искать новое в достижениях науки, чтобы быть не бесполезным, а хорошо вооруженным в борьбе за здоровье и жизнь больного человека? Ведь стать врачом легче, чем быть врачом.

Несомненно, личность врача, его авторитет специалиста, тонко разбирающегося в избранной области медицинской деятельности, является основной предпосылкой правильной и эффективной помощи больному. И это даётся не сразу, а приходит с опытом при неустанном труде и постоянном совершенствовании своих знаний.

А. Ф. Билибин пишет о долге и обязанностях врача, о том, что «мудр» не тот врач, который много знает и только, но тот, который, объединив в единой системе знание, мудрость и человечность, подлинную гуманность, на этой основе порекомендует больному нужное, отнесется к нему наилучшим образом, поймёт полностью больного во всех отношениях.

Умение врача понимать и тонко анализировать переживания больных, их душевное

состояние, психологические нюансы в их поведении и его способность создавать необходимый продуктивный контакт и соответственно этому применять адекватное терапевтическое вмешательство или предвидеть и предупреждать возможные болезненные реакции, влечения и стремления больных являются залогом успешного врачевания.

Таким образом, основная задача, которая стоит перед врачом любой специальности, – с первой же встречи успокоить больного, устранить его эмоциональное напряжение, повышенное внимание к анализу своих ощущений, перестроить его отношение к перспективам лечения и выхода из болезни. Это, казалось бы, простая задача требует контакта и взаимопонимания. И начинается этот процесс с момента выяснения данных анамнеза болезни и анамнеза жизни. Жалобы больных – это та субъективная сторона болезни, которая часто ускользает от врача, даже обладающего достаточно богатым клиническим опытом. Особенно важно изучать субъективные стороны болезни в переходных периодах: подростковом, полового созревания, увядания.

Виднейшие отечественные врачи придавали огромное значение процессу выяснения данных субъективного и объективного анализа. Г. А. Захарьин называл это «снятием медицинского портрета» и считал творческой работой. Для врача этот период не менее важен, чем для больного, так как с него начинается установление контакта, завоевание доверия больного. Ведь всегда положительная установка больного и его доверие, расположение, эмоциональный контакт с врачом облегчают понимание раскрывающихся перед ним разных сторон личности больного, его состояния и поведения в различных жизненных ситуациях.

У врача должно быть немало качеств: терпение, умение внимательно слушать, не перебивая, умение прочувствовать самому и сопережить трудности, невзгоды и страдания больного. При этом не только сообщаемые больным факты, но и наблюдения за особенностями поведения, мимикой больного, жестами, осанкой, манерой держать себя создаёт целостное представление о нём.

Уже особенности описания своего самочувствия и болезненных ощущений в известной мере дают материал для суждений о свойствах личности больного, его жизненных обстоятельствах и динамике болезни. Здесь могут выступать и тревожность, мнительность, усиленное внимание к своему состоянию или же попытка игнорирования и недооценки болезненных нарушений. Особенно ясно выявляются эмоциональная лабильность, состояние растерянности, беспокойства, подавленности, безнадежности, ухода в болезнь и т. д. Поэтому уже с первых контактов врача и больного весьма важным является преодоление упомянутых реакций на факт болезни и иногда встречающихся скепсиса, озлобленности, неверия или недоверия.

Большой врачебный такт и выдержка, умение в случае необходимости веско и логично опровергнуть мрачные гипотезы больного, показать необоснованность и ошибочность построенной им концепции болезни довольно быстро формирует авторитет врача в глазах больного, уважение к нему как специалисту и человеку, доверие к нему.

Очень важно при повторных приёмах показать больному, анализируя сообщаемые им данные, намечающиеся сдвиги в картине болезни, демонстрируя это на отдельных конкретных симптомах, которые смягчились, сгладились или угасли.

Каждый раз, объясняя течение и намечающиеся сдвиги, очень важно подкреплять свои аргументы объективными данными (исследования крови, мочи; различные биохимические, рентгенологические и другие исследования).

Любой врач приобретает всё большее доверие больного, если он проводит достаточно глубокое и всестороннее его обследование в условиях стационара или поликлиники и в случае необходимости пользуется консультациями других специалистов.

Желательно врачу при беседе с больным реже пользоваться медицинскими терминами, не должно быть иронического тона, насмешливых замечаний, игнорирования вопросов, задаваемых больным. Интонация, манера держать себя и формулировать мысли должны быть «отработаны» и продуманы врачом. Ведь каждая встреча врача с больным и даже самая лаконичная беседа всегда содержит психотерапевтическое влияние, и этого нельзя забывать.

Например, в одной венерологической клинике обследовался на предмет выявления сифилиса пациент с выраженными психопатическими симптомами, на которые обратили внимание медицинские работники, включая и врачей-лаборантов. Когда были получены результаты РСК на сифилис («реакция Вассермана»), больной обратился за ответом в лабораторию, и малограмотный сотрудник «объявил» ему, что у него кровь «четырёхкрестовая», т. е. резко положительная на сифилис. Но пациент, будучи очень впечатлительным, воспринял это как приговор, т. е., что у него в крови не один «крест», а все «четыре», что жить дальше бессмысленно, и, даже не обратившись к врачу-венерологу за разъяснениями, покончил жизнь самоубийством.

Познание больным с помощью врача самого себя, характера своего заболевания и перспектив выхода из болезни способствует успешности лечения. Это наиболее простой, доступный для врача любой специальности путь создания у пациента новых доминант, оказывающих оздоравливающее действие. Не менее важно и сопереживание врача.

Взаимоотношения врача и больного многогранны, и диапазон их широк. Нередко больные обращаются к врачу, уже располагая определённым опытом. Когда не сложилось глубокого контакта и доверия к ранее лечившему их врачу. Более тяжёлые или длительно болеющие люди становятся несколько эгоистичными, озлобленными или же скептически настроенными, считая, что врач не принял необходимых мер для лечения или недостаточно опытен. Приходят иной раз разочаровавшиеся во всём больные, недоверчивые, тенденциозно критикующие любое врачебное назначение, вступающие по этому поводу в дискуссию и т. д. Чтобы поднять дух у больного, врачу необходимо оказать сильнее. Это достигается в одних случаях не сразу, а медленно и постепенно, в других – доверие больного завоевывается после одной-двух встреч.

И совсем недопустимо завоёвывать доверие больного методом «обливания грязью» предшествующего врача. Например, врач спрашивает, у кого лечился больной до прихода на приём и когда узнает, то говорит, что «это не врач, это – коновал, и больному здорово повезло, что он вообще остался жив после такого лечения».

В ряде случаев сложные и противоречивые ситуации взаимодействия больного и врача требуют от последнего эмоциональной и интеллектуальной гибкости, смелости решений, веры в свои возможности. Вместе с тем больной постоянно учит врача выдержке, выносливости и терпению, жизнелюбию, человечности, умению в любую минуту мобили-

лизовать себя и т. д. Благодаря глубокому общению с больными, врач становится более зрелым, эмоционально богаче. Каждая встреча с больным, разные судьбы больных заставляют многое обдумать и проанализировать, многое переоценить и прочувствовать.

Спасая заболевшего от болезни и смерти, врачу приходится нередко работать в экстремальных условиях, в ситуации риска, требующей большой мобилизации физических и волевых сил, ясности и трезвости мышления, спокойствия. Гуго Глязер пишет: «Медицина, которая служит человеку, слагается из искусства и науки, и над ними простирается чудесный покров героизма, без которого не может быть медицины. Это распространяется также и на врачей будней, на великого и малого практика, который, не чувствуя страха, подходит к постели страдающего от тяжелого заразного недуга... и при этом думает не о себе».

Планы врача и больного должны соотноситься. У врача – в зависимости от поведения больного, особенностей его личности, глубины контакта, тех ситуационных факторов, которые влияют на больного в его социальной среде. Результативность поэтому не всегда зависит только от врача. Велика при этом роль семьи. Иногда семья действует отрицательно, формируя скепсис, ипохондричность, фобии. Они противодействуют лечению, мешают, тормозят. Бывает, что планы врача и больного не соприкасаются из-за позиции последнего, его неверия или его ухода в болезнь.

При доверии к врачу общение с ним становится жизненно необходимым для больного, и когда контакт глубок и полноценен, независимо от характерологических особенностей больного, выявляется откровенность, сердечность, уважение, а иногда даже компоненты обожания и любви, преданности, стремление стать похожим в различных жизненных параметрах на врача.

Нельзя не упомянуть о возможности в некоторых случаях появления у больного сексуальных тенденций в отношении врача противоположного пола, осознанных, а иногда не совсем осознанных. Для преодоления подобных тенденций необходим надлежащий такт и твердость врача.

Умение достичь настоящего контакта с больными, у которых тревога и опасения доминируют в сознании, является необходимой, важнейшей особенностью и мудростью врачевания. Каждый врач должен знать, что если больной не откроет своих переживаний, не пустит в своё наболевшее, интимное, не найдет доверительного контакта с врачом, значит он не ощутил теплоты его участия.

И. Харди, говоря о психологии обращения с больными, считает, что отношение между больным и врачом, контакт между ними служит основой любой лечебной деятельности. При этом он отводит особое место чувству страха и тревоги, наблюдавшемуся при соматическом и психическом заболевании. Автор говорит о том, что переживания страха могут оказывать общее затормаживающее воздействие, сужающее критическое, ясное мышление больного. Сильное переживание страха влияет на личность в целом, и вместо более высокого уровня развития, характеризующего личность до болезни, здесь возникают более примитивные её реакции.

Особого рассмотрения заслуживают вопросы о предсмертном состоянии больного, о поведении врача с умирающим, о тактике врача в отношении родственников умирающего.

При этом возникает вопрос о поведении врача у постели умирающего больного. Следует ли сообщать ему о тяжести его состояния и приближающейся смерти? По этому вопросу существуют различные взгляды. По мнению профессора богословия Nealy, больной должен знать о скорой кончине, чтобы по религиозному обычаю приготовиться к переходу в другой мир. А. Ф. Кони также рекомендует сообщать больному о грозящей ему смерти, однако, не отнимая вместе с тем у него надежды.

Гиппократ же, С. П. Боткин, Н. Н. Петров не рекомендовали сообщать больному о близкой смерти.

Конечно, в отдельных случаях, в зависимости от свойств личности больного и особых обстоятельств, может конкретно решаться вопрос о допустимой степени его осведомленности о состоянии его здоровья. Но, как правило, надо остерегаться сообщать ему об угрозе его жизни.

Помня о тяжелом больном и помогая ему до последней минуты жизни, врач не должен забывать и о его близких, остро и глубоко переживающих своё горе. И здесь огромное значение имеет эмоциональная тонкость сопереживающего врача, умеющего объяснить и психологически подготовить родственников, утешить, морально поддержать своим участием, а также при необходимости – оказать своевременную медицинскую помощь.

Врачебная профессия утверждает самое большое и прекрасное на земле – жизнь, и в этом состоит основное призвание врача. Важно не только искусство распознавания и лечения болезней, но и умение проникать в душевный мир больного. В этом и выражается истинный гуманизм врача.

1.8 Больной и врач

Что определяет отношение больного к врачу? Каковы критерии оценки больным врача вообще и того конкретного, лечащего врача, к помощи которого он прибегает во время своего заболевания?

Приходят в поликлинику разные больные: первичные и искушенные «старожилы», и «эрудиты» в познании симптомов различных заболеваний. Больные, ожидая своей очереди на приём к врачу, беседуют между собой. Дискутируют. На всех таких «дискуссиях» затрагиваются темы, не только касающиеся характера различных заболеваний, но и даются пространные рекомендации «знатоками» новейших средств, особенно патентованных и заграничных. Здесь нередко даются и характеристики – профессиональные и личностные – врачам. Здесь нередко даются советы обратиться к такому-то врачу, который «безусловно, поможет», к врачу-гомеопату или даже к «деду» или «бабке», которые помогли, а врачи отказались. Поэтому приходится выслушивать просьбы больных выписать им определенный препарат, хотя он им явно противопоказан. Фетишизируя их как панацею от всех болезней, больные нередко бывают недовольны отказом и разъяснениями врача о нецелесообразности применения этого лекарства. Психологически такой отказ далеко не всегда правильно преломляется в сознании больных.

Если врач направляет больного к другому специалисту, это вызывает у больного различные тревожные мысли и догадки, неоправданные обывательские оценки профессио-

нальных качеств лечащего врача.

Больные всегда очень чутко реагируют и тонко воспринимают не только советы, но и манеру врачебного осмотра и выражение лица врача, его реплики и неопределенные ответы на вопросы или же пугаются его молчания. Они почти безошибочно различают теплоту и сердечность контакта или сухие формально-официальные опросы, затормаживающие откровенность.

Насколько бывают иногда насторожены и даже обидчивы больные, иллюстрирует следующее наблюдение.

В начале своей работы дерматовенерологом в одной из районных больниц, я проходил первичную специализацию в обложвендиспансере и учился у врачей более опытных, которые в поликлинике принимали больных дерматозами. Аккуратно записывая все назначения больным в обложвендиспансере, затем, уже после окончания специализации, я их рекомендовал больным в районной больнице, не получая при этом должного терапевтического эффекта. В соответствии с просьбами больных, направляем их в обложвендиспансер, где им назначали почти аналогичную терапию, но которая оказывала поразительно благоприятный результат. При повторном пребывании в обложвендиспансере, я с особой тщательностью присмотрелся к методике общения этих врачей с больными, особенно одного врача З. Я. А., к которому стремились попасть все больные. Что особенно поразило меня, что он никогда не спешил с беседой с очередным больным, не перебивая его. Прежде, чем выяснять медицинские проблемы, он мог пошутить, рассказать анекдот, выяснить, как «зреют озимые», как погода, какие проблемы в семье, что волнует больного, идут ли дожди...

Затем он тщательно собирал анамнез, обращая внимание на различные «мелочи», выясняя предыдущее лечение и его результаты. После чего совершенно без чувства брезгливости, положив руку на плечо больного, осматривал и пальпировал, не пропуская ни одного участка кожного покрова и слизистых оболочек, не допуская сарказма, шуток и пр.

Подводя итог анализа анамнеза и осмотра больного, он ему в доступной форме объяснял довольно подробно суть его заболевания, возможные причины и намечал, совместно с больными, план лечения (как пример неправильного ответа больному, который навязчиво расспрашивает суть заболевания: «У вас происходит деполимеризация мукополисахаридов и т. д.»). Он старался ответить на все вопросы больного, тщательно объясняя смысл и логику назначения того или иного препарата. При негативном отношении больного к определенному препарату, он сразу же заменял другим, который действовал аналогично, но не вызывал отрицательных эмоций у больного. Особенно тщательно рассказывал о наружной терапии, обращая внимание на, казалось бы, незначительные моменты. О результате лечения просил сообщить ему, назначая повторную явку на консультацию. Больной всегда был удовлетворен консультацией областного специалиста, и результаты лечения всегда были благоприятными.

Это позволило мне правильно оценить свои ошибки и перестроится, что дало положительные результаты и удовлетворенность пациентов.

Неблагоприятные отзывы больных можно услышать и по поводу спешки, невнимательности и формализма некоторых медиков в поликлиниках и приемных отделениях больниц, где нередко дежурные врачи сосредотачивают в одной комнате большое количество больных и т. п. Наряду со случаями обоснованных жалоб пациентов на врачей, негативные оценки больными деятельности и личности врачей иногда связаны во многом с недостаточным пониманием возможностей современной медицинской науки и

с недооценкой большой сложности врачебного труда.

В последние годы довольно широкое распространение приобрело самолечение. Многие, так сказать «искушенные» в медицине больные, дают самые разнообразные советы, рекомендуя средства от бессонницы и головной боли, от заболевания почек и печени, от похудения или, наоборот, ожирения, от выпадения волос и даже от половой слабости. Врачам приходится сталкиваться с печальными последствиями такого «самолечения».

Врачи всех специальностей, назначая лекарства, должны предостерегать больных от злоупотребления ими. Неумеренное или неправильное пользование отдельными лекарствами, особенно при наличии других факторов, нередко может вызвать «лекарственную болезнь», иногда даже приводит к анафилактическому шоку, вызывает агионевротические отёки, сывороточную болезнь с высокой температурой и уртикарными высыпаниями, артропатии, эозинофилию, диэнцефальные атаки, энцефалиты.

В. М. Бехтерев в своё время писал, что секрет целительного внушения был давно известен многим лицам из простого народа, в среде которого он передавался из уст в уста в течение веков под видом знахарства, колдовства, заговоров. Наряду с внушением, нередко здесь действует и самовнушение.

Наиболее «образованными» целителями употребляются различные наукообразные термины, чтобы произвести сильное впечатление, в особенности на более примитивные личности, находящиеся во власти страха, беспокойства.

Тяготение многих больных дерматозами к «чудесам» и таинственным явлениям, вера в чудодейственные амулеты и снадобья, в «заклинателей», «заговорителей» объясняется недостаточной подготовленностью ряда дерматовенерологов, их ограниченностью, полным незнанием принципов деонтологии, чем с успехом пользуются «целители», «травники» и др.

Когда больные возвращаются к нам от этих целителей, то действительно мы видим плохие результаты их лечения. Больные рассказывают о уже предварительной «высокой оценке того или иного целителя», у которого лечились некие министры, генералы, ученые, политические деятели. Благоприятная аура создаётся, когда больной, приезжая в село, видит большие очереди страдающих в «мазанку», где ведёт прием «бабушка» или «дедушка». Внутри этой «хатки» носятся запахи трав, пучки которых висят на стенах рядом с «дипломами», полученными от крупных ученых-медиков, вплоть до Гиппократата, шипят котлы с травами. Сам «целитель» обладает притягивающими и внушительными качествами, и когда он произносит различные заклинания и вручает «зелье» для лечения, то эффект уже обеспечен. Больной, уходя от «целителя», уже выходит под впечатлением слов «целителя» и запаха трав и получает благоприятный «заряд» к излечению. Таким образом, подсознательно «целители» и «знахари» блестяще используют законы деонтологии; поэтому любая «трава», «настой» благоприятно воздействуют на больного, исцеляя его.

Так какие же требования к врачу обычно предъявляют больные? Чтобы тот стал «его доктором», которому он безусловно и всецело доверяет.

На первом плане стоят знания и профессиональное мастерство, и это играет решающую роль в выборе больными врача. Но не только эта сторона личности врача всегда является определяющей. Больных привлекает к врачу его терпеливое и участливое умение

расспрашивать и выслушивать их. И дело не только в словах. Искренняя убежденность, эмоциональность, страстность проявляется и в голосе, и жестах. Ж. Лабрюйер писал в «Максимах» о том, что в тоне голоса, в глазах и в выражении лица говорящего имеется не меньше красноречия, чем в самих словах. За время болезни человек настрадался, измучился. Появились сомнения, тревога, касающиеся течения и исхода болезни, и потому сердечная, располагающая к полной откровенности беседа, возможность высказаться, выразить свои переживания уже сами по себе приносили некоторое улучшение. «Сказал и облегчил душу», – гласит старая, но удивительно правильная и меткая латинская поговорка. Больной хорошо улавливает и реагирует на то, как формально и в спешке обследовал его врач или как его зоркие глаза, чуткие уши и умелые пальцы тщательно, «по-настоящему», подробно все «исследовали» и «не пропустили ничего» для правильного диагноза. И, наконец, тон, характер ободряющих слов, советов врача, – все эти качества ищет больной у врачей и находит у «своего доктора».

Образ мудрого врача описан Антуаном де Сент Экзюпери: «Я верю, настанет день, когда неизвестно чем больной 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, сверивши с таблицей логарифмов, они вылечат одной единственной пилюлей. И всё же, если я заболел, то обращусь к какому-нибудь старику – деревенскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскурив трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

Вот такими и другими качествами должен, с точки зрения большинства больных, обладать врач, которому человек доверяет самое ценное из всего того, что у него есть – своё здоровье.

Вера в знание и опыт именно данного врача создаёт уже необходимую положительную психологическую установку у больного, укрепляет его надежду на то, что именно здесь он найдёт избавление от страданий.

1.9 И слово врача лечит

Несмотря на то, что в клиническое исследование и лечение больного внедряются достижения современной техники, что чрезвычайно важно, это имеет и теневую сторону. Она состоит в фетишизации технических средств и таит в себе угрозу «дегуманизации» медицинской науки. Врача нередко связывают с больными лишь сложные технические и лабораторные методы исследования – он и мыслит о больном, о его болезни через электрокардиографическую пленку, через рентгеновские снимки, через показатели иммунологических реакций, весьма лабильных по их значимости, через протеинограммы, малоубедительные пробирочные испытания чувствительности микробов к антибиотикам.

Техницизм, техническое мышление в сознании многих врачей вступили в соревнование со здоровьем и вечно живым клиницизмом и стали теснить его. Между тем, техника и лаборатория не должны отнимать душу у медицины. Подход к больному человеку и лечение не должны вступать в стадию «механизации и массового производства». Появи-

лись опасения, что растёт черствость отношений между врачом и больным, и эта черствость уже отбрасывает от себя зловещие тени...

Но отчуждение в отношениях между врачом и больным противно самой природе врачевания. Люди стали высоко ценить и обычно льнут к тем врачам, которые выдвинули своим основным «символом врачебной веры» лозунг, ещё в начале нашего века провозглашенный знаменитым киевским клиницистом Феофилом Гавриловичем Яновским: «Ближе к больному человеку». Эти врачи уделяют каждому больному несколько часов, интимно беседуют с ним, тщательно изучают его анамнез и, конечно, клинко-лабораторные данные, синтезируют их, чтобы получить диагноз больного.

Хотелось бы привести пример из практики. Один из моих пациентов, довольно крупный бизнесмен наблюдался по поводу экземы и бронхиальной астмы довольно продолжительное время, получая периодически амбулаторно-соответствующую терапию с переменным успехом. Будучи в командировку по делам бизнеса в США, он решил получить консультацию в одном из крупных медицинских центров Лос-Анджелеса. Возвратившись на родину, он рассказал, что, кроме того, что за это необходимо было выплатить довольно крупную сумму долларов, диагноз был поставлен своеобразно. Никто его не осматривал, не слушал стетоскопом или ухом (что больные очень уважают), не перкутировал. А после сбора анамнеза все данные были «загружены» в компьютер, который и «выдал» диагноз (кстати, не совсем корректный и точный). Больной остался очень недоволен таким подходом, отсутствием человеческого тепла и общения и рекомендованное лечение игнорировал.

М. Я. Мудров, один из зачинателей русской клинической медицины писал, что имеются и «душевные лекарства, которые врачуют тело». Эти слова должны быть приняты всеми врачами-клиницистами, как девиз всей своей деятельности. М. Я. Мудров говорил студентам: «Ты достигнешь до той премудрости, что не будешь здоровье полагать в одних только склянках; твоя аптека будет вся природа на службу тебе и твоим больным».

И. П. Павлов с предельной точностью определил и значение «слова» в лечении больного человека. Психотерапия, сказал он, есть специфическая человеческая часть лечения болезней, добавляя при этом: «Слово для человека есть такой же условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообещающий, мощный, как никакие другие». И далее: «Слово есть сигнал сигналов. Нервная система реагирует не только на непосредственное впечатление от вещей, но и на их словесные обозначения».

Циген писал: «Без психотерапии можно только починять сапоги или прививать растения, но ни в коем случае нельзя лечить такой чувствительный организм, каким нельзя себе иначе представить человека».

Дик очень образно писал: «Легче ликвидировать реального гонококка в половых органах женщины, чем «выселить» воображаемого гонококка из её психики».

И каждый врач, независимо от его специальности, не может не изучать особенностей жизненной ситуации больного, характера его переживаний и реакций на последние. В настоящее время психотерапевтические методы входят в практику различных отраслей медицины. Они применяются, помимо психоневрологии, в клиниках соматического профиля – при различных заболеваниях внутренних органов, в эндокринологии, в акушерско-гинекологической практике, в стоматологии, дерматовенерологии и др. Пси-

хотерапия используется в одних случаях на фоне медикаментозного лечения, физиотерапии и других воздействий, в других – она занимает главенствующее место.

В клинической картине любого заболевания могут формироваться вторичные невротические расстройства или неврозоподобная симптоматика. Построение тревожно-депрессивной, депрессивно-фобической симптоматики с различными страхами, тревогой, состояниями беспокойства и растерянности довольно часто встречается при многих заболеваниях кожи, особенно псориаза, экземы, угревой болезни, розацеа, красной волчанке, сикозе и др. Использование при таких состояниях различных приемов индивидуальной и групповой психотерапии, гипноза, аутогенной тренировки, наркопсихотерапии оказывают благоприятный эффект. В ряде случаев бывает показана поддерживающая психотерапия с периодическими встречами с больными в течение длительного времени.

Косвенная психотерапия широко используется в клинике любого профиля, так как, назначая тот или иной лекарственный препарат, врач настраивает больного на положительное действие последнего. Б. Е. Вотчал 60 % эффекта, отмечаемого при приеме лекарств в клинике внутренних болезней, относил за счет психотерапевтического действия.

В последние годы большой популярностью пользуются различные приемы самовнушения; при этом больной активно участвует сам в процессе своего лечения. Так, аутогенная тренировка повышает возможности саморегуляции произвольных функций организма.

В своих воспоминаниях основоположник отечественной дерматологии А. И. Поспелов приводит свое необычное на первый взгляд наблюдение. Так, он длительное время наблюдал очень богатого русского купца, который страдал непаразитарным сикозом с поражением волосистой части лица и удивительно упорным, не поддающимся терапии течением дерматоза. Заболевание, как известно, связано, наряду с инфекционным фактором, с серьезными нейроэндокринными нарушениями. Пациент в силу своей профессиональной деятельности постоянно общался с людьми, выезжал часто за рубеж, и поэтому его заболевание крайне негативно влияло на его психику, ограничивало пребывание в обществе. После лечения у А. И. Поспелова, он посетил ведущие клиники Европы во Франции, Германии, Австрии, Швейцарии, где он был проконсультирован крупнейшими дерматовенерологами, но терапия, рекомендованная ими, была безуспешной.

Возвратившись в очередной раз из поездки в Париж и консультации в клинике дерматологии проф. Капоши и безуспешного лечения, он в крайней депрессии поселился в гостинице вблизи Красной площади. Он был готов покончить жизнь самоубийством. И в это время в номер вошла горничная проводить уборку и предложила барину свое лечение, увидев его состояние психики и поражение лица. Вначале он ее выгнал из номера, но она настойчиво предлагала свой план лечения. Ему ничего не оставалось, как согласиться. Он должен был на голое тело надеть мешок с дыркой для головы, выйти на Красную площадь зимой и босиком пройти от гостиницы до Святых ворот (около исторического музея). Каждые 5 шагов он «бил» поклоны и произносил определенную молитву, а затем возвратился в гостиницу. Он всё это проделал, хотя для него это был невообразимый стресс, поскольку его в лицо знала вся Москва. После возвращения в гостиницу он лег спать и спал двое суток, не пробуждаясь. А затем очаги на лице начали подсыхать, отошли корки, прекратились новые высыпания гнойничков. Лицо полностью приобрело нормальный вид через 10 дней. Он после этого щедро отблагодарил горничную и приехал к А. И. Поспелову, который был поражен результатами «лечения» совершенно безграмотной, без медицинского образования женщины.

На этом примере видно, какое существенное влияние оказывает психотерапия на ряд

заболеваний кожи. Таких примеров можно привести множество при таких дерматозах, как нейродермит, экзема, псориаз и др.

И в заключение хотелось бы привести высказывание М. Я. Мудрова, которое удивительно ярко характеризует значение психотерапии и по сути «мобилизующий волю» механизм её лечебного действия. Говоря о душевных лекарствах, врачующих тело, он так заключает: «Сим искусством сообщается больным та твёрдость духа, которая побеждает телесные болезни, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного».

В этих строках в ясной, популярной форме изложены основные Павловские физиологические механизмы исцеления невроза: кора головного мозга, вступившая после позитивной психотерапии в свою контрольную роль, снижает возбуждение задних, отрицательных отделов гипоталамуса; далее она, включившись в регуляцию, влияет положительно на вегетативные функции подкорковых отделов гипоталамуса, оказывающих положительное, тонизирующее и регулирующее влияние. Усиливать надо всеми средствами эти положительные заряды корковых и подкорковых отделов, откуда начинается эффекторный путь для висцеральных органов.

1.10 Об ятрогенных заболеваниях

Проблема ятрогенных заболеваний привлекает за последнее время всё большее и большее внимание. Ятрогенные заболевания – болезни функциональные и органические, причиной которых являются влияние или действие врача (*iatrós* – по-гречески врач, отсюда термин «ятрогенный»), или вообще медицины (медицинская литература), или свойства личности больного.

Основная характеристика причины и форм развития ятрогенных заболеваний:

- прямое травмирование врачом, медицинским персоналом больного неумелым подходом (нарушение норм так наз. психической асептики);
- не прямое травмирование, связанное с личностными свойствами пациента, склонного к психопатическим, психоастеническим, навязчивым реакциям;
- неправильное проведение техники инструментального исследования, ошибочное введение лекарства и пр.;
- форма ятрогении, когда даже успешное проведение лечения какого-либо заболевания специалистом того или иного профиля влечёт за собой возникновение другого заболевания, требующего компетенции врача другой специальности.

Опыт показывает, что число ятрогенных заболеваний достаточно велико, и потому они имеют несомненное практическое значение, когда даже наступает понижение или потеря трудоспособности.

Для понимания висцеральных масок психоневрозов и ятрогенных психоневрозов необходимо различать две группы заболеваний:

1. Психопатии.
2. Заболевания, связанные с психопатизацией.

К первой группе относятся больные определенной психопатической конструкции. Психопатии отличаются большим полиморфизмом; при этом наблюдается «обрастание»

ядра личности различными факультативными чертами, укладывающимися в синдром психостении (астенические реакции с навязчивым состоянием, боязливость, «умственная жвачка»), истерии, неврозы навязчивых состояний. Добавочная роль среды в усилении и полиморфизации психопатий не подлежит сомнению.

Во вторую группу входят пациенты в преморбидном периоде, которых можно рассматривать как здоровых, но постепенно подвергаемых психопатизации (изменению личности) под влиянием экзогенных и эндогенных (соматогенных) факторов. Эта группа довольно обширная; к ней относятся:

- прежде всего, чисто психогенные неврозы, как, например, неврастения;
- истерические реакции и неврозоподобные состояния – в первую очередь так наз. вегетоневрозы;
- посттравматические неврозы;
- соматогенные и токсические неврозы.

В формировании и углублении психоневрозов большое значение имеют ситуационные факторы, а так же сила психотравмирующего воздействия на больного. Несомненно, и при развитии ятрогенного психоневроза, связанного с негативным воздействием слова врача и его поведения, всегда надо учитывать и изучать как преморбидную личность больного, так и роль реакции сенситивной, гиперэстетичной личности на заболевание или сложившуюся ситуацию – внешнюю и эндогенную.

Выделяется еще невроз навязчивых состояний, для которого обязательно наличие в психике «инородных» («как заноза») мыслей или чувств, или действий, к которым больные могут относиться с критикой, понимать их неправильность, несоответствие действительности, но не могут от них избавиться. Невроз навязчивых состояний (невроз ожидания) – один из тяжелейших неврозов, и, естественно, когда «носителя» этого невроза «ушибает» ранящее слово врача или ранящая ситуация или, что ещё хуже, когда он является случайным свидетелем внезапной смерти, он тяжело заболевает неврозом навязчивых состояний, которым он, по сути, был болен.

Врачи при общении с больными должны соблюдать, по выражению Р. А. Лурия, «психическую асептику», не допуская ятрогенную травму. Понятно, как авторитетно и велико значение умного слова врача. Недаром древние говорили: если ты дважды подумаешь, прежде чем один раз скажешь, ты скажешь вдвое лучше.

Можно привести сотни примеров, когда неосторожное и необдуманное слово врача дерматовенеролога приводит к тяжелым формам фобии. Одни пациенты «атакуют» врачей с сифилофобией, гонофобией и др. Довольно часто встречаются кандидофобия, поскольку клетки *Candida* всегда обнаруживаются и у здоровых людей (это наша микрофлора, создающая «микробный пейзаж» организма). Неквалифицированный врач, обнаруживший у пациента *Candida*, устанавливает диагноз кандидоз, назначая при этом обилие системных и наружных противокандидозных средств. А *Candida* упорно обнаруживается у пациента, несмотря на «мощное» лечение, что приводит его в ипохондрическое состояние, нередко подталкивая даже к самоубийству. Более того, эти «больные» индуцируют свой диагноз «кандидоз» и на окружающих и близких, которые тоже на-

чинают интенсивно лечиться по собственной инициативе. И нередко приходится видеть такую картину: на консультацию приходит «больной», приводя с собой мужа или жену, детей и даже сослуживцев. Убедить его в том, что он здоров и *Candida* являются нормой, чрезвычайно сложно. Приходится прибегать к помощи психиатров.

И таких примеров любой практикующий врач может привести множество.

В нашей специальности есть даже такое заболевание, как патомимия, т. е. когда «больной» считает, что в коже поселился «клещ», «глисты», стафилококк, и он постоянно биопсирует ногтями участки кожи, которые, по его мнению, поражены паразитами.

В моей практике была больная экземой, которая считала, что причина заболевания в том, что на коже паразитирует стафилококк. Она во время обхода постоянно утверждала: «Посмотрите внимательно на пушковой волос, который двигается из-за того, что «ползёт» стафилококк, вызывая колебания пушкового волоса». В конечном итоге мы были вынуждены перевести больную в психиатрическую лечебницу на лечение.

Поэтому нужна огромная воспитательная и учебная работа, которую следует проводить со студентами и врачами; надо воспитывать у них величайшую осторожность в отношении психики больного. Вопросы ятрогенных невротозов должны затрагиваться на разборах больных и освещаться широко в вузах. Врачей надо учить на клинических фактах, на ошибках, которые надо анализировать и на них учиться. Кроме того, необходимо поднять уровень теоретических знаний врачей разных специальностей в области медицинской психологии.

1.11 Медицинский эксперимент

Говоря о познавательной роли эксперимента, И. П. Павлов подчеркивал, что если эксперимент берёт то, что он хочет, то наблюдение собирает лишь то, что ему предлагает природа. Таким образом, познавательная ценность эксперимента заключается в его действительности, в возможности проникновения в такие тайны нормальной и патологической жизнедеятельности организма, которые скрыты от простого наблюдения. Эксперимент позволяет изучить интересующее явление по частям, по этапам; в этом смысле он выступает важным средством аналитического исследования. В то же время в специально созданных условиях при помощи эксперимента можно изучить и реакции целостного организма. В данном случае эксперимент выступает в качестве подспорья синтетического способа познания. Если при простом наблюдении изучаемый объект нередко «вынуждает» исследователя следить за его «поведением» в нежелательных для него (исследователя) условиях, то эксперимент позволяет изучить тот или иной объект в самых разнообразных условиях. Если же учесть ещё и возможность многократного воспроизведения изучаемых процессов и явлений при экспериментировании, то перед нами предстанет со всей очевидностью неоспоримая познавательная, эвристическая ценность эксперимента.

Процесс экспериментирования и научного абстрагирования с общепознавательной точки зрения можно рассматривать как различные тактические приёмы для осуществления единой стратегической цели – познания тех или иных закономерностей окружающего мира. В этой связи вряд ли можно согласиться с той точкой зрения, согласно кото-

рой в эксперименте закономерность якобы освобождается исследователем от окружающих случайностей лишь чувственно-практически. Во-первых, сам эксперимент является в определенной степени о веществе проверкой тех или иных идей, представлений и гипотез ученого. Во-вторых, результатом эксперимента является не освобожденная чувственно-практическим путём закономерность, а лишь та или иная совокупность фактов. Только в результате абстрактно-логической обработки данных фактов можно сделать заключение об открытой, познанной закономерности.

Эксперименты в медицинских и биологических исследованиях необходимы и даже неизбежны. Это самый плодотворный путь раскрытия закономерностей физиологии и патологии человека, важнейшее условие прогресса медицинских знаний.

Основными объектами биологического и медицинского экспериментов являются животные. На них ставятся острые и хронические опыты; они используются для создания моделей различных патогенетических процессов, наблюдаемых у человека. Животные служат также объектами для испытания новых лекарственных препаратов. В жертву науке ежегодно приносятся миллионы животных различных видов. Вряд ли следует доказывать бесспорную необходимость этих экспериментов и дискутировать с зарубежными поборниками отмены «вивисекций». Но правы и те, кто говорит о необходимости гуманного отношения к экспериментальным животным; эксперименты следует проводить лишь при действительной их неизбежности, не причиняя животным ненужных страданий. Широко известный врач-гуманист Альберт Швейцер писал «Как часто ещё кощунствуют в научно-исследовательских институтах, не применяя наркоза, чтобы избавить себя от лишних хлопот и сэкономить время! Как много делаем мы ещё зла, когда подвергаем животных ужасным мукам, чтобы продемонстрировать студентам и без того хорошо известные явления».

Проблема эксперимента на человеке является, конечно, несравненно более важной и требует особого внимания и обсуждения. В инфекционных клиниках, в том числе и дерматовенерологических, эксперименты на человеке играют роль при изучении облигатных антропонозов – инфекций, естественно поражающих только человека (тифы, вирусный гепатит, сифилис, гонорея, мягкий шанкр, хламидиоз и др.). По мнению И. В. Давыдовского, при изучении этих инфекций в экспериментах на животных «подавляющее большинство моделей выглядит как более или менее значительное упрощение оригинала, как отдаленное приближение к действительности, а иногда просто как артефакт с элементами внешнего подобия». Спора нет, для указанных целей опыты на человеке могут иметь громадное значение.

Эксперименты на человеке различны и по характеру, и по целям, и по степени вредности и даже опасности для исследуемых. Деонтологическая оценка их не может быть одинаковой.

Чувство глубокого уважения, восхищения, а у врача – чувство гордости за свою профессию вызывают самоотверженные опыты врачей по самозаражению различными инфекциями. Эти опыты внесли неоценимый вклад в учение об инфекционных болезнях.

Многие ученые, врачи, биологи испытывали на себе вакцины:

- Э. Ульман и Н. Ф. Гамалея (антирабическая вакцина);
- В. М. Хавкин (холерная и противочумная вакцина);
- И. Г. Савченко, П. Г. Стасевич, Д. К. Леонтович (холерная вакцина);
- С. К. Дзержговский, В. П. Болдырев (дифтерийный токсин);
- Г. Н. Габричевский (противоскарлатинозная вакцина);
- Ш. Николь и Н. Ф. Гамалея (вакцина против сыпного тифа).

Многие, чтобы не исказить течения инфекции при самозаражении, отказывались от лечения (Г. Н. Минх, В. А. Знаменский), некоторые заражались повторно (И. И. Мечников, О. О. Мочутковский, Н. И. Латышев). Многие из них отказывались от широкого освещения их подвига в печати; удивляла поразительная скромность этих людей – подвижников науки (И. И. Мечников, Н. И. Латышев, Г. Н. Минх). С полным правом можно сказать, что в большинстве случаев на проведение этих опытов толкала их не жажда славы, а благородное стремление к научной истине во имя интересов общества.

Эти опыты сыграли неоценимую роль в развитии учения об инфекционных болезнях (холера, сыпной и возвратный тифы, малярия, желтая лихорадка и др.) Были установлены патогенность для человека предполагаемых возбудителей, условия их действия, механизмы заражения и т. д., что позволило разработать меры успешной борьбы с инфекцией. Громадное значение имели, конечно, и опыты на себе по испытанию вакцин, явившиеся предпосылкой для внедрения в широкую практику некоторых специфических методов эффективной профилактики инфекций.

Что касается дерматовенерологии, то хотелось бы отразить в лекции подвиги на себе многих ученых, врачей:

- Белл (введение в уретру выделений из твердого шанкра);
- Р. Вельц (двукратная прививка выделений от обезьян с экспериментальным сифилисом);
- Линдемман (введение в кожный разрез соскоба с миндалин больного сифилисом);
- Вернерн, Борджиони, Рози и Пассильи, К. Левадити (аналогично предыдущему заражению),
- П. Мэзонеv (испытание профилактического действия при сифилисе втирания ртутной мази);
- Дж. Хартер и Дж. Гуптер вводили в уретру выделения от больного гонореей (оказавшегося большим сифилисом) и поэтому заразились двумя венерическими заболеваниями и впоследствии погибли от поздних форм сифилиса (спинная сухотка);
- Э. Томашевский привил себе культуру возбудителя мягкого шанкра, после чего заболел;
- Е. И. Марциновский и Н. И. Латышев дважды вводили себе в ранку выделения из язвы больного кожным лейшманиозом и заболели этой инфекцией;
- Д. С. Даниэльссен провёл многократные опыты по пересадке лепрозного узелка себе под кожу, а Д. Профети прививал патологический материал от больного лепрой и впрыскивал себе его кровь; оба исследователя не заразились;
- К. Гарре втирал в кожу культуру стафилококка, вызвав заболевание;

- А. А. Шаткин вводил на конъюнктиву культуру хламидий, вызвав также заболевание трахомой.

Недопустимы эксперименты над здоровыми и больными людьми, которые являются неправомерными, юридически преступными и выходят за пределы деонтологических оценок. Жуткими примерами могут служить преступные опыты немецко-фашистских врачей в лагерях смерти, а также действия японских военных преступников, вскрытые на Хабаровском процессе в 1949 г. В материалах Нюрнбергского процесса приведены описания этих бесчеловечных опытов (опыты с замораживанием, удушением, заражением столбняком, газовой гангреной, сыпным тифом, инфекционной желтухой, малярией и т. д.).

Проводятся опыты без согласия пациентов над безнадежными больными, с тяжелыми хроническими болезнями (прогрессивный паралич, волчанка), а также умственно дефективными людьми по заражению сифилисом, гонореей, мягким шанкром, тифом, малярией, рожей, риносклеромой и т. д. Проводили опыты даже над беременными и новорожденными по изучению полиомиелита, называя их «человеческие свинки».

Всё это область уголовного права. Рассмотрению в аспекте деонтологии подлежат эксперименты на добровольцах и, при согласии родственников, на лицах юридически неправомерных (дети, олигофрены, тяжелобольные). Следует заранее оговориться, что правомерность и допустимость некоторых из этих экспериментов, по крайней мере, вызывают сомнение.

В настоящее время эксперименты или первичные испытания новых вакцин, которые могут быть приравнены к эксперименту, как правило, проводятся на добровольцах. За рубежом такие исследования проводятся довольно широко (заражения брюшным тифом, вирусным гепатитом, дизентерией, туляремией).

Откровенность, с которой публикуются в печати результаты проведения рискованных экспериментальных исследований на людях, вызывает чувство неприятного удивления. Авторы этих статей, по-видимому, не находят в своих действиях чего-то неправомерного и этически недопустимого. Ссылки на то, что опыты проводились на добровольцах (значит, с их согласия) или при согласии родителей и опекунов юридически неспособных лиц (например, детей, слабоумных), снимают, по мнению этих авторов, ответственность с врача-экспериментатора. Эта позиция может подкрепляться недомолвками, неудачными формулировками и некоторыми явно неправильно (как мы полагаем) представленными пунктами различных зарубежных кодексов и деклараций по вопросам медицинской этики. Так, в общем разделе проекта этического кодекса Всемирной медицинской ассоциации указано, что ответственность за последствия экспериментов на детях несут родители, давшие согласие на проведение опыта.

У нас в стране и странах СНГ проводят испытание вакцин на добровольцах. Эти опыты при соблюдении современных требований доклинического контроля, как правило, значительно менее опасны, нежели экспериментальные заражения; они не угрожают жизни подопытных лиц, но не лишены некоторых элементов риска, поскольку могут повредить их здоровью. Эти исследования, проводимые в НИИ на высоком уровне, определяют допустимость практического применения испытываемых препаратов.

Первичные испытания вакцин иногда сочетаются с последующим экспериментальным заражением с целью выявления эффективности препарата. ВОЗ допускает подобные исследования в отношении риновирусной инфекции. Очевидно, такие эксперименты допустимы лишь при применении малопатогенных возбудителей.

При проведении экспериментов и первичных испытаний вакцин на добровольцах одним из главных вопросов является получение их согласия. Это основной пункт всех этических кодексов, деклараций, правил медицинской этики.

Согласие добровольца – проявление его сознательного, обдуманного решения быть объектом намечаемого исследования. Он должен быть хорошо информирован о научном значении, сущности опыта, о возможности отрицательного действия на организм. Согласие должно быть свободным, а не вынужденным вследствие каких-либо обстоятельств. Основным стимулом участия в исследовании должны быть интересы науки, т. е. общества, а не материальные блага (денежное вознаграждение) или какие-то льготы. Истинно заинтересованный в опыте доброволец вправе знать и о его научных результатах.

Добровольцами могут быть студенты, военнослужащие, заключенные, медики. По проекту этического кодекса Всемирной медицинской ассоциации умственно отсталые лица и больные, помещенные в психиатрические больницы, а также дети не могут быть объектом экспериментальных исследований.

Медицинские эксперименты, в том числе и первичные испытания в акции на людях (добровольцах) допустимы лишь при условии, если они не представляют серьезной угрозы здоровью и жизни. При оценке возможных вредных последствий для здоровья человека, подвергаемого экспериментальному исследованию, следует учитывать наличие эффективных методов лечения.

Научный эксперимент должен быть тщательно продуман. Должны быть определены его действительная необходимость и целесообразность. Недопустимо повторение ранее проведенных опытов, уже позволивших решить соответствующую научную задачу. Перед постановкой опыта необходимо коллективное обсуждение специалистами его целей, методики проведения и последующего контроля результатов. Эксперимент должен проводиться квалифицированными врачами, обладающими соответствующим опытом.

На умственно отсталых лицах допустимо лишь полностью безвредные, лишенные риска экспериментальные исследования при обязательном соблюдении всех требований, предъявляемых в отношении подобных действий врача-исследователя. При этом согласие родителей слабоумных лиц не может рассматриваться как основное условие допустимости планируемого опыта.

Испытание лекарственных препаратов широко применяется в клиниках и практических лечебных учреждениях. В последние годы особенно энергично создаются многочисленные новые лекарственные средства, многие из которых обладают большой активностью и, к сожалению, не лишены токсических свойств.

Научной группой ВОЗ опубликованы «Принципы клинической оценки лекарственных препаратов», в которых кратко освещены и некоторые этические и юридические аспекты. У нас в стране действует строгая система доклинического и клинического ис-

пытания лекарственных препаратов, установленная приказами МЗО и методическими указаниями Фармакологического комитета. Последний осуществляет и контроль над этими испытаниями. Деонтологические правила проведения исследований в этих документах по существу не изложены.

Общепринято, что до испытания в клинике каждый препарат детально изучается в лаборатории. Помимо его фармакологического действия, исследуются токсические свойства в опытах на животных. Однако внедрение нового препарата в клиническую практику невозможно без предварительного его испытания на человеке.

Самый ответственный этап – первичное применение нового препарата на больных людях. Бесспорно, что он должен осуществляться на ограниченных группах больных в квалифицированных клинических учреждениях, обладающих опытом подобных исследований. Очень важно, чтобы врач-испытатель был хорошо осведомлен о результатах исследований на предыдущих этапах. Испытание должно быть санкционировано Фармакологическим комитетом.

Группу больных, намеченных к участию в проведении апробации, нужно подбирать с большой продуманностью и тщательностью. Обязательно согласие больного или его ближайших родственников, которых осведомляют о сущности предпринимаемого испытания.

При дальнейшем расширенном испытании первично уже апробированного на человеке препарата согласие больного обычно не нужно. И это правильно, так как на данном этапе испытание утрачивает свою рискованность, однако контроль над проведением испытаний не должен ослабляться.

Нередко испытание некоторых новых препаратов на различных этапах проводится с выделением контрольной группы, которая получает плацебо («пустышки»), т. е. индифферентный препарат. С точки зрения строгой научной постановки испытания, этот прием обеспечивает наибольшую точность и достоверность оценки препарата. Однако многие ученые осуждают такую практику, поскольку, со слов Б. Е. Вотчала, «мы обманываем больного, не лечим его, только делаем вид, что лечим». При тяжелых заболеваниях этот метод недопустим. Лишение больного необходимой лечебной помощи – грубое нарушение этических принципов.

Следует не только строго научно строить испытание лекарственного средства, но и учитывать этическую сторону вопроса. Ни один больной, ни в опытной или в контрольной группе не должен понести ущерба. Никак нельзя оправдать продолжение выбора наблюдений по испытанию какого-то препарата при уже наметившемся отрицательном результате. Конечно, для того чтобы сделать наиболее убедительное, наиболее обоснованное заключение, нужен определенный объем наблюдений. Но для больных это не нужно и, может быть, вредно.

Вместе с тем нельзя не учитывать, что излишне жесткие требования к проведению клинической апробации лекарственных препаратов будут тормозить прогресс клинической медицины. Вот тогда сознание врачебного долга, чувство врачебной совести и соблюдение принципов деонтологии должны помочь исследователю найти правильное решение при таком столкновении интересов научного изучения и его объектов – больных,

верящих авторитету врача и ждущих от него помощи.

Деятельность клинициста-исследователя постоянно связана с применением разнообразных методов исследования больного и здорового человека. Одни из этих исследований необходимы для распознавания болезни и выполняются в интересах больного, другие не имеют в виду интересы больного или тем более здорового человека и предпринимаются с целью установления каких-либо научных фактов. Этические вопросы, связанные с проведением последних, требуют специальных подходов.

Эта проблема совершенно не освещалась в медицинской деонтологической литературе. Научные лабораторные и инструментальные исследования на больных и здоровых людях применяются чрезвычайно широко.

Исследования различных выделений (мочи, фекалий, слизи из глотки и т. д.) лишь тогда затрагивают интересы больного (здорового), когда сбор этих материалов сопряжен с неприятными для него ощущениями (например, взятие фекалий из прямой кишки), излишним беспокойством, нарушением сна и времени приема пищи и т. д. Такие, хотя и безобидные, исследования, как собирание желудочного сока и дуоденального содержимого, ректороманоскопия, взятие крови из пальца или вены более неприятны для обследуемых (особенно детей). Иногда они вызывают у них (или их родственников) резкий протест. Следует учесть, что для научных целей подобные исследования обычно проводятся неоднократно (в динамике наблюдателя), а нередко в комплексе с другими исследовательскими методами. Для обеспечения динамически проводимых научных наблюдений и исследований выписку больных из клиники задерживают, подчас на значительные сроки. Всё это доставляет им немалое беспокойство и существенные неприятности. Нужно избегать неоправданной частоты исследований и там, где возможно, пользоваться наименее беспокоящими больного способами и различными микрометодами (особенно у детей).

Хотя эти манипуляции и микротравмы, связанные с проводимыми научными исследованиями, не могут нанести существенного вреда больному и здоровому человеку, нельзя не считать с их отрицательным воздействием на психику исследуемых. Взрослые больные нередко понимают, что для лечения их болезни, сущность которой уже хорошо выяснена, многочисленные дополнительные исследования не нужны. Они начинают подозревать, что их используют как объект исследований, не связанных с лечением. От них можно иногда услышать возмущенные заявления, что «на них учатся».

Известно, что психические реакции, связанные с различными медицинскими манипуляциями, могут отражаться и на соматике больного или здорового человека.

Иногда больные отказываются от госпитализации в клиники научно-исследовательского учреждения, считая, что «там замучают бесконечными исследованиями». Негативизм, страх и неприязнь к медицинскому персоналу нередко наблюдается у часто обследуемых детей.

Вряд ли следует разьяснять известную истину, что врач по возможности должен избегать действий, вызывающих отрицательные эмоции у больного, которые могут неблагоприятно сказаться на течении болезни. Очевидно, нужен индивидуальный подход, психологическая подготовка обследуемых, а в ряде случаев – отказ от ненужных для

большого научных исследований.

Многие из современных сложных методов весьма тягостны для больных и даже не безопасны, так как могут сопровождаться серьезными осложнениями. Хотя эти осложнения редки, особенно при безукоризненной технике, но полностью их избежать, очевидно, нельзя; возможность их возникновения нарастает при повторном, многократном применении. Очевидно, эти сложные диагностические манипуляции должны проводиться лишь по показаниям, т. е. если они необходимы для больного. И. А. Кассирский писал: «Никогда инструментальное исследование не должно быть горше (опаснее) болезни». Если есть возможность, следует воспользоваться более простыми, лёгкими, неопасными и вместе с тем убедительными способами диагностики.

К сложным и небезопасным методам исследования относятся биопсия печени или биопсия тонкой кишки, которые следует производить крайне ограниченно и строго по жизненным показаниям. Особенно это недопустимо, когда с целью научных исследований, в качестве контрольного объекта, эти исследования проводят у здоровых людей.

Это относится и к лапароскопии, пункции костного мозга, биопсии головного мозга. И. А. Кассирский отмечал: «Следует ставить вопрос о показаниях и противопоказаниях к опасным инструментальным исследованиям или таким, которые требуют проколов, разрезов, введения в вену различных препаратов, контрастных жидкостей, способных вызвать реакцию. Выбор современных методов исследования должен производиться так же, как и выбор операции».

На научных руководителей ложится ответственность не только за совершенствование специальных знаний и профессионального мастерства подопечных (сотрудников, аспирантов, диссертантов), но и за их моральный облик и соблюдение ими правил медицинской деонтологии в своей лечебной и научной деятельности. Эти правила должны быть соблюдены и при выборе темы научной работы (диссертации), и при подборе методов исследования, контингентов исследуемых больных, и в процессе контроля над выполнением работы. Сам руководитель во всех отношениях (в том числе и в вопросах медицинской этики) должен быть примером для своих учеников.

1.12 Клятва Гиппократ

«Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому. Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всего вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой

женщине abortивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от своего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

ЛИТЕРАТУРА

1. Кук Ф. Д. Заговор против пациента / Ф. Д. Кук. – М.: Медицина, 1972. – 296 с.
2. Кованов В. В. Призвание / В. В. Кованов. – М., 1973. – 559 с.
3. Юдин С. Размышления хирурга / С. Юдин. – М.: Медицина, 1968. – 367 с.
4. Прокоп О. Медицинский оккультизм / О. Прокоп. – М.: Медицина, 1971. – 232 с.
5. Цицерон. О старости. О дружбе. Об обязанностях / Цицерон. – М.: Наука, 1975. – 247 с.
6. Харди И. Врач. Сестра. Больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт: Академия наук Венгрии, 1973. – 286 с.
7. Шош И. Патогенез болезней цивилизации / И. Шош. – Будапешт: Академия наук Венгрии, 1976. – 154 с.
8. Понхристов П. Пол, брак, семья / П. Понхристов. – София: «Медицина и физкультура», 1977. – 300 с.
9. Брэгг П. Здоровье и долголетие / П. Брэгг. – М.: Грэгори Пэйдж, 1998. – 416 с.
10. Вайль С. С. Некоторые вопросы деонтологии / С. С. Вайль. – Л.: Медицина, 1969. – 43 с.
11. Давыдов С. И. Деонтология в акушерстве и гинекологии / С. И. Давыдов. – Л.: Медицина, 1979. – 143 с.
12. Лихтенштейн Е. И. Пособие по медицинской деонтологии / Е. И. Лихтенштейн. – К., 1974. – 139 с.
13. Телишевская М. Э. Вопросы врачебной деонтологии / М. Э. Телишевская, Н. И. Логибко. – Л.: Медицина, 1978. – 159 с.
14. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология / А. А. Грандо. – К., 1988. – 190 с.
15. Билибин А. Ф. О клиническом мышлении / А. Ф. Билибин, Г. И. Царегородцев. – М.: Медицина, 1973. – 168 с.