

**А.П.Зильбер**

**ЭТЮДЫ  
МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА  
И ЭТИКИ**

*2-е издание*



**Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2022**

УДК 616.2  
ББК 54.12  
3-61

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Рецензенты:*

проф. **Б.Р.Гельфанд**, член-корр. РАМН, академик Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка РФ;

проф. **Л.Е.Цыпин**, академик Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка РФ, декан факультета усовершенствования врачей Государственного медицинского университета Росздрава.

Серия книг профессора А.П.Зильбера приурочена к 90-летию юбилею автора и включает как ранние издания («Клиническая физиология для анестезиолога», «Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии»), так и более поздние («Этюды критической медицины», «Этюды респираторной медицины», «Этюды медицинского права и этики»).

### **Зильбер, Анатолий Петрович.**

3-61 Этюды медицинского права и этики / А.П.Зильбер. — 2-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2022. — 840 с. : ил.  
ISBN 978-5-907504-54-7.

Эта книга посвящена проблемам медицинского права и этики в повседневной клинической практике.

Большинство несчастий в медицине происходит из-за дефектов образования врачей и плохого психологического контакта между пациентом и врачом. Такие дефекты сочетаются, как правило, с низкой правовой и этической культурой врача. В главах книги, скомпонованных в три отдельные части, автор разъясняет это читателям, чтобы повысить их правовую и этическую культуру.

В 11 приложениях помещены нормативные акты по проблемам медицинского права и этики.

Книга содержит много увлекательных рассуждений по этимологии, истории и философии медицинского права и этики. Справочный материал книги включает нестандартные дескрипторы — афоризмы, максимы, акронимы, имена мудрецов, мифологических и литературных героев, относящиеся к проблемам книги. Поэтому она читается легко, местами даже с улыбкой.

Для врачей и преподавателей медицины различных специальностей и студентов-медиков старших курсов.

УДК 616.2  
ББК 54.12

ISBN 978-5-907504-54-7

© Зильбер А.П., 2008  
© Издательство «МЕДпресс-информ», 2008, 2022  
© Иллюстрация на обложке. © civil / Фотобанк «Фотодженика», 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Кому закон не писан (вместо Введения)</b> . . . . .	15
Что такое закон и мораль? . . . . .	17
Медико-социальные революции как фон для медицинского права и этики . . . . .	19
<i>Рост техницизма</i> . . . . .	20
<i>Медико-индустриальный комплекс – основа современной медицины</i> . . . . .	22
<i>Здоровье – это товар со всеми его свойствами</i> . . . . .	24
<i>Приоритет стандартов и протоколов</i> . . . . .	25
Мораль медико-индустриального комплекса . . . . .	26
Модели взаимоотношений врач – больной . . . . .	29
<i>Патерналистская модель</i> . . . . .	29
<i>Либерационная модель</i> . . . . .	30
<i>Технологическая модель</i> . . . . .	31
<i>Интерпретационная модель</i> . . . . .	31
Этюд о Владимире Ивановиче Дале . . . . .	32
Психологический контакт – основа социономических профессий . . . . .	35
Для кого и зачем пишутся законы . . . . .	36

## **ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И ЭТИКИ**

<b>Глава 1. Деонтология, этика, этикет: <i>совпадения и противоречия</i></b> . . . . .	42
Биоэтика, медицинская этика и клинический этикет: терминологический и философский аспекты . . . . .	43
<i>Биоэтика или медицинская этика?</i> . . . . .	44
<i>История этики как науки.</i> . . . . .	50
Категорический императив Иммануила Канта: <i>нужен ли он медицине сегодня?</i> . . . . .	52
Утилитаризм и деонтология Джереми Бентама: <i>исходное и современное состояние проблемы</i> . . . . .	56
Деонтология или медицинская этика? . . . . .	63
Академик Н.Н.Петров и его «деонтология» . . . . .	65

Современное состояние медицинской этики в России . . . . .	71
Моральная (этическая) ответственность . . . . .	74
<i>Кодексы, декларации, клятвы . . . . .</i>	74
<i>Этическая или юридическая ответственность врача? . . . . .</i>	79
Клинический этикет, или <i>Форма – это уже содержание</i> . . . . .	83
Этические комитеты (комиссии):	
<i>теория и практика . . . . .</i>	86
<i>Определение и положение . . . . .</i>	87
<i>Задачи Этического Комитета . . . . .</i>	89
<i>Регламентация работы . . . . .</i>	90
<i>Условия эффективности . . . . .</i>	91

<b>Глава 2. Медицинское право в системе юриспруденции</b> . . . . .	94
Терминологические аспекты проблемы . . . . .	94
<i>Право или закон? . . . . .</i>	94
<i>Самостоятельно ли медицинское право? . . . . .</i>	96
<i>На кого работают медицина и медицинское право? . . . . .</i>	98
<i>Кодекс здоровья . . . . .</i>	100
История медицинского права . . . . .	101
<i>Древняя история медицинского права . . . . .</i>	101
<i>К. И. Щепин: попытка создания первого руководства по медицинскому праву . . . . .</i>	102
<i>Современная история медицинского права . . . . .</i>	107
Естественное и позитивное право . . . . .	107
<i>Предшественники Джона Локка . . . . .</i>	108
<i>Джон Локк и его разработки . . . . .</i>	109
<i>Примеры естественного и позитивного права . . . . .</i>	111
Современное состояние медицинского права . . . . .	116
<i>Систематизация проблем медицинского права . . . . .</i>	117
Кто создаёт и реализует медицинское право? . . . . .	118
Ятрогенные поражения: <i>проблема медицинского права</i> . . . . .	119
<i>Врачебная ошибка или вредный медицинский эффект? . . . . .</i>	120
<i>Классификация ятрогенных поражений . . . . .</i>	123

<i>Этическая и юридическая оценка</i> . . . . .	124
Защита медицинских работников . . . . .	129
<i>Защита врачей за рубежом</i> . . . . .	129
<i>Защита врачей в России</i> . . . . .	133
<i>Защита врача в суде</i> . . . . .	136
Правовая культура врача . . . . .	143
<i>Терминологический аспект</i> . . . . .	143
<i>Причины низкой правовой культуры</i> . . . . .	145
<b>Глава 3. Юридическая ответственность в медицине</b> . . . .	149
Почему у Фемиды закрыты глаза? . . . . .	149
Врачи, создававшие юриспруденцию . . . . .	152
<i>Совмещение профессий</i> . . . . .	153
<i>Врачи – известные адвокаты</i> . . . . .	156
<i>Врачи, которые были судьями и прокурорами</i> . . . . .	159
<i>Врачи-юристы, которые создавали США</i> . . . . .	160
<i>Врачи – реформаторы юриспруденции</i> . . . . .	164
<i>Врачи – профессора правоведения</i> . . . . .	168
<i>Что сближает врачей и юристов</i> . . . . .	172
Виды юридической ответственности в медицине . . . . .	176
Административная ответственность . . . . .	177
Дисциплинарная ответственность . . . . .	178
Гражданско-правовая ответственность . . . . .	179
<i>Причинение вреда здоровью при ненадлежащем             исполнении медицинской услуги</i> . . . . .	180
<i>Возмещение морального вреда</i> . . . . .	185
Уголовная ответственность . . . . .	186
<i>Понятие о преступлении</i> . . . . .	187
<i>Причинение вреда здоровью больного</i> . . . . .	191
<i>Причинение смерти</i> . . . . .	193
<b>Глава 4. Самоопределение больных:</b>	
<i>юридические основы</i> . . . . .	196
Что значит <i>быть под эгидой?</i> . . . . .	196
Самоопределение и права пациентов . . . . .	198
<i>Право пациентов на информацию о здоровье</i> . . . . .	203
<i>Выбор лечебного учреждения и врача</i> . . . . .	206

<i>Участие больного в выборе характера и методов лечения</i> . . . . .	208
<i>Информирование больных для принятия ими решения</i> . . . . .	210
<i>Ситуации, когда прямое информирование больных невозможно</i> . . . . .	215
<i>Согласие на медицинские действия</i> . . . . .	216
<i>Отказ от лечения</i> . . . . .	218
Законные представители больного и их права . . . . .	219
Медицинское волеизъявление пациента . . . . .	221
Бесплатная или платная медицина в России? . . . . .	224
Самодеятельность больных в сохранении своего здоровья . . . . .	230
<i>Самоуважение больного</i> . . . . .	233
<i>Воспитание уважения к Закону</i> . . . . .	234
Защита прав пациента . . . . .	234

**Глава 5. Возможности и пределы современной медицины** . . . . . 239

Предназначение медицины как сферы человеческой деятельности . . . . .	239
<i>Медицина: этимология термина</i> . . . . .	240
<i>Западная и восточная медицина</i> . . . . .	241
<i>Нозология или гармонизация функций целого организма?</i> . . . . .	241
<i>Кому служит врач — здоровым или больным?</i> . . . . .	242
Медико-социальные состояния человека . . . . .	244
<i>Справедливость — основа любых действий</i> . . . . .	244
<i>Здоровье: медико-социальный аспект</i> . . . . .	246
<i>Болезнь — это стеснённая в своей свободе жизнь?</i> . . . . .	247
<i>Критическое состояние как противоестественное</i> . . . . .	249
<i>Стойкое вегетативное состояние</i> . . . . .	251
<i>Умирание и смерть: процесс, диагноз, состояние?</i> . . . . .	260
<i>Смерть как состояние</i> . . . . .	264
<i>Умирание как процесс</i> . . . . .	266
Пути расширения возможностей медицины . . . . .	270
<i>Медицина здоровья</i> . . . . .	271
<i>Удовлетворение больного</i> . . . . .	272
<i>Прочие пути</i> . . . . .	273

## **ЧАСТЬ II. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И ЭТИКИ**

<b>Глава 6. Осложнения и неблагоприятные исходы лечения</b> . . . . .	276
Осложнения: рационализм оценки и профилактики . . . . .	276
<i>Терминология проблемы</i> . . . . .	276
<i>Опасность</i> . . . . .	277
<i>Ошибка</i> . . . . .	278
<i>Осложнение</i> . . . . .	279
<i>Остаточные следствия</i> . . . . .	281
<i>Мнемограмма ошибок, опасностей и осложнений в медицине</i> . . . . .	282
Врачебные ошибки, дефекты, несчастные случаи . . . . .	284
<i>Дефект медицинской помощи</i> . . . . .	284
<i>Несчастный случай в медицине</i> . . . . .	285
<i>«Человеческие» ошибки</i> . . . . .	287
Схема анализа осложнений и ошибок . . . . .	290
<i>Главные причины осложнений</i> . . . . .	291
<i>Физиологические механизмы развития осложнения</i> . . . . .	292
<i>Время и место возникновения</i> . . . . .	292
<i>Прогностический аспект</i> . . . . .	293
<i>Правильность и своевременность медицинских действий</i> . . . . .	293
Неблагоприятные исходы в медицине . . . . .	294
<i>Смерть как неблагоприятный исход</i> . . . . .	295
Стандарты в медицине как фулпруф . . . . .	296
<i>Терминологический экскурс</i> . . . . .	296
<i>Главные цели стандартизации в медицине</i> . . . . .	298
<i>Видимые недостатки стандартизации</i> . . . . .	302
<i>Юридические аспекты</i> . . . . .	304
<b>Глава 7. Нужны ли клинические эксперименты для развития медицины?</b> . . . . .	307
Терминология и классификация . . . . .	308
<i>Классификация</i> . . . . .	309

<i>Аутоэксперименты</i> . . . . .	311
<i>Эксперименты на животных</i> . . . . .	314
Регламентация клинических экспериментов . . . . .	317
Этические и юридические требования . . . . .	321
<i>Г. К. Бичер, анестезиолог и этицист</i> . . . . .	322
<i>Специфика клинических экспериментов в МКС</i> . . . . .	324
<i>Проведение реанимации</i> . . . . .	325
<i>Неотложная интенсивная терапия и анестезия</i> . . . . .	326
Риск эксперимента и безопасность больного . . . . .	327
Схема легализации экспериментов . . . . .	328
<b>Глава 8. Окончание жизни: этические и юридические проблемы</b> . . . . .	338
Философия и психология смерти . . . . .	340
<i>Этюд об Уильяме Ослере</i> . . . . .	341
<i>Этюд о Роджере Боуне</i> . . . . .	343
Радикальная или комфортная терапия умирающим больным? . . . . .	347
<i>Комфортный поддерживающий уход за умирающим больным</i> . . . . .	347
<i>Этические и юридические проблемы</i> . . . . .	350
<i>Этюд об Элизабет Кюблер-Росс</i> . . . . .	350
Хоспис и паллиативный уход: альтернатива эйтаназии (клинический, этический и юридический аспекты) . . . . .	353
<i>Терминология и история</i> . . . . .	354
<i>Хоспис: современная идеология</i> . . . . .	359
<i>Паллиативное лечение</i> . . . . .	363
Эйтаназия и самоубийство с помощью врача . . . . .	363
<i>Терминологический экскурс</i> . . . . .	363
<i>Классификация эйтаназии</i> . . . . .	369
<i>Контингент для эйтаназии</i> . . . . .	371
<i>Юридические аспекты</i> . . . . .	371
<i>Перспективы легализации эйтаназии</i> . . . . .	374
Траурный уход из жизни обязателен? . . . . .	379
<b>Глава 9. Медицинская агрессия в операционной и сходных местах: этические и юридические аспекты</b> . . . . .	383

Анестезиологическое пособие:	
<i>от хирургического обезболивания</i>	
<i>к управлению жизненными функциями</i> . . . . .	384
<i>Историческое развитие анестезиологии</i> . . . . .	385
Профилизация МКС: достоинства	
и неблагоприятные следствия . . . . .	390
<i>Этические проблемы профилизации</i> . . . . .	392
<i>Анестезиолог, реаниматолог: дефис,</i>	
<i>запятая или?</i> . . . . .	393
<i>Деперсонализация анестезиолога</i> . . . . .	394
АПАК: рационализм в ущерб	
психологическому контакту . . . . .	397
Качество анестезиологического пособия	
в операционной и вне её . . . . .	399
<i>Операционный стресс</i> . . . . .	399
<i>Сознание, сохраняющееся при наркозе</i> . . . . .	401
<i>Упреждающая аналгезия</i> . . . . .	405
<i>Повышение качества анестезиологического</i>	
<i>пособия: прочие способы</i> . . . . .	406
Обеспечение безопасности больного	
и анестезиолога . . . . .	408
<i>Обеспечение безопасности больного</i> . . . . .	408
<i>Безопасность анестезиолога</i> . . . . .	410
Юридическая оценка неблагоприятных	
исходов в операционной . . . . .	413
<i>Смерть в операционной</i> . . . . .	413
<i>Предупреждение смертельных исходов</i>	
<i>в операционной</i> . . . . .	416
<i>Смерть при амбулаторной операции</i> . . . . .	418
<b>Глава 10. Неотложная медицина: этические</b>	
<b><i>и юридические проблемы</i></b> . . . . .	423
Терминология и организация неотложной	
медицины . . . . .	423
Специфика неотложной медицины	
в юридическом аспекте . . . . .	425
Нарушение прав больных при неотложной	
помощи . . . . .	427
<i>Незнакомство с правами больных</i> . . . . .	427

<i>Невозможность информирования больных</i> . . . . .	428
<i>Неполучение согласия больного на медицинские действия</i> . . . . .	430
<i>Отказ больного от лечения</i> . . . . .	431
<i>Выбор лечебного учреждения</i> . . . . .	432
<i>Ответственность за нарушение прав больных</i> . . . . .	433
Причинение вреда здоровью граждан неправомерными действиями медицинского персонала . . . . .	433
<i>Уголовная ответственность за причинение вреда здоровью</i> . . . . .	435
Защита прав медицинского персонала неотложной помощи . . . . .	438
<i>Несовершенство неотложной медицины</i> . . . . .	438
<i>Вынужденное нарушение инструкций</i> . . . . .	440
Неоказание помощи больному . . . . .	441
<i>Разделение ответственности</i> . . . . .	441
Этические и юридические проблемы сердечно-лёгочной реанимации (СЛР) . . . . .	441
<i>Кому можно не начинать СЛР</i> . . . . .	442
<i>Прекращение неуспешной СЛР</i> . . . . .	443
<i>Психологические аспекты реанимации</i> . . . . .	443
<b>Глава 11. Перинатология: этические и юридические проблемы</b> . . . . .	446
Терминологический аспект . . . . .	446
Этическая и юридическая специфика родового и перинатального периода . . . . .	447
Родовая боль и эмоциональный дистресс рожениц . . . . .	449
<i>Аналгезия в родах: этические и юридические аспекты</i> . . . . .	449
<i>Этюд о Дж.Я.Симпсоне</i> . . . . .	450
<i>Эмоциональный дистресс роженицы</i> . . . . .	454
Эмоциональная жизнь плода и его права . . . . .	457
<i>Чувствительность плода</i> . . . . .	457
<i>Эмоциональный дистресс плода</i> . . . . .	458
<i>Пренатальное воспитание плода</i> . . . . .	459
<i>Права плода</i> . . . . .	461

<i>Противоречие интересов матери и плода</i> . . . . .	462
Использование тканей и органов плода и новорождённого . . . . .	463
<i>Значение альфа-фетопротейна</i> . . . . .	463
<i>Фетотерапия</i> . . . . .	464
Трансплантация тканей и органов плода или новорождённого . . . . .	467
Реанимация новорождённых при уродствах, несовместимых с жизнью . . . . .	469
<i>Этические основы</i> . . . . .	469
<i>Юридические основы</i> . . . . .	471
<i>Принятие решения</i> . . . . .	472

### **ЧАСТЬ III. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВРАЧЕЙ**

#### **Глава 12. Радости и печали медицинского образования** . . . . . 478

Принципы и методы получения современного образования . . . . .	478
<i>Терминологический аспект</i> . . . . .	478
<i>Ранняя профориентация</i> . . . . .	479
<i>Отсроченная профориентация</i> . . . . .	481
<i>Этюд о Н. И. Пирогове – педагоге</i> . . . . .	481
<i>Непрерывное образование и самообразование</i> . . . . .	488
Болонский процесс и медицинское образование в России . . . . .	490
<i>Этюд о В. Ю. Голяховском</i> . . . . .	493
Современные технологии образования . . . . .	495
<i>Интерактивность взамен дидактики</i> . . . . .	496
<i>Этюд об Л. Б. Наумове</i> . . . . .	497
<i>Кводлибет как форма интерактивности</i> . . . . .	498
<i>Информация из Интернета</i> . . . . .	500
<i>Симуляционная технология в образовании</i> . . . . .	501
<i>Модульная технология образования (МТО)</i> . . . . .	502
Дефекты современного медицинского образования . . . . .	503
<i>Примат информации в ущерб эвристике</i> . . . . .	504
<i>Алгоритм и программированное решение</i> . . . . .	506
<i>Технобожие – одна из основ образования</i> . . . . .	506

<i>Антидубитация опасна</i> . . . . .	507
<i>Оценка квалификации (лицензирование)</i> . . . . .	507
<b>Формы непрерывного последиplomного образования</b> . . . . .	512
<b>Этические и юридические проблемы медицинского образования</b> . . . . .	515
<b>Преподавание медицинского права и этики</b> . . . . .	517
<i>Юридические аспекты</i> . . . . .	524
<i>Смертельные исходы</i> . . . . .	526
<i>Этические аспекты</i> . . . . .	526
<b>Глава 13. Профессиональный отбор в медицине</b> . . . . .	531
Терминология и история профотбора . . . . .	531
<i>Этюд о Хуане Уарте</i> . . . . .	532
<i>Этюд об Иоганне Г. Песталоцци</i> . . . . .	534
Профотбор в российской медицине . . . . .	535
<i>В профотборе не боялись отсева</i> . . . . .	537
Принципы профессионального отбора . . . . .	539
<i>Классификация профессий</i> . . . . .	539
<i>В.Н.Татищев в истории профотбора</i> . . . . .	541
<i>Методология профотбора</i> . . . . .	543
<i>Психофизиологическое тестирование</i> . . . . .	551
Принципиальные требования к отбору врача . . . . .	554
<b>Глава 14. Синдром профессионального выгорания: медико-социальные, этические и юридические аспекты</b> . . . . .	558
Суть синдрома профессионального выгорания и история его изучения . . . . .	558
<i>Эпидемиология, клиника и диагностика СПВ</i> . . . . .	560
Здоровье медицинского персонала . . . . .	562
Меры профилактики и лечения СПВ . . . . .	566
<i>Этюд о Феликсе Кривине</i> . . . . .	567
Этические и юридические аспекты СПВ . . . . .	569
<b>Глава 15. Гуманитарное образование в становлении врача: что, где, когда и кто</b> . . . . .	571

Сушность гуманитарного образования:	
<i>терминологический аспект</i> . . . . .	572
<i>Именно гуманитарное образование делает</i>	
<i>специалиста человеком</i> . . . . .	574
<i>Роль гуманитарного образования по Платону</i> . . . . .	575
<i>«Последователи» Платона в России</i> . . . . .	577
<i>Гуманитарное образование за рубежом</i> . . . . .	581
<i>Роль духовности</i> . . . . .	583
Культура медицины . . . . .	585
<i>Образование врачей прошлого</i> . . . . .	586
<i>Гуманитарии у истоков критической медицины</i> . . . . .	588
<i>Бурный рост наук и его следствия</i> . . . . .	589
Необходимость гуманитарного образования	
для врача . . . . .	594
<i>Образование, культура и нравственность</i>	
<i>не заменяют друг друга</i> . . . . .	595
<i>Способы насаждения культуры в медицине</i> . . . . .	603
<i>Нарратология в гуманитарном образовании врача</i> . . . . .	606
Изложение пациентом своей болезни:	
<i>оценка достоверности</i> . . . . .	608
<i>Нарратология и таксономия</i> . . . . .	610
<i>Объективны ли А. Франк и А. Хоукинс</i>	
<i>в патографии?</i> . . . . .	611
<i>Опорная нога Оливера Сакса</i> . . . . .	614
<i>Ветеринарный подход к медицине</i> . . . . .	618
<i>Заключение</i> . . . . .	620
Гуманитарное самообразование —	
единственный путь для врача . . . . .	621

## **Глава 16. Интеллигентность врача:**

<i>исторический и этический аспекты</i> . . . . .	623
История и терминология проблемы . . . . .	623
<i>П. Д. Боборыкин и термин «интеллигенция»</i> . . . . .	624
Взлёты и падения российской интеллигенции . . . . .	630
<i>Этюд об А. А. Богданове</i> . . . . .	632
<i>Этюд о В. П. Смольникове</i> . . . . .	634
<i>Кончина П. Д. Боборыкина и его жены</i> . . . . .	637
Характерологические черты интеллигента . . . . .	639
Интеллигентность и медицина . . . . .	645

Медицинский труэнтизм и его роль	
в медицинской этике и праве . . . . .	647
<i>История и терминология проблемы</i> . . . . .	647
<i>Коллекция по медицинскому труэнтизму</i> . . . . .	653
Медицинский труэнтизм и кентавристика . . . . .	654
<i>Хирон и другие кентавры</i> . . . . .	655
<i>Кентавризм и кентавристика</i> . . . . .	657
<i>Каковы источники и причины медицинского</i>	
<i>труэнтизма?</i> . . . . .	659
<i>Нужен ли медицинский труэнтизм сегодня?</i> . . . . .	662
<b>Благополучие врача и искусство общения</b>	
<b>с больным (вместо Заключения)</b> . . . . .	668
Благополучие врача . . . . .	668
Искусство общения с больным . . . . .	676
<i>Как можно сегодня реализовать</i>	
<i>психологический контакт?</i> . . . . .	676
<i>Этюд об Н.А.Магазанике</i> . . . . .	677
<i>Св. Лука и начало учебного года</i> . . . . .	679
<i>Будем веселиться: ритуал БЕАНИЙ</i> . . . . .	684
<b>Summary and Contents in English</b> . . . . .	687
<b>Приложения 1–11</b> . . . . .	694
<b>Литература</b> . . . . .	782
<b>Предметный указатель</b> . . . . .	807
<b>Указатель имён</b> . . . . .	828





## КОМУ ЗАКОН НЕ ПИСАН (вместо Введения)

Поместив в названии этого вводного раздела книги часть легко узнаваемой русской пословицы, автор отнюдь не собирается посвящать свои рассуждения развенчанию дураков, тем более что эта пословица относится не только к ним, как убедится читатель далее. Даже эмблема заголовка свидетельствует, что вводный раздел книги написан для умных, любопытных, всматривающихся вдаль людей.

И чтобы не томить неизвестностью этих любопытных читателей, мы дадим им сразу здесь схему Вводного раздела книги, нарушая общепринятые традиции.

Мы собираемся обсудить во Введении к этой книге следующие темы:

- \* что такое закон и мораль?
- \* медико-социальные революции последних десятилетий как фон для медицинского права и этики;
- \* модели взаимоотношения *врач — больной* и в связи с этим — этюд о В.И.Дале;
- \* психологический контакт — это основа любой соционимической профессии;
- \* для кого и зачем пишутся законы?

Прежде чем начать выполнение такой программы, автор напоминает читателю, что очередная книга «Этюдов», как и две предыдущие книги в этой серии, не учебник и не справочник. Это только этюды (эссе), где преобладает личное мнение автора, с которым он знакомит читателя,

но не навязывает своё мнение ему. И стиль изложения материала, имеющий свою конкретную сверхзадачу, которую автор раскроет в самом конце книги, сохранён в ней, как и в большинстве других наших книг. Читатель, жалеющий время на гуманитарные вставки, может их спокойно пропускать — мы не будем на него в обиде, потому что, подобно Я. Б. Княжнину, делим всех читателей на три группы:

- одни читают, но не понимают;
- другие читают и понимают прочитанное;
- третьи же читают и понимают не только написанное, но даже и то, что автор не писал, но что может быть прочтено между строк.

Трудно ли догадаться, какую группу читателей мы предпочитаем? Ещё легче автору осознать, что его стиль изложения материалов нравится далеко не всем читателям, которые конечно же имеют право на выбор.



*Я. Б. Княжнин*

Воспользовавшись возникшей паузой, отметим, что упомянутый Яков Борисович Княжнин (1742–1791) мало знаком нашему читателю, хотя в эпоху Екатерины II он был известным драматургом, писателем, поэтом, академиком Российской Академии наук при президентстве Е. Р. Воронцовой-Дашковой (см. в [73]). Я. Б. Княжнин не дожил до 50 лет, но успел очень много: быть переводчиком с нескольких языков, написать десятки собственных книг и водевилей, покра-

соваться на самом верху и посидеть в тюрьме, выйти из нее и засверкать снова.

Он был в числе тех нескольких участников заседания Академии (1783), когда президент предложила использовать в создаваемом впервые толковом «Словаре Академии Российской» букву ё, до того не существовавшую. Однако

широкое воспроизведение буквы *ё* в российской полиграфии начинается лишь с Н. М. Карамзина (1796), который был пропагандистом предложения Е. Р. Дашковой. Сегодня есть и сторонники, и противники использования буквы *ё*. Ей ставят памятники (например, в Ульяновске), но и поносят как антирусскую выдумку в статьях и даже монографиях — есть и такие, например, книга на 248 страниц Е. В. Пчелова (или Пчёлова?) (М., 2000). В «Правилах русской орфографии» (1956) эту букву полагается ставить в 3 редких случаях, а в остальных — не обязательно. Однако в издании «Правил» 2006 г. рекомендации использовать букву *ё* значительно расширены, хотя пока ещё не узаконены. Во всех книгах, полиграфия которых подвластна нашему контролю, буква *ё* ставится везде, где она звучит, так как считаем это более точным воспроизведением русского языка и подчёркиванием уважения к читателю. Однако мы никого не уговариваем использовать *ё* и не воюем с теми, кто не считает нужным это делать. И осёл, стоящий в именительном падеже, не должен считаться *осевшим* из-за лени писателя применить букву *е* с диэрезисом в виде двух точек, стоящих над нею.

## Что такое закон и мораль?

Каждый человек имеет собственные взгляды на себя и на своё окружение. По мере воспитания, образования, роста самосознания эти взгляды могут меняться, но они всегда отражают и мораль *отдельной личности*, и мораль общества, современного *этой личности*.

Договоримся, что **мораль — это совокупность принципов и норм поведения, принятых в данный момент в конкретной общности людей.**

Не будем говорить, хороша или плоха мораль у людей разных возрастных групп, полов, профессий и т. п., но подчеркнём, что она часто бывает *разная*.

Мораль можно воспитывать, изучать, и наука о морали как раз и называется *этика*. За мораль каждой личности и общества в целом ответственны и все, и никто, потому что мораль индивидуальна по своей изначальной сути.

Однако от плохой морали отдельных граждан могут страдать другие граждане и общество в целом. Поэтому в ходе истории человеческой цивилизации возникли **законы**, которые принципиально отличаются от морали тем, что они всеобщие и обязательны к исполнению.

Приводим определение термина *закон*:

***Закон — это обязательное правило поведения людей и общественно-правовых отношений, установленное и контролируемое государством.***

Корень «кон» входит не только в слово *закон*, но и в такие русские слова, как *конец*, но может также обозначать и начало — *искони, испокон*. Исчезнувшее из современного русского языка слово *покон* означает *обычай, начало* [212, т. 1, с. 314—315]. Как можно видеть, даже этимология\* слова подчёркивает, что **закон** есть начало и конец всего, т.е. допустимый лимит в отношении людей друг к другу.

Договорившись о сути морали и закона, мы теперь обсудим фон, на котором располагаются сегодня медицинское право и этика. Это естественно, что нарушения морали и закона в медицине неизбежно должны быть связаны с состоянием всего общества.

Было бы самонадеянным кощунством, если бы автор этой книги попытался охарактеризовать в целом мораль и законы человечества настоящего времени. Мы только попытаемся рассмотреть те глобальные медицинские и социальные изменения, которые произошли в обществе и которые автор считает общим фоном, существенно влияющим на медицинскую этику и медицинское право. Эти изменения, произошедшие в обществе за последние несколько десятков лет, мы называем **медико-социальными революциями** и насчитываем таковых по меньшей мере четыре.

---

\* Напоминаем, что этимология — это учение о происхождении слов: от греч. ἔτυμον/этимон — *первооснова, истина*.

## Медико-социальные революции как фон для медицинского права и этики

Прежде чем конкретизировать свои взгляды на суть этих революций, давайте поначалу рассмотрим этимологию термина **революция**, чтобы заранее обозначить акценты наших последующих рассуждений.

*Революция* происходит от французского слова *revolution* — *переворот*, образованного в свою очередь из латинского *revolare* — *скатываться назад, обратно*. Обращаем внимание читателя, приученного к пафосному звучанию слова *революция*, что его латинское происхождение должно подчеркивать не движение вперёд, а совсем в обратную сторону. Если добавить к этому, что *переворот* по-гречески — это катастроφή/катастрофи, что означает *гибель, истребление, разрушение*, то отношение автора к революциям любого рода прояснится.

Альтернативой *революции* является *эволюция* (от лат. *evolutio* — *развёртывание, постепенное раскрытие* — рулона, событий, явлений). Что касается состояния общества, то эволюционный путь развития существенно замедлен в сравнении с революцией, но зато чреват гораздо меньшим количеством ошибок, несчастий и осложнений.

Попытаемся обозначить упомянутые четыре революции в современной медицине и обсудить их прогрессивное и регрессивное значение для развития общества, для здоровья людей, для взаимоотношения больных и медицинских работников, а также последних между собой.

Суммируем их вначале в таблице 1 и отметим в каждой из революций её положительные следствия *курсивом*, а отрицательные выразим прямым шрифтом. Сразу видно — даже по шрифтам, — что в каждой из рассмотренных революций отрицательные следствия преобладают.

Таблица 1

### Медицинские революции XX—XXI вв.

#### 1. Рост техницизма в диагностике и лечении

\* *расширение курабельности*

- \* рост безопасности при снижении осмысления
- \* сокращение психологического контакта

## **2. Медико-индустриальный комплекс с ростом взаимной анонимности**

- \* *улучшение и ускорение результатов лечения*
- \* приоритет соматики над психикой
- \* сокращение психологического контакта

## **3. Здоровье — это товар со всеми его свойствами**

- \* *борьба за качество*
- \* рост рекламы
- \* снижение доверия к медицине

## **4. Приоритет стандартов и протоколов**

- \* *фуллруф для больных*
- \* усреднённость больного
- \* сокращение психологического контакта

Теперь обсудим перечисленные положительные и отрицательные следствия каждой из этих революций.



## **Рост техницизма**

**Первая медицинская революция** — это безудержно возрастающая технизация диагностического и лечебного процесса.

Внедрение техники в медицину за прошедшие два века происходило эволюционным путём — соответственно постепенному развитию физики, химии, механики, электроники, и всё это несомненно способствовало постепенному расширению возможностей медицины и росту её эффективности. Однако в последнюю четверть века технизация медицины приобрела характер революционного скачка, который, впрочем, наблюдается и в других разделах человеческой деятельности, а не только в медицине.

Как и всякий революционный сдвиг, техницизм способствовал не только расширению возможностей медицины, но имел и отрицательные последствия.

Перечислим сначала *положительные следствия* этой революции, которые мы назвали *расширением курабельности*.

1. Ускорилась и стала более точной медицинская диагностика, и появился непрерывный контроль динамики патологии – мониторинг.

2. Возникли принципиально новые пути в лечебной стратегии и тактике, благодаря чему сократилось число инкурабельных по прошлым представлениям болезней и ранее иноперабельных больных.

Именно в связи с несомненной полезностью для человечества этой медицинской революции требуется наше внимательное осмысление всей проблемы техницизма, чтобы не пропустить его отрицательных эффектов, сократить их и тем самым увеличить общую пользу технической революции.

Рассмотрим теперь эти *отрицательные следствия* первой медицинской революции.

1. Новые технические возможности позволяют врачу обеспечивать безопасность медицинских действий даже при неполном познании физиологических механизмов патологии. Иначе говоря, техницизм позволяет рукам опережать голову при сохранении реальной, а возможно и мнимой, безопасности больного.

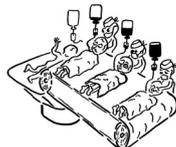
2. Прекрасная техника, окружающая врача и больного, позволяет врачу сократить свои размышления, создавая далеко не всегда обоснованное ощущение силы и могущества медицины и её служителей в предупреждении осложнений и неблагоприятных исходов медицинских действий. В известной мере это ощущение подавляет существовавший многие годы примат тезиса *знание – сила* над тезисом *сила есть – ума не надо*.

3. Увеличилась инвазивность методов медицины, потому что техника и успехи медицины критических состояний (МКС) позволили успешно, по крайней мере на первый взгляд, преодолевать опасные следствия инвазивности и увеличения общей агрессии в медицине. Проведённый четверть века назад один из Ежегодных Петрозаводских октябрьских трёхдневных семинаров службы ИТАР (интенсивная терапия, анестезия и реанимация) Карелии так и назывался – *«Инвазивность и её альтернатива в медицине критических состояний»*. Дискуссии на семинаре показали,

что во всех разделах МКС прекратился поиск неинвазивных методов и даже существующие действенные неинвазивные альтернативы почти не используются.

4. Сокращается психологический контакт между врачом и больным, потому что даже собирание анамнеза нередко сводится к заполнению больным или его родственниками распространяемой заранее анкеты, данные которой вводятся в компьютер, нередко минуя их осознание врачом.

## Медико-индустриальный комплекс — основа современной медицины



На смену лично-доверительным отношениям врача и больного пришла вторая революция, которую мы обозначаем как **медико-индустриальный принцип взаимно анонимного обслуживания больных**. Под этим длинным названием подразумеваются три характерных явления современной медицины.

1. Создаются хорошо оснащённые, рационально построенные и высокорентабельные лечебно-диагностические комплексы, позволяющие с должной степенью безопасности и пользы пустить на массовый поток процесс диагностики и лечения болезней.

2. Возрастает количество проходящих через медико-технологические процессы больных, о которых чётко известны их паспортные, физиологические, биохимические и прочие соматические данные, но не личностные характеристики, поскольку для установления диагноза и проведения лечения *психологические данные* в подобном высокоэффективном индустриальном комплексе не требуются.

3. Количество консультантов, исследований, приборов и обслуживающих их медицинских работников столь велико, что больной затрудняется выделить среди них *главного человека*, ответственного за ликвидацию тех жалоб и неприятностей, с которыми больной пришёл в этот медико-индустриальный комплекс, отдавшись ему безоглядно. С другой стороны, увеличение числа больных и сокращение времени контакта врача с каждым из них

превращает пациентов в безликую массу, которую врач различает не по личностным особенностям больного, а по главному синдрому патологии. Вы думаете, это случайно, что в последние годы в США и некоторых других странах появилась медицинская специальность *врач-госпиталист* (hospitalist)? Что в 2006 г. врачи-госпиталисты получали годовую зарплату в среднем по США \$189.677, т.е. значительно больше, чем получает семейный врач, психиатр, детский нефролог, эндокринолог и др. [226]? И что одна из главных обязанностей врача-госпиталиста — это контроль комфортности больного, т.е. проблемы, не относящиеся к технологии специализированного отделения, в котором больной не находит *человека* — врача или сестру, заинтересованных в личности больного, а не в его синдроме!

Да и как реализовать личностный контакт — для этого ведь надо разговаривать, а всю соматику можно измерить и зафиксировать точными приборами!

Основная польза такой медицинской революции — это более высокая рентабельность лечебно-диагностического процесса, охват огромного количества здоровых и больных людей профилактическими, диагностическими и лечебными мерами. В конечном счёте эффективность, рационализм и экономичность медицины от этого возрастают. Авторитет медицины и врачей тоже растёт?

Главное отрицательное следствие этой революции — дальнейшее сокращение психологического контакта между больными и медицинским персоналом. Мы повторим, что это вторая по важности причина конфликтов в медицине.

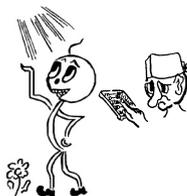
***Пикантная информация для любознательных.*** Создатель идеологии персонального компьютера и его первого промышленного образца «Альтаир-8800» Генри Эдвард Робертс (H. E. Roberts) родился в 1942 г. Будучи дипломированным инженером, владельцем производства персональных компьютеров, он привлек к себе студента Билла Гейтса и в компании с ним организовал знаменитый «Microsoft». Все знают, чем это кончилось, но далеко не всем известно, что в 1986 г. Г.Э.Робертс продал свою долю в компании, поступил в захолустную медицинскую школу, закончил её, а потом резидентуру по внутренним болезням. С тех

пор он успешно работает сельским врачом в небольшом посёлке Кохран (около 4500 жителей) в штате Джорджия. Компьютер он использует только для внесения регистрационных данных о своих больных и динамики этих данных. Его психологический контакт с больными идеален, его медицинский авторитет очень высок.

Делайте выводы, которые подскажет вам ваша сообразительность, а мы вернёмся к доктору Робертсу в совсем другой книге, которая ещё только пишется.

## **Здоровье — это товар со всеми его свойствами**

Как и другие продукты материального и духовного производства, здоровье имеет стоимость, пропорциональную вложенному труду и материальным ценностям. Следовательно, третья медицинская революция конца XX в. делает больного обычным *потребителем, клиентом\**, который за свои деньги — личные, общественные или государственные — должен получить товар (медицинскую услугу), адекватный вложенным затратам.



Получение товара и услуг потребителями во всём мире очень давно и достаточно чётко регламентируется и контролируется существующими законами, традициями и обычаями. Однако медицина во все времена была близка (и по происхождению, и нередко по сути) с религией, и потому тезис, что *здоровье и медицинская услуга — это товар*, нечасто конкретизируют в столь грубой форме.

Есть ли положительные следствия от осознания здоровья как товара? Полагаем, что есть.

Если раньше мы стремились улучшить здоровье больного в силу самого предназначения медицины и её служителей, то сегодня надо бороться за качество товара. Следовательно, нужны критерии качества, бережное отношение потребителя (т.е. больного) к своему товару (т.е. здоровью), своевременное выявление вины потребителя в

\* От лат. *cliens* — *находящийся под покровительством*.

неправильном или даже преступном обращении с товаром, пусть даже своим собственным.

Потребовалась реклама товара, оценка и выявление причин его порчи, неправильного использования и т.д.

Способствует ли эта революция приоритету медицины над сферой бытового обслуживания (парикмахерские, прачечные, магазины, столовые), над сферой производства (пошивочные мастерские, фабрики и пр.) и т.п.? Реальны ли в этих условиях когда-то существовавшая близость и пиетет\* в отношениях врача и больного?

## Приоритет стандартов и протоколов

Так можно обозначить четвёртую медицинскую революцию, которая, как и три других революции, рассмотренные выше, также ведёт к сокращению психологического контакта врача и больного. Более того, она превращает больного в *усреднённую медико-статистическую единицу*, которую надо обслужить по высшему (пусть даже усреднённому) качеству. К тому же, учитывая фактическое отсутствие профотбора в медицину, больного надо защитить от действий негодного (тоже усреднённого) врача, и *фуллпруф* в переводе с английского как раз и означает *защита от дурака* (foolproof).

Надо ли удивляться тому, что усреднённость больного, наличие обязательных стандартов, протоколов, формуляров сокращают психологический контакт между врачом и больным? Пусть эти меры дают значительно лучшую статистику в результатах лечения, в сокращении осложнений, летальности, но не следует ли нам поискать способы, которые, не снижая положительных следствий этой стандартизации, сократят её отрицательные эффекты?



---

\* Может быть, не все читатели знают, что пиетет — очень многозначное слово, и происходит оно от лат. pietas — *благочестие, добросердечие, преданность, справедливость, милосердие*. Все эти значения представляются нам вполне уместными в данном контексте.

## Мораль медико-индустриального комплекса

Можно сколько угодно не соглашаться и даже возмущаться этими представлениями автора о таком развитии медицины на стыке XX и XXI веков, но нам от них никуда не уйти. Сегодня реальность именно такова, и мы не должны делать вид, что её не существует. Наоборот, надо трезво оценивать неизбежность этих революций, их полезные результаты, но при этом искать и разумные пути сокращения и преодоления опасных для населения следствий этой неизбежной реальности.

Пусть эти медицинские революции в нашем описании несколько утрированы, пусть их наличие можно подвергнуть сомнению, если иметь в виду маленькие сельские больнички и другие всё более сокращающиеся островки старой доброй медицины недавнего прошлого. Но если осознать существующие сегодня тенденции, то в XXI век человечество вступило именно с той несомненно более эффективной медициной, которая содержится в очерченных выше рамках четырёх революций.

Читатель, пытающийся осмыслить эти не принятые в нашем обществе рассуждения, может подумать, что упомянутые революции относятся только к нехорошему западному миру, к *их* обществу, но не к *нам*, воспитанным в духе всеобщего братства и единства. Конкретизировав эту мысль на бумаге, автор даже не пытается её опровергать, полагая, что размышляющий читатель прекрасно сделает это сам.

Мы лишь отметим, что сам западный мир давным-давно понял пагубность этих следствий медико-индустриального комплекса и выдвинул особые, относящиеся к нему, этические принципы, хотя некоторые из предлагаемых пунктов требуют специального обсуждения. Судите сами, годятся ли нам все предлагаемые пункты этого кодекса [255].

\* Говорите только правду.

\* Помогайте людям купить то, что они хотят.

\* Стремитесь к выгоде: экономика, ведущая к дефициту, плоха для всех.

- \* Любите ближнего и будьте милосердны.
- \* Храните честь и достоинство своей профессии.
- \* Рыночные отношения хороши, но, обеспечивая их, соблюдайте права и высшие интересы больных.

Если кого-то из читателей все эти пункты, так и называющиеся «Мораль для медико-индустриального комплекса», полностью удовлетворяют и ему не требуются никакие дополнения, он может дальше не читать нашу книгу: он и без неё самодостаточен и мудр, а с остальными автор готов продолжать свои рассуждения, тем более что даже в капиталистическом мире и в наши дни (2006) звучит разочарование идеалами медико-индустриального комплекса [244].

Каждая из названных нами медицинских революций, её положительные и отрицательные следствия для общества и медицины подробно рассмотрены в соответствующих главах этой книги. В главах I части мы хотим ещё раз подчеркнуть, что основное негативное следствие всех медицинских революций, от которого проистекают многие этические и юридические несчастья, — это *сокращение или даже утрата психологического контакта между больным и врачом*. Мы бы даже назвали эту утрату контакта *катастрофой* и включили бы её как главу в чёткий перечень катастроф, описанных в книге Ричарда Гордона (см. о нём с. 678) «Великие медицинские катастрофы» [269]. Психологическому контакту врача и больного посвящён последний раздел этой вступительной главы, предназначенной вместо Введения.

Понимание необходимости технического прогресса в медицине и вместе с тем сожаление об утрате психологического контакта между врачом и больным подчёркивает в своей «Планете людей» писатель и лётчик Антуан де Сент-Экзюпери (1900–1940). Вот что он пишет: *«Я верю, что настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чём, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные и перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей, они вылечат его одной-единственной пилюлей. И всё же, если я заболел, то обращусь к какому-нибудь*

*старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает мне живот, приложит к лопаткам носовой платок и выслушает меня. Он кашляет, раскурит свою трубку, потрёт подбородок и улыбнётся мне, чтобы лучше утолить мою боль. Разумеется, я восхищаюсь Наукой. Но я восхищаюсь и мудростью... Единственная настоящая роскошь — это роскошь человеческого общения».*

Я. В. Смеляков (1913—1972) в своих стихах (1940), положенных на музыку Д. Ф. Тухмановым (р. в 1940) и ставших прекрасной песней, идёт ещё дальше [187]:

*Если я заболею, к врачам обращаться не стану.  
Обращусь я к друзьям (не сочтите, что это в бреду):  
Постелите мне стель, занавесьте мне окна туманом,  
В изголовье поставьте ночную звезду.*

И хотя мы не последуем сегодня поэтическим рецептам Я. Смелякова и не станем «бинтовать голову горной дорогой», но нам не помешает задуматься над тем, что важнейшей заботой современных врачей должна стать *реанимация психологического контакта* между врачом и больным. Этот контакт должен работать не *вместо*, а *вместе* с необходимым, но неодушевлённым техницизмом.

Медицина критических состояний, в которую мы включаем анестезиологию, интенсивную терапию (реаниматологию), неотложную (скорую помощь) и катастрофную медицину, и без того была лишена должного психологического контакта с больным. Причины этого мы рассмотрим в другой главе, но здесь отметим, что по уровню психологического контакта с больными и другие клинические специальности тоже приближаются сегодня к МКС.

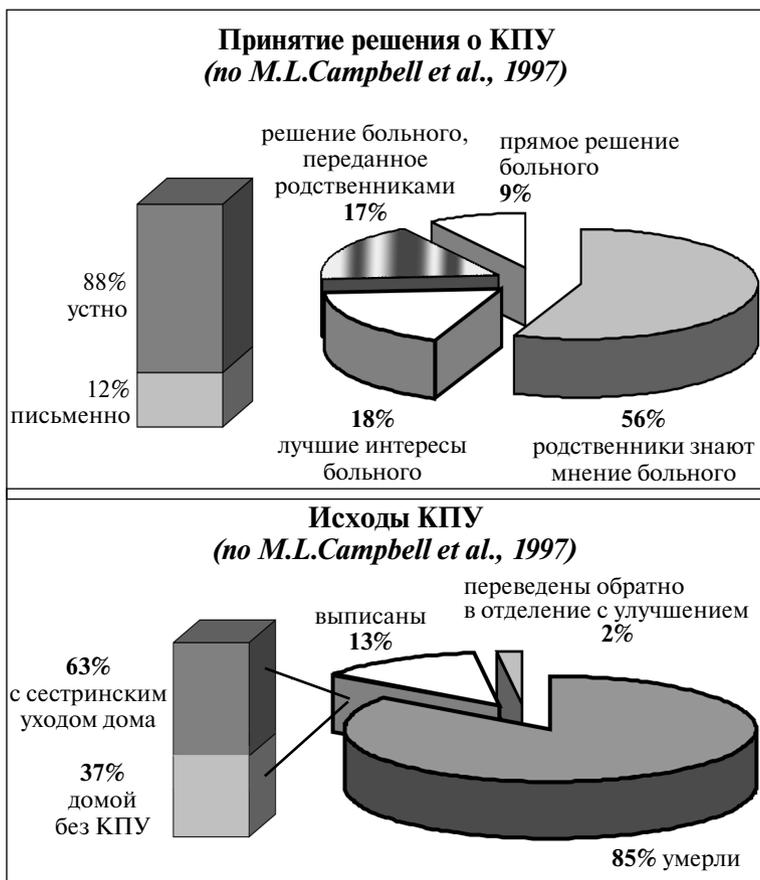
Какие существуют модели взаимоотношения между врачом и больным?

Поскольку утрата психологического контакта между врачами и больными есть главное отрицательное следствие

интенсивной терапии на КПУ, умерли 85%, а 13% были переведены в хоспис или домой. Но 2% были возвращены в отделение интенсивной терапии для проведения полноценной интенсивной терапии в связи с улучшением состояния больных в ходе КПУ. Вот почему нельзя выключать респиратор, когда спонтанного дыхания нет, – ради этих 2% больных.

Таким образом, КПУ не лишает больных шанса на лучший исход, если врачи ошиблись в диагностике или в больнице появились какие-либо специальные методы интенсивной терапии, отсутствовавшие ранее.

Приводим эти данные в графическом изображении.



Одним из результатов перехода на КПУ является сокращение расходов на здравоохранение. По данным M. L. Campbell и соавт., перевод 96 больных с интенсивной терапии на КПУ только за один год дал экономию \$531.920 [242]. Разумеется, и в США, и в России денежная экономия не является ведущим фактором в отказе на проведение интенсивной терапии, но она также должна учитываться.

## **Этические и юридические проблемы**

Решение о переводе умирающего больного на КПУ должен принимать сам больной или его законные представители по рекомендациям врача, который обязан дать всю необходимую информацию о характере патологии у больного и о прогнозе.

Не раз высказывалось мнение, что врачи не обязаны проводить бесполезную терапию, но, с другой стороны, никто и не отменял права больного требовать такую терапию, которая может продлить его жизнь, даже если окончательный исход предрешен.

Однако главное в уходе за умирающим человеком не только рационализм экономики и сокращение физических мук. Важна своевременная перестройка психологии человека, которому вскоре предстоит уйти из жизни. Мы уже упоминали в связи с этим искусство обеспечить человеку безболезненный во всех отношениях уход из этой жизни, когда писали об Уильяме Ослере, Роджере Боуне, и здесь считаем уместным поместить этюд о замечательной женщине-враче, всю жизнь совершенствовавшей это искусство безболезненного перехода и своей практикой, и учебными и научными работами, и самой своей жизнью и смертью.

## **Этюд об Элизабет Кюблер-Росс**

Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004), швейцарская девочка, одна из родившейся тройни, в 17-летнем возрасте побывала в освобождённом фашистском лагере смерти.

Там она обратила внимание на предсмертные рисунки детей, которые им было разрешено нарисовать перед помещением в газовые камеры, откуда никто никогда не выходил. Она удивилась, что почему-то большинство детей нарисовали летающих бабочек. Лиза заинтересовалась этим однотипным проявлением предсмертных минут, поступила на медицинский факультет Цюрихского университета, который окончила в 1957 г., вышла замуж и переехала в США.



Лиза заинтересовалась этим однотипным проявлением предсмертных минут, поступила на медицинский факультет Цюрихского университета, который окончила в 1957 г., вышла замуж и переехала в США.

Там она продолжила своё образование по психиатрии в Колорадском университете, стала лицензированным психиатром и увлечённо продолжила изучать психику умирающих больных.

Это было время, когда во всём мире считалось предсудительным вести разговоры о смерти и со здоровыми, и с больными, тем более умирающими людьми. Dr. E. Kübler-Ross, MD, доказала всю пагубность такого подхода и впервые предложила на научной основе типизировать психологические беседы с умирающими больными соответственно типу психики и образованию больного.

Она выделяла 5 стадий реакции больного на информирование его о диагнозе и неизбежном смертельном исходе.

*I — стадия отрицания:* больной не верит в информацию и считает, что диагноз ошибочен;

*II — стадия возмущения:* почему это произошло с ним, а не с каким-нибудь мерзавцем, который давно это заслужил; недовольство врачами, которые ничего не знают, не умеют и не хотят;

*III — стадия поиска:* попытка договориться с судьбой: если отменится смертный приговор Бога, Природы, то

сделаю (целый список обещаний), пожертвую (опять список); как самая ценная жертва – брошу пить, курить и ругаться матом и т.п. (мы адаптируем жертвы к России);

*IV – стадия депрессии*, отчаяние, возможны попытки самоубийства или преступлений;

*V – стадия примирения* с участью, до которой (по Кюблер-Росс) доходят только 2% умирающих.

Автор отмечает, что у Кюблер-Росс не обозначены два возможных исхода V стадии:

1) творческий отдых, покой, умиротворение, увлечение старыми хобби;

2) кипучие натуры берегут каждую минуту, усиленно трудятся, чтобы успеть завершить незаконченные дела.

Автор хотел бы подчеркнуть, что люди сделаны не по ГОСТу, и перечисленная психологическая стадийность умирания может быть иной в зависимости от двух обстоятельств:

\* рационального своевременного психологического вмешательства квалифицированного врача;

\* исходного психологического статуса пациента, который вдумчивый врач должен выявить заранее, чтобы его психологическое вмешательство было наиболее эффективным.

Мир оценил деятельность врача и профессора Элизабет Кюблер-Росс ещё при её жизни.

Она вела активную лечебную, учебную и научную работу. Проводила десятки симпозиумов во всём мире, опубликовала много книг и статей. Автор «Этюдов» в конце 1960-х годов всеми правдами и неправдами раздобыл микроплёнку первого издания её книги «On Death and Dying» («Смерть и Умирание») и с радостью сообщает, что сегодня эта книга (исправленная и дополненная в сравнении с 1969 г.) издана на русском языке [108].

Портрет Э. Кюблер-Росс находится в Национальном зале женской славы США (там есть ещё несколько знаменитых американок, в том числе врачей, о которых мы писали в другой книге [73]). Она действительный или почётный доктор нескольких университетов и доктор различных наук: медицины, права, гуманизма, гуманитарных

наук, литературы, гуманистической литературы, педагогики, теологии. Каждого из названных здесь дипломов по несколько штук, потому что одни и те же звания ей присуждали разные университеты.

Под конец жизни её потянуло к спиритизму – попытаться узнать, как в действительности происходил процесс перехода в лучший мир её подопечных?

В нашей коллекции по медицинскому труэнтизму спиритизмом всерьёз занимались три замечательных врача. Первый – Артур Конан Дойл, по медицинской специальности морской врач и офтальмолог. Вряд ли кто-нибудь усомнится в здравом уме и твёрдой памяти автора Шерлока Холмса и менее известной, но очень увлекательной научной фантастики. Два других – Раймонд Муди (*см. другую книгу «Этюдов» [76, с. 504–513]*), врач-психиатр, занимавшийся проблемой психики больных, перенесших клиническую смерть (познание терминального состояния), и Элизабет Кюблер-Росс, тоже психиатр. Её увлечение быстро погасил скандал с одним из спиритов, принявший уголовный характер.

Элизабет Кюблер-Росс перенесла несколько инсультов (один с гемипарезом), бросила свою активную работу и умерла в 78-летнем возрасте именно так, как хотела и описывала в своих книгах: дома, в окружении близких людей и животных, с чашечкой кофе и душевным контактом. Фотография на с. 351 как раз из этих последних дней.

### **Хоспис и паллиативный уход: альтернатива эйтаназии (*клинический, этический и юридический аспекты*)**

Распространено неправильное мнение, что хоспис – это больница для умирающих больных, для которых используется только паллиативная терапия. В действительности эти представления лишь частично соответствуют действительности, потому что хоспис – это принципиально новое социальное явление в обществе, которому в 2007 г. исполнилось только 40 лет.

## Терминология и история

*Хоспис* происходит от лат. hospes, обозначающего *гость, чужестранец*. Таким словом называли уставших или заболевших путников, пилигримов-паломников, которые в эпоху Средневековья находили приют или лечение в монастырях. Русское слово *богадельня* имеет сходное происхождение. По В.И.Далю, «богадельня — заведение для призора дряхлых, увечных и неисцелимых нищих; божий дом, божий приют». Постепенно из hospes возникло слово hospitalitas — *гостеприимство*.



Первый хоспис в современном значении этого слова возник в Великобритании в 1967 г.: мы не зря указали выше, что этому социальному феномену всего 40 лет, и его возникновение связано с именем Сисилии Саундерс (Сондерс, C.Saunders, 1918—2005), о которой, мы считаем, читателям полезно знать.

С. Саундерс получила вначале образование медсестры (1944), затем социального работника (1947) и лишь в 33-летнем возрасте начала изучать медицину и стала доктором медицины в 1957 г.

Через 10 лет С.Саундерс открыла свой хоспис (St. Christopher) и быстро прославилась своей необычной идеей и бескорыстным служением над её воплощением в жизнь. Воплощение шло через достойную смерть безнадежных больных, к которым в хосписе С. Саундерс никак не подходило определение *безнадежный* [190].

Общество красиво отметило её заслуги: личное дворянство от королевы Елизаветы II, орден «За заслуги» от неё же, звание Почётного доктора медицины от архиепископа Кентерберийского, портрет C.Saunders в Национальной

галерее, множество призов и наград за бескорыстный труд на благо общества.

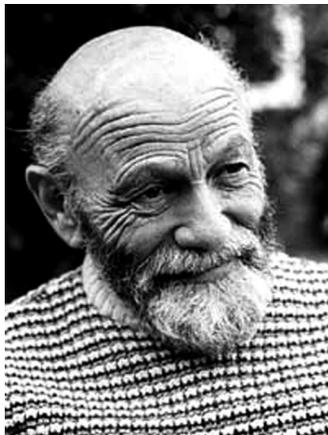
Она умерла в 87-летнем возрасте от рака в созданном ею хосписе Святого Христофора, положившего начало новой идеологии ведения умирающих больных.

В 1975 г. в хосписе С.Саундерс, работавшим ещё только первые годы, умерла от злокачественной меланомы с метастазами 25-летняя девушка Джейн Зорза. Умерла на глазах родителей — Виктора и Розмари Зорза, потрясённых не только смертью дочери, но и характером этой смерти: их дочь умерла счастливой, и они видели, что это не просто её слова, а суть её ухода из земного мира.

Розмари и Виктор Зорза опубликовали книгу «Путь к смерти: жить до конца», в которой изложили суть хосписа как принципиально нового медико-социологического феномена, касающегося всего человечества. Переведённая на многие языки мира книга подготовила почву для распространения хосписов, но потребовалась кипучая энергия Виктора Зорзы, чтобы идею реализовать так, как её задумала и реализовала С.Саундерс в первом хосписе Великобритании.

И Сисилия Саундерс, и Виктор Зорза были нестандартными людьми, потому что сколько бы ни говорили исторические материалисты, что историю создают народные массы, — это всего лишь заблуждение, а может быть, и сознательный обман, потому что принципиально новые идеи претворяют в жизнь личности путём увлечения масс.

Виктор Зорза (1926—1996), несомненно, был личностью, что он и доказал не только распространением хосписов по всему миру, но и другими событиями своей жизни. Мы уже рассказывали о нём [71], но хотим рассказать здесь ещё раз.



*В. Зорза*