



UNESCO Chair in Bioethics

INFORMED CONSENT

Editor:
Prof. Amnon Carmi

The International Center for Health, Law and Ethics
Faculty of law, University of Haifa, Israel

ISBN 5-94082-015-8

Научно-учебно-методическое пособие «Информированное согласие на медицинское вмешательство» предназначено для студентов медицинских вузов и врачей.

Перевод с английского данного издания выполнен студентами факультета подготовки научно-педагогических кадров и д.м.н. И.Г. Галем на кафедре медицинского права ММА им. И. М. Сеченова (под научной редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Ю.Д.СЕРГЕЕВА).

Издание книги на русском языке осуществлено под эгидой Национальной Ассоциации медицинского права.

Все права защищены.

Copyright © Unesco Chair 2003

Информированное согласие

Отдел Юнеско по биоэтике

Руководитель: Amnon Carmi

Координатор: H.Wax (Израиль)

Координационный комитет:

A.Carmi (Председатель)

M.Cotler (США)

S.Fluss (Великобритания)

G.B.Kutukdjian (Франция)

A.Okasha (Египет)

N.Sartorius (Швейцария)

Комитет по науке:

J.Arboleda-Florez (Канада)

J.Kegley (США)

T.Le Blang (США)

A.Piga (Испания)

Предоставление клинических случаев:

S.C.Ahuja (Индия)

A.T.Alora (Филиппины)

B.Arda (Турция)

K.Avasthi (Индия)

J.M.Bengo (Малави)

N.Biller-Andorno (Германия)

B.Dickens (Канада)

Y.Dousset (Франция)

G.Ermolaeva (Россия)

N.Ersoy (Турция)

T.W.Faict (Франция)

M.S.Fais (Западная Индия)

D.O.Juzwenko (Польша)

S.A.Kayuni (Малави)

R.Letonturier (Франция)
M.Ljochkova (Болгария)
F.Masedu (Италия)
R.Mlotha (Малави)
U.Modan (Индонезия)
S.Neel (Франция)
B. van Oorschot (Германия)
F. di Oro (Италия)
R.D.Orr (США)
W.P.Pienaar (Нидерланды)
J.Ramesh (Западная Индия)
R.Rudnick (Израиль)
R.Stefanov (Болгария)
A.Stija (Индия)
Y.Takeuchi (Япония)
M.Teshome (Эфиопия)
J.Vinas (Испания)
E.R.Walrond (Западная Индия)
F.A.Woo (Филиппины)

Дополнительные авторы:

R.Beran (Австралия)
J.Blaszezuk (Польша)
M.Guerrier (Франция)
S.Kietinum (Таиланд)
K.Meng (Корея)
I.A.Shamov (Россия)

Предисловие

к российскому изданию

Проблема получения информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство представляет собой сложный узел правовых, медицинских, этических, философских и деонтологических вопросов.

В Российской Федерации право граждан на информированное согласие и отказ от медицинского вмешательства закреплено в Законе РФ от 22 июля 1993 года «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее - Основы).

Информированное согласие - это добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, основанное на полученной от врача (медицинского работника) в доступной для понимания форме достаточной информации о возможных вариантах данного медицинского вмешательства, предполагаемых и альтернативных методах диагностики и лечения и их последствиях для здоровья. Информированное согласие является необходимым предварительным условием любого характера медицинского вмешательства. Иными словами, любые диагностические и лечебные мероприятия ни при каких условиях не могут быть выполнены без получения информированного добровольного согласия пациента, находящегося в таком физическом и психическом состоянии, которое позволяет ему адекватно оценить обстановку, отдавать отчет в своих действиях и выразить свою волю.

Следует напомнить, что законодатель в ст. 32 «Основ» установил конкретный возраст — 15 лет, по достижении которого сам пациент вправе самостоятельно

принять решение без уведомления родителей. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, опекуны) после сообщения им необходимых сведений. При отсутствии законных представителей, а равно в тех случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю (бессознательное состояние, шок, коллапс и т.п.), а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах пациента принимает консилиум. При невозможности собрать консилиум решение о медицинском вмешательстве принимает непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения, а также законных представителей пациента.

В соответствии со статьей 33 Основ гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства либо потребовать его прекращения. Исключение составляют лишь случаи, предусмотренные статьей 34 Основ, когда оказание медицинской помощи допускается без согласия граждан или их законных представителей в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, а также лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления).

Необходимо подчеркнуть, что в части 3 статьи 33 «Основ» определено право больничного учреждения, обратиться в суд для защиты интересов пациента при немотивированном отказе родителей (опекунов) от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни больного.

В представленном на русском языке издании приведены клинические случаи из практики высококвалифицированных врачей более чем 20 стран мира по актуальной проблеме получения информированного согласия пациента. Они обобщены моим коллегой и другом президентом Всемирной Ассоциации медицинского права профессором Амноном Карми. Убежден, что их изучение и углубленный анализ с учетом положений действующего российского законодательства позволит будущим врачам и действующим клиницистам принимать правильные, легитимные решения в многосложной практической работе, и будут способствовать обеспечению прав российских граждан в сфере охраны здоровья.

*Член-корреспондент РАМН,
заслуженный юрист России,
доктор медицинских наук
профессор **Юрий Сергеев**
президент Национальной Ассоциации
медицинского права,
заведующий кафедрой медицинского права
ММА им. И.М. Сеченова,
член Совета директоров WAML*

Москва, май 2004 года

Информированное согласие : описание клинических случаев

Введение

Постоянно увеличивающаяся мощность современной медицины и сложные социальные условия, в которых она функционирует, поднимают новые этические вопросы в отношении того, что справедливо, что законно, и что правильно в отношениях врача и пациента, личности и общества.

Огромные достижения медицинской технологии, высокая стоимость лечения, недостаточность ресурсов, возрастание общественных ожиданий и требований, а также смещение ценностей требуют быстрой оценки будущего медицинской системы и пересмотра некоторых устаревших принципов, или же их применения в современной ситуации.

Минуя политические решения, необходимо понимать основные принципы, применяемые для принятия решений в медицине, и что определяет решения, принимаемые сегодня. Очень важно для каждого из нас понимать, что существуют противоречия и конфликты между этими принципами.

Основные права человека основываются на признании его личностного статуса, неприкосновенности его жизни, того что он был рожден и всегда будет свободен. Уважение к этим правам гражданина становится тем сильнее, чем более он уязвим. Поскольку независимость и ответственность каждого человека, включая тех, кто нуждается в медицинской помощи, принимается как важный принцип, то участие в принятии решений относительно своего тела или здоровья, необ-

ходимо рассматривать как его неотъемлемое право.

Этические проблемы, возникающие из необходимости получения у пациента информированного согласия настолько различны, что по-видимому, 1-ю серию руководств по этике целесообразно посвятить именно этой теме. Необходимо ознакомить студентов-медиков с ситуациями, в которых после постановки предварительного диагноза наряду с медицинскими или хирургическими, требуется принятие этических решений. Это необходимо сделать задолго до того, как студенты сами возьмут на себя ответственность заниматься медицинской практикой. Предполагается, что «Информированное согласие» станет первой из серии сопроводительных руководств по этике. Каждое из этих пособий будет посвящено этическим проблемам, с которыми сталкиваются врачи, специализирующиеся в тех же областях медицины, что и эксперты, согласившиеся участвовать в составлении этих книг.

В заключение, выражаю свою благодарность и признательность за те материалы, которые я получил от многих авторов, сотрудничающих с отделом ЮНЕСКО. Их имена приведены в начале руководства. Различные страны, в которых они осуществляют свою профессиональную деятельность, а также их опыт является большим вкладом в данное руководство и позволяет надеяться, что содержание будет актуально во всем мире.

A.Carmi

Клинический случай № 1

72-летний фермер, имеющий троих детей, находится на лечении по поводу рака толстой кишки. Он описывал свои ощущения как «наличие каких-то масс в кишечнике», однако не знал о виде планируемого лечения.

На следующий день после операции дежурный ассистент хирурга посетил пациента для планового осмотра и обработки хирургического разреза. Пациент, ожидавший увидеть закрытый разрез, был испуган тем, что обнаружил открытую колоностому. Он спросил хирурга о «дырке в своем животе». Хирург вполне серьезно ответил: «Конец кишечника, который был прооперирован, сшит с передней брюшной стенкой. Теперь дефекация будет происходить в емкость, которую я прикреплю к колоностоме».

Удивленный и рассерженный пациент недоумевал «Кого Вы спросили прежде чем оставить данное отверстие?» Хирург ответил, что информацию о процедуре получил сын пациента. Пациент сильно рассердился: «Кто был прооперирован и имеет отверстие в животе – я или мой сын? Как Вы могли выполнить такую операцию не спросив меня? Я подам на Вас в суд!». Хирург, не ожидавший такой реакции, медленно стал объяснять пациенту причину наложения колоностомы и то, что прогноз заболевания неблагоприятный. После объяснения пациент сказал: «Если бы Вы мне сказали об этом раньше, я не стал бы кричать на Вас. Я не такой уж тупица, знаете ли, и мог бы это понять!».

Доцент Nermin Ersoy, Турция

Медицинское лечение становится делом, объединяющим доктора и пациента. Принятие решения о лечении может быть осуществлено только при сотрудничестве лечащего врача и больного, которые должны полностью доверять друг другу. Этот принцип основан на положении самоопределения, который подразумевает, что каждый человек несет ответственность не только за свои собственные действия, но также и свой организм и то, что с ним происходит с его разрешения. Следовательно, любое решение относительно выбора метода лечения пациента, должно приниматься при его участии, а врач принимает участие в качестве консультанта.

Цель принципа информированного согласия дает возможность пациенту рассмотреть, взвесить и соотнести преимущества и недостатки предлагаемого метода лечения для того, чтобы сделать разумный выбор и либо принять, либо отказаться от данного лечения. Грамотное использование данного принципа предотвращает или уменьшает возможность ошибок, небрежности, принуждения и обмана, а также стимулирует врача быть самокритичным. Но главной целью является обеспечение автономии пациента, его права на самоопределение, а также защиты статуса как самоуважающей себя личности.



Клинический случай № 2

Больной Н., 46 лет, отец двоих детей. В течение 3 лет состоит на учете у онколога в связи с наличием аденомы простаты. За время нахождения на учете опухоль малигнизировалась. Далее пациенту была выполнена простатэктомия. Перед операцией он был информирован о состоянии своего здоровья и предстоящей операции. Информированное согласие было получено.

Во время операции была обнаружена семинома. Хирург решил выполнить простатвезикулэктомию. В результате пациент подал на хирурга в суд, так как лечение повредило ему и нарушило репродуктивные возможности.

Проф. Gallina Ermolaeva, Россия.

Были ли правила информированного согласия выполнены в данном случае?

1. Да. Условия информированного согласия были выполнены, поскольку на основании медицинских данных заподозрить семиному было невозможно. Так как ее обнаружили во время операции, расширение вмешательства было правильным.

2. Нет. Условия информированного согласия выполнены не были, поскольку способность к оплодотворению является основополагающим правом и хирург мог отложить вторую операцию, чтобы получить у пациента информированное согласие. Ситуация не была экстренной и хирургический доступ к семиноме легко осуществим.

Что подразумевается под информированным согласием?

Для того, чтобы соблюсти законность полностью, согласие должно быть информированным.

Быть информированным – означает: знание, готовность, осмысление, намерение и понимание.

Решение и выбор не могут быть окончательными и приемлемыми пока они не основаны на знании. Ни одно согласие не может быть признано законным, если оно не исходит из готовности пациента.

Пациент должен быть способен полностью понимать значение информации, взвесить все «за» и «против», сделать выводы из полученных данных, разумно и рационально оценить обстоятельства и различные ситуации и принять свободно решение на основе доступной информации. Поэтому информация должна быть сообщена пациенту в том количестве, в котором он способен ее воспринять и в той форме, которая доступна для его восприятия.

Достаточно большое количество факторов может уменьшить способность пациента к пониманию, оценке и принятию решений, делая его неспособным к даче согласия. Болезнь может нарушить его мыслительные способности и действовать с полной ответственностью.

Согласие будет законным только в том случае, если оно дано при полном понимании и согласии с назначенным лечением.

Пациент не должен владеть большим количеством информации, чем требуется для понимания и принятия самостоятельного решения.



Клинический случай № 3

17-летняя девушка сбежала из дома со своим молодым человеком и затем была найдена. Молодой человек был арестован. Семья девушки категорически против их брака. Девушка предполагает, что ее старший брат может убить молодого человека, если узнает что она не девственница. Офицер полиции, пришедший к врачу, ответственному за проведение исследования, сначала поговорил с ним наедине. Он информировал доктора, что девушка не знает, что ее молодой человек уже женат. Доктор затем проинформировал девушку, что поскольку она не достигла восемнадцатилетнего возраста, ее семья вправе настаивать на проведении исследования на девственность. Доктор добавил, что данное исследование не может быть проведено без согласия пациентки, однако он не сможет подписать медицинское заключение без соответствующего исследования.

Доктор Berna Arda, Турция

Должен ли доктор сказать девушке, что ее молодой человек уже женат?

1. Доктор не должен говорить девушке о том, что ее молодой человек женат, так как данная информация не имеет медицинского значения и раскрытие ее приведет к нарушению права молодого человека на частную жизнь

2. Врач должен сказать об этом девушке в рамках доверительных отношений между врачом и пациенткой, а также потому, что молодой человек поступает нечестно.

Информация, которую необходимо довести до пациента.

Принцип информированного согласия требует, чтобы врач донес до пациента любую информацию, которая может быть рассмотрена как материал, позволяющий пациенту получить знания и принять разумное решение в отношении медицинской помощи и лечения.

С целью получения от пациента информированного согласия лечащий врач должен предоставить ему медицинскую информацию, описанную ниже.



Диагноз и прогноз состояния здоровья пациента

Клинический случай № 4

Миссис А.В., 39 лет, популярный портной, которая замужем 12 лет, сильно расстроена и находится в депрессии по поводу того, что не может забеременеть. Она прошла курс дорогостоящего лечения от бесплодия, которое оказалось неуспешным, возможно по причине эндометриоза, наличие которого также обуславливали усиливающиеся боли в области таза. В конце концов она приняла мнение своего доктора, что не сможет иметь детей и должна сделать «гистерэктомию» (hysterectomy), которая уменьшит боли и кровотечения, вызываемые эндометриозом, и улучшит качество ее жизни. Она была направлена к местному гинекологу и получила направление в госпиталь.

Гинеколог попросил семейного хирурга, молодого специалиста (интерна), провести предоперационное обследование и получить согласие на операцию. Молодой доктор изучил записи в истории болезни, подтвердил ее тяжелую депрессию и отсутствие результатов тестов на беременность за последнее время, а при обследовании подтвердил эндометриоз, однако нашел, что матка увеличена. Он запросил гинеколога о результатах теста на беременность. Гинеколог ответил, что беременность не предполагается и проведение теста не в интересах миссис А.В. Плод может быть серьезно поврежден как следствие состояния и возраста пациентки, а нарушение развития плода или аборт могут усугубить депрессию пациентки. Молодой врач (интерн) был послан получить согласие пациентки на гистерэктомию.

Проф. Bernard Dickens, Канада

Какую информацию молодой врач должен будет предоставить пациентке?

1. Он не должен раскрывать дополнительной информации, принимая во внимание просьбу гинеколога и тот факт, что миссис А.В. предварительно уже дала согласие на гистерэктомию. Поэтому раскрытие информации не будет соответствовать интересам пациентки.

2. Он должен сказать пациентке, что ее матка увеличена и что она, возможно, беременна. Доктор должен порекомендовать выполнить тест на беременность перед тем, как будет проведена гистерэктомия. Он не должен следовать настоящим просьбам гинеколога.

Его обязанности предоставить материалы (относящиеся к делу) для получения информированного согласия выходят за рамки его обязанностей поступить в соответствии с указаниями гинеколога.

* * *

Описание основных свойств, процесса, целей и предполагаемых выгод от перспективы предполагаемого лечения.

* * *

Опасности назначенного лечения, которые включают в себя побочные эффекты, боль и дискомфорт.



Клинический случай № 5

Миссис К.С., по профессии учительница, также солистка хора, обратилась к отоларингологу с многоузловым нетоксичным зобом, который увеличился в последнее время. Ей порекомендовали оперироваться еще пять лет назад, но она отказывалась, пока доктор не упомянул о возможности рака. Она была направлена в госпиталь для тиреоидэктомии, и сначала была осмотрена отоларингологом, а затем хирургом при помощи отоларинголога.

Сразу после операции у пациентки возникли проблемы с дыханием, и она была интубирована повторно.

На следующий день отоларингологом была выполнена трахеостомия. На шестой день она была экстубирована, на седьмой – выписана из госпиталя. В выписке отоларинголог отметил «медленное движение обеих голосовых связок». Через один год и три месяца она обратилась к другому доктору с жалобами на бронхоспазм. Через два дня после обращения ей был поставлен диагноз «стридор» и другой отоларинголог, давший консультацию по телефону, сказал, что произошло повреждение возвратного нерва во время операции. Еще один отоларинголог, осмотревший пациентку месяц спустя, отметил, что «голосовые связки фиксированы в срединном положении с очень узким просветом». Была предложена операция по разделению связок. Она была выполнена, но без положительного результата.

**Проф. E.R.Walrond, J.Famesh, M.S.Fairs,
Западная Индия**

Были ли правила информированного согласия выполнены в данном случае?

1. Нет. Правила информированного согласия выполнены не были, так как доктор должен был ознакомить пациентку с риском повреждения голосовых связок и должен был позволить ей принять решение в свете этого риска.

2. Да. Правила информированного согласия были выполнены. Это был экстренный случай, так как подозревался рак и доктор действовал в интересах пациентки.



Клинический случай № 6

Миссис Ч.Б., 55 лет, медицинская сестра, замужем, имеет приемного сына. В анамнезе: ревматизм в детском возрасте, осложненный эндокардитом, который привел к митральному стенозу и аортальной недостаточности в дальнейшем. По этой причине восемь лет назад она перенесла оперативное вмешательство. После операции начала антикоагулянтную терапию. Между тем, около трех лет назад ей был поставлен диагноз: «холодный» узел щитовидной железы. Несколько месяцев назад появились симптомы компрессии органов средостения, такие как дисфагия и надсадный кашель, которые постепенно увеличивались. Семейный доктор направил ее на консультацию к эндокринологу и кардиологу. Результаты обследования подтвердили, что ее состояние вызвано увеличением щитовидной железы. Однако после консультации в госпитале, первоначальная идея об операции была отвергнута, из-за риска злокачественного перерождения (5% риск) и/или профузного кровотечения во время операции как следствие антикоагулянтной терапии. Все эти основания и беспокойства были высказаны пациентке, однако она настаивала на срочной операции и надеялась на благоприятный исход.

Проф. Mariana Ljochkova, доктор Rumen Stefanov,
Болгария

Каким должен быть подход врача к данной пациентке?

1. Доктор должен сказать пациентке о всевозможном риске и отправить ее на операцию после получения информированного согласия.

2. Доктор должен отказаться в операции, так как ее выполнение нарушит принятые нормы безопасности клинического лечения.

3. Врач должен отправить пациентку к другому хирургу.



Клинический случай № 7

Миссис Р.Б., 25 лет, вторая беременность, одни роды, замужем в течение трех лет, пришла на прием для проведения антенатального исследования на шестой неделе беременности.

От первой беременности родился мальчик с врожденным пороком сердца. Ребенок умер в возрасте шести недель. Женщина очень обеспокоена исходом беременности. Были проведены всевозможные обследования, включая световое исследование, анализ на венерические заболевания. Все показатели в норме. Первый триместр прошел спокойно. При первом посещении врача была назначена фолиевая кислота по 5 мг. Во втором триместре на сроке 16 недель было проведено ультразвуковое исследование, которое не показало отклонений от нормы. Пациентка регулярно и спокойно проходила обследования до тридцать пятой недели, когда очередное УЗ-исследование показало наличие скрытой «спина бифида» (spina bifida).

Скрытая «спина бифида» может привести к дальнейшим проблемам с контролем мочеиспускания или проблемам с нижними конечностями. В данное время доступны методы неврологического и оперативного лечения.

**Доктор S.C.Ahuja, доктор Kumkum Avasthi,
Индия**

Насколько полная информация должна быть доведена до сведения пациентки и ее мужа?

1. Пациентке и ее мужу необходимо разъяснить понятие «спина бифида» и ее значение для плода.

2. Мужу необходимо предоставить всю информацию в отношении «спина бифида» и ее влияния на ребенка. Далее муж должен решить какой объем информации он предоставит жене.



Перспективы и опасности, имеющиеся в альтернативной медицинской помощи, или не оказании помощи

Вероятный новаторский характер лечения

В типичном случае лечения врач должен обеспечивать пациента все более и более специфичной информацией. С другой стороны он должен соблюдать баланс между погружением своего пациента в информацию, что снижает его способность принять рациональное решение, и ограничением информации для упрощения принятия решения.

Отсутствие достоверного информированного согласия: лечить или не лечить – вот в чем вопрос!

Клинический случай № 8

Миссис Х., 30 лет, замужем в течение 10 лет, нерожавшая, не могла забеременеть в течение 10 лет. В анамнезе есть меноррагии, врожденная дисменоррея в течение 2 лет. Исследование малого таза показало наличие равномерно увеличенной матки сроком 10 недель беременности, слегка напряженной. УЗИ-исследование, выполненное в медицинском колледже, выявило три интрамуральных узла размерами 2 на 3 см каждый. Анализ спермы ее мужа оказался в норме.

Пациентке предложена миомэктомия после проведения курса антибиотикотерапии. Перед операцией супружеская пара была проинформирована о том, что в небольшом количестве случаев возможно проведение гистерэктомии по причине профузного интра-операционного кровотечения. Они отказались от гистерэктомии, так как женщина предполагала в будущем забеременеть. По причине небольшого размера узлов, давление на пациентку в целях получения согласия на возможную гистерэктомию не оказывалось.

Во время лапаротомии под наркозом был обнаружен не миома матки, а аденомиоз. Никаких возможностей иссечь интрамуральное поражение не было. Пациентка не могла быть информирована, так как находилась под действием наркоза.

Врач связался с мужем и объяснил значение находки. Он рекомендовал полную гистерэктомию и запросил согласие у мужа. Согласие было получено.

Доктор Alka Stija, Индия

Должен ли был доктор выполнять операцию?

1. Нет, поскольку должен уважать право женщины на автономию и самоопределение. Согласие мужа недействительно.

2. Да, так как муж имеет право дать согласие на операцию, которую врач проводит по медицинским показаниям.



Клинический случай № 9

38-летний рабочий был госпитализирован при наличии в течение 3 недель слабости и симптомов простудного заболевания. У него была обнаружена тяжелая пневмония, и в течение 48 часов после госпитализации он был доставлен в отдел Интенсивной терапии с дыхательной недостаточностью, проводилось агрессивное лечение с применением антибиотиков, искусственной вентиляции и другие неотложные меры. Через 3 недели его состояние не улучшилось, и развилась полиорганная недостаточность (без развития сепсиса). Когда жену проинформировали о том, что шансы ее мужа выжить невелики, она попросила согласие на получение спермы мужа для последующего зачатия ребенка.

Она заявила, что они женаты 14 лет и не могли завести ребенка. После долгого сопротивления он несколько месяцев назад согласился пройти обследование у специалиста. После первых тестов проблем найдено не было и они согласились на проведение экстракорпорального оплодотворения через месяц. Однако эта процедура не состоялась по причине его болезни.

Женщина сделала запрос, так как ее муж желал иметь ребенка. Он был единственным сыном в семье и очень хотел продолжения своего рода. Его сестра, которая поддержала желание жены, подтвердила эти факты.

Robert D.Orr, США

Должен ли ее запрос быть удовлетворен?

1. Нет, так как ее муж не дал точного информированного согласия на выполнение данной процедуры.
2. Да, так как ее муж дал косвенное согласие на выполнение процедуры, дав согласие на проведение экстракорпорального оплодотворения.
3. Да, так как последующие юридические решения опираются на интересы будущего ребенка, желания женщины и уважение к материнству.



Клинический случай № 10

Мистер Д.Б., 52 года. Женат, имеет двоих детей, 12 и 14 лет. В анамнезе нестабильная гипертензия и хроническая обструктивная легочная недостаточность. Более того, 9 недель назад перенесен острый инфаркт миокарда. Лечение заключалось в наложении 2 стентов на коронарные артерии. С этого времени ежедневно принимает аспирин в малых дозах. Был госпитализирован неделю назад с острым тромбозом левой бедренной артерии. При поступлении отклонил предложение на инвазивное вмешательство, дав согласие на проведение только терапевтических мероприятий, таких как применение гепарина, стрептокиназы и сосудорасширяющих средств. Данное лечение к положительным результатам не привело, и в итоге развилась дистальная гангрена нижней конечности. Была проведена консультация с хирургом и предложена ампутация левой ноги. Пациент отказался, несмотря на предупреждение о возможном летальном исходе. Его жена попросила доктора выполнить операцию, не принимая во внимание отказ пациента.

Проф. Krystina Orzechowska Juzwenko, Польша.

Каковы действия хирурга?

1. Хирург должен информировать жену, что муж все знает и имеет право отклонить предложенное лечение, даже если это приведет к его смерти.

2. Хирург должен объяснить жене, что решение ее мужа отклонить лечение приведет к его смерти. Такое решение показывает некомпетентность мужа. Поэтому хирург должен выполнить операцию, несмотря на нежелание пациента.

3. Хирург должен информировать жену, что он проведет ампутацию, несмотря на точку зрения мужа, так как его действия осуществляются в интересах пациента.

4. Хирург найдет юридические меры для отмены решения пациента.



Клинический случай № 11

Миссис Е.Д., 69 лет, бывший менеджер банка. В анамнезе плохо корригируемый сахарный диабет в течение 18 лет. В последние 6 месяцев нуждается в гемодиализе дважды в неделю из-за финальной стадии почечного заболевания. Три дня назад госпитализирована по причине инфекционной незаживающей язвы на культе ампутированной левой ноги. Через два дня началась гангрена. Впоследствии после консультации с ее диабетологом, инфекционистом, хирургом и семейным врачом было принято решение об ампутации. Ее старший сын, врач, согласился с ампутацией, но предупредил, что никто не должен говорить об этом пациентке. Ей только скажут, что язва будет очищена хирургическим путем. В прошлом году, когда ее стопа должна была быть ампутирована, миссис Е.Д. отказалась дать согласие на операцию. Операция была сделана без ее согласия и потом пациентка была очень недовольна в течение нескольких дней, а затем поняла, что операция была необходима и больше не обвиняла врачей. Ее сын опасался подобной реакции и полагал, что сообщение приведет к еще большему стрессу. Ее муж и остальные дети согласились с таким решением.

Angeles Tan Alora, Филиппины

Должен ли хирург прислушаться к мнению сына и оперировать пациентку без ее согласия?

1. Хирург не должен оперировать пациентку без ее согласия, так как информированное согласие является фундаментальным, этическим и юридическим правом.

2. Хирург должен оперировать пациентку без ее согласия, так как обсуждение этого вопроса с ней может привести к негативным результатам и смерти пациентки. Кроме того, она согласилась с результатом предыдущей ампутации, что может рассматриваться как косвенное согласие.



Клинический случай № 12

Вы судебный хирург на дежурстве. Полицейский привел к вам человека, подозреваемого в изнасиловании; нет никаких свидетельств и улик, подтверждающих его вину. Однако полицейский заявил, что на теле жертвы найдено несколько следов, которые могут помочь в идентификации преступника.

До консультации подозреваемый выпил стакан воды и выкурил несколько сигарет.

Вы информируете подозреваемого о цели вашего исследования: взять безболезненные пробы клеток со слизистой или кровь для выполнения генетической идентификации и сравнения со следами, найденными на теле жертвы.

Подозреваемый отказывается от обследования и уходит в сопровождении полицейского.

Через несколько минут полицейский вернулся и отдал вам стакан и сигареты, попросив при этом выполнить генетическое исследование на основании следов, оставленных подозреваемым.

**Tierry W.Faict, Yves Dousset,
Roger Letonturier, Stephanie Neel, Франция**

Сделаете ли вы генетический анализ?

1. Да. Такой тест является составной частью моей работы.

2. Да. Я работаю на правительство, подозреваемый не является моим пациентом, и я ничем ему не обязан.

3. Нет. Когда Вы предложили подозреваемому тест, между Вами установились профессионально-доверительные отношения, и Вы должны уважать его отказ.

Принятие решения

Информация может утаиваться от пациента в исключительных случаях, только когда имеются основания полагать, что раскрытие информации поставит под угрозу его жизнь или неблагоприятно отразится на состоянии его здоровья – как физического, так и психического.

Клинический случай № 13

Пациент С.Р., 28 лет, бывший студент престижного Католического университета, бросивший обучение, чтобы посвятить свободное время помощи самым бедным. Настоящая работа заключается в переносе тяжелых мешков с рисом. Со временем у него появились от умеренных до сильных боли в нижней части спины, которые не исчезали после отдыха или принятия лекарств. Он проконсультировался с хирургом, ортопедом, который обнаружил грыжу диска и предложил хирургическую коррекцию, однако проинформировал С.Р., что операция может привести к инвалидности. Пациент был расстроен и, опасаясь за исход, решил отказаться от операции и воспользоваться мануальной терапией. К успеху это не привело. С.Р. проконсультировался с другим хирургом-ортопедом, который сказал ему, что при участии опытного хирурга риск операции минимален. Хирург предложил пациенту задавать любые вопросы, которые его интересуют. Однако С.Р. ничего не спросил о риске неподвижности. Так как пациент был очень впечатлительным человеком, то хирург предпочел не говорить ему об этой возможности; он не стал вдаваться в описание такой ситуации.

Доктор Francisco Woo, Филиппины

Правильно ли поступил второй хирург?

1. Нет, так как хирург должен был рассказать о главном риске.
2. Да, так как хирург благоразумно оценил склад характера пациента и решил, какую информацию ему можно предоставить.
3. Да, так как пациент не задавал каких-либо подробных вопросов о риске во время операции.

Одной из самых сложных социальных, моральных и медицинских проблем является проблема подхода и отношения к пациентам, страдающим от неизлечимых заболеваний. Право пациента знать или быть информированным о серьезности своего заболевания необходимо уравнивать с правом на неведение, когда информация может стать причиной психической травмы и депрессии, в то время как активность пациента необходима для продления его жизни.



Право оставаться в неведении

При желании пациент имеет право отказаться от информации. Право на отказ от информации предоставляется как инструмент для предотвращения получения пациентом информации, которую он знать не хочет.

Клинический случай № 14

Пациент Д.А., 55-летний коммивояжер, отец троих детей. В течение 30 лет курит. Из симптомов имеется продуктивный кашель с выраженной одышкой; после проведения необходимых тестов 5 лет назад поставлен диагноз ХОБЛ. Других расстройств не наблюдалось, поэтому регулярного обследования пациент не проходил, лечения не получал. За последний месяц появилось кровохаркание. После некоторых сомнений он поставил в известность об этом свою семью, а они рассказали об этом семейному доктору, который хорошо знал пациента.

При встрече со своим врачом пациент согласился на обследование у пульмонолога и выполнение исследований, например рентгенограммы. Однако сказал, что если будут обнаружены серьезные нарушения, такие как рак легких, он не хочет получить об этом информацию. Он объяснил такую просьбу нарушениями сердца, которые могли возникнуть из-за плохих новостей, а также своей неготовностью обсуждать методы лечения, такие как хирургический, радиотерапию или химиотерапию. Семейный врач объяснил ему, что прогноз при различных типах рака различен и очень важно, чтобы пациент знал о диагнозе и на основании информации

сам принимал решение о наиболее рациональном виде лечения. Однако пациент отклонил предложение и попросил не говорить ему о плохих новостях.

Доктор Rami Rudnik, Израиль.

Как должен поступить семейный врач?

1. Он должен информировать пациента, что, основываясь на отказе от получения плохих новостей, он решил не направлять пациента к пульмонологу, так как это будет бесполезно.

2. Он должен информировать пациента, что обследование у пульмонолога будет проведено, и он понимает и уважает решение пациента об отказе услышать плохие новости.

3. Он должен информировать пациента, что обследование у пульмонолога будет проведено и, когда результаты тестов станут известны, они вернутся к вопросу об отказе пациента от плохих новостей.

4. Он должен отменить обследование пациента у пульмонолога, так как во время проведения инвазивных процедур возможно возникновение серьезных осложнений.

Право на отказ от информации становится важным, например, когда исследование выявляют информацию о генетической предрасположенности, генетическом риске и ранних признаках все еще латентного заболевания, которое может проявиться через много лет после постановки диагноза (например, болезнь Геттингто-

на). С другой стороны, данное право не применимо в ситуации, когда человеку необходимо предоставить информацию, позволяющую ему защитить других людей путем соответствующего поведения. Например, при позитивных результатах тестов на выявление заболеваний передающихся половым путем. Возможные результаты исследования и последствия должны быть обсуждены с пациентом до того, как анализы будут выполнены.



Право на отказ от лечения

Клинический случай № 15

57-летний пациент госпитализирован с диагнозом: рак гортани терминальной стадии, распространенными метастазами. Медицинский персонал, учитывая серьезность его состояния и то, что пациент периодически теряет способность адекватно мыслить, решил найти компромиссное решение. Врачи решили, что для поддержания дыхания и функций организма может потребоваться интубация. Они спросили об этом пациента утром, и он согласился с решением врачей. Во второй половине дня, когда пациент находился в сознании, он был неуверен в правильности своего решения и отказался от возможной интубации. На следующий день ситуация повторилась.

**Доктор Francesco Masedu, профессор
Ferdinando di Orio, Италия.**

Проводить ли интубацию?

1. Интубировать, основываясь на принципах милосердия и целесообразности при отсутствии стойкого противодействия пациента.

2. Не интубировать, так как последнее высказанное пожелание пациента состояло в отказе от интубации.

3. Интубировать утром.

4. Не интубировать в данный момент, и не интубировать в случае обструктивных нарушений дыхания, угрожающих жизни пациента (в данном случае пациент вероятно умрет)

5. Не интубировать сейчас, однако провести интубацию в экстренном случае при возникновении состояния, угрожающего жизни пациента.

В любом случае пациент не обязан «оставаться здоровым» и получать лечение. Он имеет право отклонить или прекратить медицинское вмешательство. Пациент имеет свободу выбора в отношении получения или не-получения лечения, а также в отношении получения частичного лечения.



Случай из практики № 16

Мужчина, 69 лет, женат, имеет 2 взрослых детей, ведет активный образ жизни. В анамнезе: трансплантация почки и 2 инфаркта миокарда.

Он обсудил со своей женой возможность нового сердечного приступа. Больной сказал ей, что когда это приведет к безнадежному состоянию, он бы не хотел долго страдать, и не согласился бы на поддерживающее жизнь лечение.

Далее произошла остановка сердца, 2 часа его пытались оживить, он остался в постоянном «вегетативном» состоянии. Спустя 8 недель реабилитации его состояние осталось без изменений. Он находился в полной зависимости от медицинского персонала, ему была сделана трахеотомия, кормление осуществлялось через гастродуоденальный зонд. Его жена взяла на себя право на опеку за его личными и формальными потребностями, и он был помещен в дом престарелых. В течение нескольких недель происходило повторное смещение дуоденального зонда с развитием кровавой рвоты, последующая гастроскопия и восстановление нормального положения зонда.

5 дней спустя рвота с кровью повторилась. Врач общей практики вызвал скорую помощь, чтобы снова доставить пациента в больницу. После поступления больного в стационар его жена отказалась от проведения мужу гастроскопии, заявив врачу, что ее муж хотел умереть. Она попросила отменить лечение и прекратить кормление и введение жидкости.

Доктор Birgitt van Oorschot, Германия

Что следует сделать врачу?

1. Врач должен отказаться от прекращения кормления и введения жидкости, так как они необходимы для жизни.

2. Врачу следует принять во внимание требование жены пациента, которая выступает в роли принимающего решения вместо своего мужа.

3. Врачу следует удовлетворить просьбу жены пациента, поскольку она основана на личных инструкциях ее мужа, предварительно переданных жене.

4. Врачу не следует проводить гастроскопию, и он должен прекратить гастродуоденальное кормление, так как обе процедуры выглядят нелогичными и бесполезными. Вместе с тем он должен продолжать введение кардиотропных препаратов и жидкости, так как ему известно, что иначе смерть наступит очень быстро.



Недееспособные пациенты

Пациент считается дееспособным, если он способен понять сущность своей болезни, для которой рекомендуется лечение и способен оценить последствия согласия или отказа. Пациент, называемый недееспособным, это тот, чья невменяемость или снижение интеллекта лишает его способности контролировать собственные интересы.

Существует множество критериев для проверки и определения адекватности человека со сниженным интеллектом, например, их способность понимать получаемую информацию, разбираться в сути ситуации, оценивать важные факты, осуществлять выбор, использовать полученную информацию для практических, разумных и соответствующих решений, понимать природу болезни и предложенного лечения, оценивать последствия согласия или отказа. Дееспособность может быть различной степени, способности принимать решения конкретного лица могут изменяться со временем и в различных обстоятельствах.

Случай из практики № 17

Женщина, 28 лет, выполняет дневную программу трудотерапии в местной психиатрической больнице. У нее легкая задержка умственного развития (IQ 65). В прошлом месяце у нее обнаружен СПИД. По словам ее лечащего психиатра, она в состоянии дать информированное согласие на проведение теста на ВИЧ-инфекцию после имевшей место надлежащей консультации. Больная подтвердила свою неразборчивость в сексуальных связях, но, несмотря на проводимое психологическое обучение относительно ее заболевания, а также доступность презервативов и ее обещания заниматься лишь безопасным сексом, она не может действовать, согласуясь со своими знаниями. Во время выполнения программы за ней возможно наблюдать, однако по словам ее матери, беспорядочное сексуальное поведение пациентки представляет угрозу для нее самой и для окружающих. Попытки ослабить ее сексуальное влечение с помощью ИОЗС (ингибиторов обратного захвата серотонина) не увенчались успехом. Пациентка разговаривает вполне уверенно, самостоятельно совершает поездки до больницы на поезде, имеет много друзей и проживает вместе со своей матерью, братьями и сестрами. Мать обращается к лечащему врачу и интересуется: не следует ли ее дочь поместить в учреждение закрытого типа для ее собственной безопасности и безопасности окружающих.

Профессор W.P. Pienaar, Нидерланды

Что следует сделать психиатру?

1. Психиатр должен начать процедуру принудительной госпитализации пациентки в связи с ее потенциальной опасностью для нее самой и окружающих.

2. Психиатру следует информировать мать пациентки о том, что не может поместить пациентку в учреждение закрытого типа, поскольку она психически здорова. Однако он сообщит о ситуации в муниципальные органы власти, которые могут принять меры, включающие наложение карантина, с письменным сертификатом о том, что пациентка несет потенциальную угрозу общественному здоровью.

3. Психиатру следует проинформировать мать пациентки о том, что он не будет ничего предпринимать, однако пациентка должна продолжать посещать свою дневную программу в сочетании с интенсивным обучением для понимания сущности своей болезни и использования безопасного секса.

Медицинский профессионализм важен для сохранения уважения к мнению недееспособных пациентов. Уважение к пациенту, чья способность действовать независимо нарушена, подразумевает, что право пациента на самоопределение и право на участие в процессе принятия решений соблюдается до тех пор, пока это не предполагает причинение вреда самому пациенту или кому-нибудь еще. Принятие во внимание желаний пациента является основным принципом, даже в отношении тех решений, которые долгое или короткое время принимались кем-то другим, а не самим пациентом.

Не каждый пример суждения, высказанного в состоянии волнения или неуравновешенного мышления, сво-

дит на нет умственные способности пациента. Следовательно, пациенты, страдающие деменцией, не должны автоматически причисляться к лицам, потерявшим способность давать согласие, так как эта способность ограничивается понемногу и постепенно по мере того, как прогрессирует болезнь.

Пациенты должны быть максимально ознакомлены с планом своего лечения, даже в том случае, если достаточно согласия их юридического представителя.

Пациент может быть дееспособен для согласия или отказа от одного вида лечения, и недееспособен для согласия или отказа от другого вида лечения.



Отказ от лечения

Лицо со сниженным интеллектом, как человек и пациент, сохраняет право на отказ от лечения, несмотря на свое психическое заболевание. Каждый случай надо рассматривать в свете его заболевания, состояния и адекватности в соответствующий отрезок времени.

В общем, госпитализируемый пациент не должен получать лечения, с которым не согласен, за исключением экстренных случаев.

Случай из практики №18

Инженер, 46 лет, с острым рецидивом параноидной шизофрении требует госпитализировать себя в закрытую палату местной психиатрической больницы. У него отмечаются яркие идеи мании преследования (например, его атакуют космические лучи, которые посылаются со спутников, управляемых потусторонними существами, и приводят его в состояние «психического и физического оцепенения») и галлюцинации (например, предостерегающие голоса этих существ, ощущение болезненного проникновения в тело лучей). После поступления в палату пациент отказывается от предложенного психофармакологического лечения, утверждая, что он чувствует себя в безопасности и комфорте, оставаясь в запертой палате за зарешеченными окнами без ручек, так как преследователи не могут достать его там.

**Профессор Krystina Orzechowska Juzwenko,
Польша**

Каково правильное разрешение конфликта между врачом (который хочет лечить пациента) и пациентом (который отказывается от назначенной терапии)?

1. Предоставить пациенту исчерпывающую информацию, относительно его состояния, возможных методов лечения (включая психо-, социо- и фармакотерапию) и последствия отказа от терапии, терпеливо пытаясь убедить его принять терапию.

2. Инициировать заседание компетентной комиссии с целью добиться полномочий, чтобы лечить пациента принудительно.

3. Лечить пациента незамедлительно, чтобы попытаться купировать его психоз

Существует необходимость в специальной защите недееспособных пациентов, они слабее других и их права легче нарушить или проигнорировать. Решение в интересах пациента необязательно является решением о назначении терапии.

Опекун уполномочен давать свое согласие на те медицинские вмешательства, которые могут быть необходимы. Каждый опекун обязан действовать в интересах своего подопечного.



Случай из практики №19

Миссис А.П., 40 лет, постоянно проживала в специальном медицинском учреждении в связи с умственной отсталостью. Она была достаточно самостоятельной для того, чтобы ходить и выполнять механическую работу на фабрике. 20 лет назад судья объявил ее недееспособной и назначил опекуном ее дядю. В учреждении у нее был друг-мужчина.

В следствие использования нового метода лечения эпилепсии у нее развился некроз кишечника, что потребовало проведение экстренной операции и наложения колостомы. В послеоперационном периоде у нее развился целый ряд различных осложнений, прежде всего пневмония, которую лечили внутривенным введением антибиотиков. Она стала недоброжелательно настроенной, отказывалась есть и просила врачей и медицинских сестер позволить ей умереть, отправиться «встретиться со своей мамой». Психиатр назначил антидепрессивную терапию, пища вводилась в организм пациентки с помощью назогастрального зонда, который пациентка вытаскивала несколько раз в неделю. Также она оказала сопротивление медицинским сестрам, которые вынуждены были привязать ее к кровати, чтобы установить зонд на место. Три месяца спустя после ее госпитализации в больницу развилось новое воспаление ткани бедер с выделением гноя, что потребовало нового хирургического вмешательства. Она стала агрессивно настроенной к врачам и медицинским сестрам, постоянно плакала и умоляла их позволить ей умереть. Ее опекун, старый мужчина со сниженным интеллектом и неспособный принимать какие-либо решения, подписал разрешение на операцию.

Профессор Juan Vinas, Испания

Должны ли врачи добиваться нового хирургического вмешательства?

1. Да. У них есть информированное согласие официального опекуна.

2. Нет. Официальный опекун является лицом со сниженным интеллектом и неспособным принимать какие-либо решения. Они должны обратиться в суд с целью назначения другого опекуна.

Опекун должен принимать такие решения, которые принял бы сам пациент, будучи дееспособным. Свидетельства о выборе и позиции пациента в прошлом могут быть руководством для опекуна. Если такого рода факты отсутствуют, опекун должен действовать в интересах пациента.



Лечение несовершеннолетних

Каждый человек на протяжении всей своей жизни имеет права и обязанности. Однако, хотя несовершеннолетний не лишен официальной дееспособности, в виду своего малого возраста, физической слабости и отсутствия опыта, для защиты их интересов назначаются опекуны. Поскольку родители являются естественными опекунами своих детей, перед началом лечения детей требуется родительское согласие.

Случай из практики №20

Р.И., 10-месячный ребенок, наблюдается в отделении неонатологии в связи с серьезной неонатальной асфиксией и последующей гипоксической энцефалопатией. Пациент родился от 32-летней матери и 35-летнего отца доношенным. Беременность протекала без особенностей. Акушерка на дому отметила постоянную брадикардию у ребенка за 2 часа до родов, было проведено неотложное кесарево сечение. Ребенок родился с массой 2840 г, в глубокой гипоксии. При первом осмотре выявлено апноэ, мышечная гипотония, цианоз всего тела, мидриаз с отсутствием реакции зрачка на свет, отсутствие реакции на боль, что позволило предположить тяжелое поражение головного мозга. В начале ему была проведена гипотермия головного мозга, однако 24 часа спустя на компьютерной томограмме (КТ) выявлен обширный отек головного мозга и зафиксирована только первая фаза волны ответа ствола мозга на слуховое раздражение.

Повторная КТ месяц спустя показала серьезную атрофию головного мозга. Хотя дальнейшая интенсивная

терапия не была показана, родители сильно настаивали на продолжении лечения неонатологом. Неонатолог отдал распоряжение врачу-ординатору отделения неонатологии продолжать лечение пациента Р.И. как и прежде. Поэтому ребенок до настоящего времени получал назальное кормление молоком, катехоламины и диуретики внутривенно, периодически механическую вентиляцию легких.

Недавно родители признали факт необратимого повреждения головного мозга ребенка. Однако они находятся в замешательстве по поводу того, нужно ли им требовать прекращения лечения.

Профессор Yoshihiro Takeuchi, Япония

Должен ли неонатолог дать медицинской совет?

1. Нет. Неонатолог должен продолжить лечение до тех пор, пока родители тщательно не взвесят ситуацию и придут к независимому решению, что делать дальше.

2. Да. Неонатологу следует предложить совет, на основе которого родители могут сделать информированный выбор об отмене дальнейшего лечения.

Ребенок, который способен формулировать свои собственные взгляды, должен иметь право свободно высказать их, и его точке зрения следует уделить внимание в соответствии с возрастом и его развитием.

Разумеется, предметом споров является возраст ребенка, в котором он достигает настолько высокого уровня компетентности, чтобы подтвердить принятие на себя полномочий и прав.

Отказ несовершеннолетнего от проведения лечения

Отказ несовершеннолетнего от проведения лечения, которое сохранит ему жизнь, преподносит его родителям, в частности, и всему обществу в целом трудную дилемму. С одной стороны, общество заинтересовано в признании неприкосновенности жизни путем сохранения ее несовершеннолетнему. Однако в то же самое время общество признает право несовершеннолетнего, приближающегося по независимости ко взрослому, принимать решения, касающиеся его самого и его будущего. Предполагается, что принимающие решение люди проверяют дееспособность несовершеннолетних принимать решение в данном спорном вопросе. Является ли решение результатом его свободной воли? Осознает ли несовершеннолетний результаты предложенного лечения? Способен ли он оценить последствия отказа от лечения? Понимает ли он, что такое смерть? Наконец, какие причины отказа от предложенного лечения? Однако совершенно нет необходимости получать согласие несовершеннолетнего на медицинское вмешательство, если он настолько малого возраста, что еще не способен осознать свое состояние.

Отказ родителей от необходимого лечения

Случай из практики № 21

Девочка ДЖ.Б., 5 лет, доставлена в больницу своими родителями с лихорадкой и слабостью. На основании последующего осмотра заподозрен острый лимфоцитарный лейкоз (ОЛП), но для подтверждения диагноза требуется проведение биопсии костного мозга. Родителей проинформировали об этой процедуре «укола булавкой костного мозга» и получили их согласие. После подтверждения диагноза ОЛП родителям разъяснено стандартное химиотерапевтическое лечение, с помощью которого возможно продление жизни на несколько лет. Узнав о цене лечения и об отсутствии гарантий «успеха», родители обезумели от горя и посчитали, что не стоит продолжать лечение.

Umi Modan, Индонезия

Должен ли врач соблюдать решение родителей?

1. Да. Родители являются официальными опекунами ребенка и уполномочены принимать все необходимые решения по его лечению.

2. Нет. Медики должны обратиться в суд, поскольку они беспокоятся о неспособности родителей действовать в интересах ребенка.

Отказ родителей от необходимой терапии может означать злоупотребление родительскими правами и не будет иметь обязательную силу.

Случай из практики № 22

Т.К., мальчик 12 лет, попал в автомобильную катастрофу, в результате которой были раздавлены обе нижние конечности. Травма сопровождалась тяжелым кровотечением. Очевидно, он направлялся в школу, когда произошел инцидент. Он был немедленно доставлен в госпиталь. Состояние пострадавшего оценивал ортопедический хирург. Результаты хирургического обследования выявили тяжелую анемию из-за острой потери крови и большое количество пораженной (омертвевшей) ткани. Хирург предложил гемотрансфузию. Родители Т.К., являвшиеся свидетелями Иеговы, прибыли в госпиталь незадолго до переливания крови. Они дали согласие на любое медицинское вмешательство за исключением переливания крови. Т.К. был доставлен в операционную, где анестезиолог предложил осуществить гемотрансфузию, не сообщая об этом родителям.

Проф. Mengeshe A. Teshome, Эфиопия

Должен ли хирург согласиться?

1. Хирург не должен соглашаться. Ему следует информировать родителей о том, что он планирует добиться судебного ордера для пересмотра их позиции, и намерен немедленно выполнить гемотрансфузию для спасения жизни Т.К.

2. Хирург должен согласиться. Он может выполнить гемотрансфузию Т.К., держа информацию об этом в секрете, для спасения жизни Т.К. и для избежания религиозного неодобрения со стороны его родителей.

3. Хирург не должен соглашаться. Ему следует обсудить свою оценку, касающуюся медицинской необходимости гемотрансфузии с родителями, и отказаться от проведения переливания крови Т.К., если родители будут продолжать настаивать на своем.



Случай из практики № 23

Мать из сельского района рождает сиамских близнецов, которые слегка недоношенные. Их головы не сращены друг с другом, и каждый из них имеет по две руки. Они соединены друг с другом ниже реберного края, и, следовательно, имеют общие органы и нижние конечности с третьей, но рудиментарной ногой, возникающей из задней полуокружности их общего тела. Врачам известно, что операция должна быть выполнена для детей по жизненным показаниям, но эта процедура в значительной мере сложная. Более того, врачи не могут определить степень раздельности жизненно важных органов между близнецами. Хирурги знают, что если операция будет выполнена, только один из близнецов сможет выжить, и это будет очень дорогая операция. Близнецы должны будут пребывать в палате специального ухода до тех пор, пока они не будут готовы к операции, т.к. они не могут выжить вне госпиталя. Родители уверены, что кто-то заколдовал близнецов, и им было все равно, выживут ли близнецы, они просто хотят вернуться домой.

Доктор J. Mfusto Benfo, Rachek Mlotha, Малави

Как следует поступить врачу?

1. Доктору следует настоять на том, чтобы родители взяли близнецов домой.
2. Доктору следует прооперировать близнецов без согласия родителей.
3. Доктору следует получить судебный ордер на проведение самостоятельной операции без родительского согласия.

Информированное согласие на эвтаназию

Эвтаназия происходит из греческих слов *eu*, означающего хорошо, и *thanatos*, означающего смерть. Слово указывает на преднамеренное (умышленное) убийство человека, страдающего от неизлечимого заболевания с целью прекращения его страдания.

Активная и пассивная эвтаназия различаются также как намеренное действие и халатность. Активная эвтаназия определяется как совершение определенного действия, обрывающего жизнь неизлечимого больного. Пассивная эвтаназия – это отсутствие определенного действия для продления жизни неизлечимого больного.

Дееспособный пациент с терминальной стадией заболевания имеет право отказаться от продлевающего жизнь лечения. Отказ смертельно больного пациента от поддерживающих жизнь мероприятий является частным правом пациента, которое включает в себя неприкосновенность и самостоятельность в принятии решения, когда умирать.

Однако, хотя эвтаназия и базируется на праве пациента умереть, эвтаназия также включает в себя право убивать, так как некая другая личность должна индуцировать смерть.

Давая клятву Гиппократата, все врачи клянутся не дать смерть ни одному из просящих, не давать подобного совета.

Основная сложность в выяснении права отмены лечения в случае терминальной стадии заболевания заключается в том: кто может принимать решение за недееспособного пациента?

Также существует проблема определения допустимого объема медицинской помощи.

Случай из практики № 24

Женщина, 63 года, с артериальной гипертензией в анамнезе, была доставлена в отделение интенсивной терапии с коллапсом, который возник дома после жалоб на сильную головную боль и рвоту. Кома была оценена по шкале Глазго в три балла и была назначена ИВЛ. Диагноз – острое субарахноидальное кровоизлияние был подтвержден с помощью КТ.

Была произведена консультация нейрохирурга, который посоветовал продолжить вентиляцию в течение 48 часов и затем заново оценить неврологический статус больной. На пятые сутки после госпитализации больная спонтанно открыла глаза. Была выполнена церебральная ангиограмма: в передней коммуникантной артерии визуализировалась аневризма. Операция была запланирована через четыре дня. За день до операции у пациента был зарегистрирован подъем температуры, и больная стала более сонливой. Подозревалось дальнейшее кровотечение и операция была отложена. Были выполнены трахеостомия и гастростомия. Клипирование аневризмы было выполнено без осложнений на 13 день после госпитализации. Родственники были информированы хирургами, что неврологическое выздоровление, вероятно, будет длительным и, возможно, будет иметь место необратимая неврологическая симптоматика.

Послеоперационное состояние больной было осложнено: транзиторным несахарным диабетом, инфицированием гастростомы, пневмонией и гидроцефалией, выявленной на повторной КТ. Затем развилась олигоурия и гипопротеинемия с генерализованными отеками, анемия, требующая трансфузии, и персистирующая лихорадка. Из трахеального аспирата была высеяна си-

негнойная палочка, в моче была обнаружена культура *E.coli*, устойчивая ко всем антибиотикам.

На 65 день после госпитализации у больной не было улучшения в неврологическом статусе, 6 баллов по шкале Глазго (E=4; V=1; M=1). Пациентка не могла обходиться без ИВЛ, по-прежнему сохранялась лихорадка и не отмечалось какого-либо улучшения со стороны почечной функции. Ее муж, который навещал ее регулярно, объясняет, что его жена не хотела бы жить в таких условиях и требует, чтобы лечение было остановлено.

**Проф.Е.Р.Walrond, J.Ramesh Ms Fais,
Западная Индия**

Следует ли продолжать лечение?

1. Нет, потому что муж, выступающий как представитель жены, самостоятельно принял решение об отмене поддерживающей терапии.

2. Да, потому что пациент никогда не высказывал точку зрения об отмене жизненно поддерживающей терапии в данной ситуации.



Случай из практики № 25

Мужчина, 34 года, госпитализируется в вашу палату с терминальной стадией рака яичек с многочисленными метастазами (рак семенного канальца). Предполагается паллиативное лечение. В предыдущие месяцы пациент перенес комплексное лечение, которое оказалось не эффективным (кастрация, ганглионарная резекция, химиотерапия). В результате чего его клиническое состояние расценивается как безнадежное. Данное тяжелое ухудшение является следствием генерализованных метастазов.

Его жена, которая была искусственно оплодотворена перед химиотерапией, и его родители ухаживали за ним.

После соматического лечения и психологической поддержки вы начинаете вести протокол лечения морфином в возрастающих дозах, который не помогает избавить больного от мучающих его болей. Однако, данное лечение оказывается достаточным для некоторого ухудшения его сознания.

Медсестра информирует вас о формальном желании пациента и его семьи положить конец мучениям больного с помощью увеличения дозы морфина. Вы уже лечите больного на дозах, близких к летальным. Вы возвращаетесь в палату для того, что увидеть больного и встретиться с его родственниками.

**Thierry W.Faict, Yves Dousset,
Roger Letonturier, Stephanie Neel, Франция**

Как поступить врачу?

1. Он объясняет, что не может увеличить дозы морфина, т.к. это убьет пациента.

2. Он объясняет, что будет незначительно повышать дозу морфина для того, чтобы уменьшить боль больного, хотя в дальнейшем это может привести к смерти пациента.

3. Он объясняет, что будет ждать, пока больной не придет в сознание и спросит у последнего его согласия увеличить дозу морфина, чтобы затем назначить летальную дозу.

4. Он объяснит, что может немного уменьшить дозу для того, чтобы улучшилось сознание и компетенция больного, затем спросит информированного согласия больного на удвоение дозы морфина.



Информированное согласие на донорство органов

Разрешение на взятие органов в качестве донорских должно исходить от самого пациента. Когда предполагаемый донор является несовершеннолетним, умственно отсталым или больным, то обычно данный вопрос решается судьей с учетом интересов пациента и донора.

Случай из практики № 26

Двое братьев, М.С. и Т.С., сопровождаемые их матерью, находятся на внегоспитальном наблюдении в отделении трансплантационной хирургии. Т.С. желает быть донором почки для М.С.

М.С., 25 лет, находится на гемодиализе уже два года, из-за хронического пиелонефрита. Он не испытывает больших неудобств по данному поводу. Практически всегда он возвращается домой на собственном автомобиле. Однако его работоспособность сильно ограничена, т.к. он не может работать трое полусуток в неделю из-за гемодиализа. Он только что получил образование по столярному делу и сейчас ищет работу, пока без успеха. Ответ работодателей часто был следующий: «Если вы сможете работать полный день, мы дадим вам работу сразу же». И хотя он был в списке ожидания, было маловероятно, что в ближайшее время для него найдется подходящий трансплантант, т.к. у него редкая группа крови. М.С. начинает испытывать фрустрацию из-за сложившейся ситуации, тем более, в этом году он собирался жениться на своей девушке и иметь детей. При очередной диспансеризации нефролог М.С. упомянул о возможности трансплантации живого органа. Со слов нефролога долгосрочные результаты такой

трансплантации – прекрасны, и М.С. скорее всего сможет работать в полную силу и жить нормальной жизнью. С этой мыслью М.С. беседует со своей семьей. Возможно, что Т.С., старший брат М.С. будет этим кандидатом. Т.С. – почти глухой и умеренно психически заторможен. Со второго класса он закончил специальную школу и в настоящее время проживает дома. Однако он не находится под попечительством. Так как он не учил стандартную программу по языку, только его мать способна полностью понять, что он хочет сказать. Со слов матери Т.С. срочно желает стать донором. Он постоянно знаками дает ей знать, что хочет помочь и что желает отдать свою почку брату. М.С. согласен принять предложение брата и просит хирурга принять его для дальнейшей операции.

Проф. Nikola Biller-Andorno, Германия

Действия хирурга.

1. Хирургу следует выполнить операцию, т.к. со слов матери, Т.С. высказал сильное желание помочь своему брату.

2. Хирургу не следует выполнять операцию до тех пор пока не выяснены следующие вопросы:

а) Дееспособен ли Т.С.?

б) Какому риску подвергается Т.С.?

в) Существуют ли другие потенциальные доноры в семье?

г) Каково мнение матери и других членов семьи по этому вопросу?

3. Хирургу не следует выполнять операцию, т.к. он не имеет основания, позволяющего заключить, что Т.С. способен самостоятельно высказать согласие на донорство, что донорство стоит того, чтобы рисковать, и что нет других потенциальных доноров в семье.

Информированное согласие на клинические испытания и исследования

Различие между терапевтическими и не терапевтическими типами исследования позволили выяснить: может ли это исследование принести пользу данному пациенту или только некоторые пациенты в будущем смогут извлечь пользу от полученной в ходе данного исследования информации.

Доктрина информированного согласия была разработана преимущественно для медицинского лечения. В контексте клинических исследований оно имеет дополнительную важность. Информированное согласие служит предпосылкой и является обязательным для участия в научном исследовании.

Аналогично, информированное согласие пациента необходимо для его участия в клиническом обучении.

Случай из практики № 27

Женщина, 75 лет, приходит в лабораторию для того, чтобы заполнить форму, необходимую для донорства органов. Она объясняет это тем, что живет одна, без семьи, и что несколько лет назад донорская кровь спасла ей жизнь.

Она говорит, что желает помочь изучению медицины с помощью донорства своего тела и своих органов. Вероятно, что ее тело будет использоваться медицинскими студентами для обучения по курсу анатомии человека.

**Thierry W. Faict, Yves Dousset,
Roger Lotonturier, Stephanie Neel, Франция**

Должна ли женщина быть информирована об этом и других подобных фактах?

1. Нет. Она дала добровольное согласие для донорства своего тела в рамках медицинского исследования.

2. Да. Она имеет право быть информированной о материальных фактах, включая возможное использование ее тела после смерти. Хотя ее тело является «добровольным донорством», она могла не иметь представления как оно может быть использовано. Информация необходима для нее, чтобы решить – ее донорство это полностью обдуманый поступок или нет.



Тесты на выявление ВИЧ

В целом необходимо делать различие между случаями, когда тесты выполняются на благо пациента, и случаями, когда тесты выполняются для других целей. Согласие пациента на проведение теста к ВИЧ необходимо, однако он должен знать, на что соглашается конкретно.

Если тест выполняется для того, чтобы принести пользу третьему лицу (например, переливание крови), то пациента необходимо известить о том, что для забора его крови в качестве донорской необходимо его протестировать на ВИЧ.

Случай из практики № 28

В.Л. – 29-летняя замужняя женщина и ее муж являются пациентами в вашей клинике. В.Л. приходит в клинику в глубокой печали. За последние три года она потеряла двоих своих детей до трех лет, причинами тому послужили диарея и тяжелое заболевание с фебрильной лихорадкой. Во время болезни ее второго ребенка семейный доктор посоветовал и матери, и ребенку сдать тест на ВИЧ. Тест оказался положительным, что подтвердилось еще одним тестированием. Пациентка считает, что источником инфекции явился ее муж. Она слышала, что он большой любитель женщин, хотя, когда женщина спрашивала его об этом, он все отрицал.

Сейчас ее муж – преуспевающий бизнесмен, постоянно настаивает, чтобы она забеременела еще раз, чтобы завоевать уважение друзей, кроме того, он считает, что ребенок станет наследником его состояния. К тому же он предупреждает, что если этого не произойдет в течение года, то он бросит ее и женится на более

молодой. Однако он не знает ни ее, ни своего ВИЧ-статуса. Жена боится, что если он узнает, что у нее положительный тест к ВИЧ, он разведется с ней.

**Доктор J. Mfusto Bengo,
Sekeleghe Amos Kayunin (MBSS IY), Малави**

Какие действия следует предпринять доктору по отношению к ее мужу?

1. Доктору следует посоветовать В.Л. обсудить ее состояние с мужем. Если она откажется сделать это, то доктор может непосредственно известить ее мужа.

2. Доктору следует посоветовать В.Л. обсудить ее состояние с мужем. Если она откажется сделать это, то доктор должен непосредственно известить ее мужа.

Если пациент заявляет, что он против выполнения теста на ВИЧ, то его требование должно быть удовлетворено.



Случай из практики № 29

М.П., женщина, 39 лет, поступает в отделение гинекологии с требованием сделать ей аборт. Она беременна уже два месяца и не хочет иметь ребенка. За последние годы она имела множественные сексуальные контакты с несколькими мужчинами и потребляет героин. Доктор требует ее информированного согласия на определение ВИЧ, но она отказывается.

Проф. Juan Vinas, Испания

Следует ли доктору, считающему, что тест на ВИЧ скорее всего будет положительным, выполнить тест и другие предоперационные анализы, без ее согласия?

1. Нет. Правило информированного согласия не должно быть нарушено.
2. Да, так как доктор имеет право защитить себя и свой персонал.
3. Да, так как тест будет во благо самой М.П.

Если тест необходим для диагноза или лечения пациента, и он отказывается проводить тест, то доктор может отказаться проводить лечение.



Случай из практики № 30

М.Т., мужчина, 65 лет, бывший учитель, ныне пенсионер. Обратился в хирургическое амбулаторное отделение с опухолью в паховой области, существующей на протяжении шести лет. Осложнения отсутствуют за исключением дискомфорта, который пациент ощущает при выпадении этой массы. Участковый хирург диагностировал паховую грыжу и рекомендовал пациенту оперативное лечение, на которое последний согласился. Хирург, сделав предоперационное обследование, обнаруживает постгерпетический рубец. Хирург хочет провести тест на выявление антител к ВИЧ, т.к. считает, что перенесенная инфекция является своего рода индикатором для ВИЧ, хирург попросил пациента сдать кровь, не сообщив последнему, что в нее включен тест ВИЧ.

Проф. Mengeshe A. Teshome, Эфиопия

Следует ли хирургу сказать пациенту, что он тестирует его на антитела к ВИЧ?

1. Нет, т.к. хирург уполномочен проводить любое тестирование в рамках предоперационного обследования.

2. Да, т.к. пациент сам имеет право решать нужно ли проводить это тестирование или нет. Хирургу не следует проводить тестирование на антитела к ВИЧ до тех пор, пока не будет получено информированное согласие от пациента.



НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

(некоммерческая организация)

Создана в 2000 году для содействия (п. 3.1 Устава):

- *надлежащей профессиональной и научной деятельности специалистов системы здравоохранения;*
- *развития и совершенствования законодательной базы медицинской науки и практики, а также страхования в сфере здравоохранения;*
- *защиты специальных и профессиональных прав и законных интересов своих членов.*

Действительные члены НАМП – юридические лица (лечебно-профилактические учреждения различных форм собственности, страховые медицинские компании, ФОМС, научные, экспертные и учебные заведения) получают уникальную возможность:

- *квалифицированного юридического сопровождения;*
- *экспертного исследования медицинских происшествий;*
- *страхования профессиональной ответственности медицинских работников;*
- *повышение квалификации организаторов здравоохранения, экспертов, клиницистов и юрисконсультов по актуальным проблемам медицины и права, а также второго высшего юридического образования для врачей.*



Для вступления в Ассоциацию необходимо направить заявление на имя Совета НАМП с кратким описанием основного вида деятельности кандидата в члены Ассоциации.

Тел. (095) 248-51-77, тел./факс (095) 248-18-00

E-mail: Sergeyev@med-law.ru

<http://www.med-law.ru>