

Не судите. Истории о медицинской этике и врачебной мудрости

Автор:

[Дэниел Сокол](#)

Не судите. Истории о медицинской этике и врачебной мудрости

Дэниел Сокол

Спасая жизнь. Истории от первого лица

Когда допустимо фиксировать пациентов? Должны ли доктора всегда говорить пациентам правду? Когда можно отключать поддерживающие жизнь больного системы? Отчего жизнь стоит того, чтобы жить? Книга Дэниела Сокола изменит ваше представление о медицине вне зависимости от того, по какую сторону стетоскопа вы находитесь. Дэниел Сокол открывает перед читателем мир этики во всем доступном ему широком поле медицинской науки, начиная от косметической хирургии и заканчивая эвтаназией. Опираясь на свой опыт в качестве ведущего специалиста по медицинской этике и практикующего в этой области барристера, а также на годы непосредственной практики в госпиталях, Дэниел проливает свет на этические сложности, возникающие в современной медицинской практике, и направляет нас к лучшему пониманию нравственности.

Дэниел Сокол

Не судите. Истории о медицинской этике и врачебной мудрости

Daniel Sokol

Tough Choices: Stories From the Front Line of Medical Ethics

© The Book Guild Ltd. First published in 2018 by The Book Guild Ltd, Leicester, UK

© 2018 Daniel Sokol

© И. Д. Голыбина, перевод, 2019

© Оформление. ООО «Издательство АСТ», 2020

* * *

Элле и Николасу, моим восхитительным детям, без которых эта книга была бы завершена еще годы назад

Предисловие к предисловию

Прежде чем приступить к предисловию, начинающему этот увлекательный сборник очерков, позвольте мне исповедаться перед вами в своей предвзятости, поскольку из бывшего докторанта, к тому же обнаруживавшего ряд признаков вечного студента, Дэниел преобразился в моего хорошего друга, а также в блестящего знатока медицинской этики и тонкостей законодательства. Не так уж много докторов медицинской этики и магистров в области истории медицины активно работают в избранном сегменте, не так уж много подобных специалистов практикует в качестве профессиональных адвокатов, специализирующихся по медицинскому законодательству (не упоминая уже про его неустанные труды в качестве медицинского журналиста, профессионала в области этики, лауреата премий и к тому же еще члена Волшебного круга [1 - Magic Circle – неофициальный термин, объединяющий базирующиеся в Лондоне многонациональные юридические фирмы, обладающие самым крупным доходом на лондонском рынке (Здесь и далее – Прим. пер.)]). Так что, да, я большой поклонник этого человека и питаю к нему заметное предрасположение.

Впрочем, готов предсказать, что многие из будущих читателей настоящего собрания очерков присоединятся к кружку поклонников мистера Сокола, если уже не принадлежат к нему, вне зависимости от того, согласны ли они лично со всеми его предложениями или нет. Таким образом, даже частные хирурги, занимающиеся исключительно косметической вагинопластикой с целью создания идеальной «дизайнерской вагины», непременно найдут его взгляды чрезвычайно провоцирующими к размышлению (впрочем, возможно просто провокационными). Те же из нас, кто считает существенной эмпатию в отношениях между доктором и пациентом, найдут тем не менее повод для размышления над проблемой в целом, после того как прочтут критику Дэниела и ознакомятся с предпочтением, оказываемым им ослерианской [2 - Имеется ввиду сэр Уильям Ослер (1849–1919) – знаменитый терапевт, патолог, историк медицины, философ и просветитель.] – доброй, пусть и несколько отстраненной, – невозмутимости в его докторе.

Медики-исследователи, которым хотелось бы отменить комитеты, занимающиеся этикой медицинских исследований, должны, во всяком случае, задуматься после прочтения очерка «Против профессора Пинкера». И все мы должны еще раз задуматься, прочитав волнующие душу эссе Сокола о том, как «доктора обманывают докторов» (его докторская диссертация как раз была посвящена теме обмана) и о признании ошибок (труднейшая тема из всех).

Полярные отклики следует ожидать и в отношении высказанной им поддержки декриминализации эвтаназии.

В общем, в своем вдохновляющем и увлекательном собрании очерков мистер Сокол обращается к широкому кругу этических вопросов, способных заинтересовать не только докторов и работников здравоохранения, но и всех тех, кто может оказаться по противоположную сторону стетоскопа врача – то есть всех нас!

Осуждая своими словами собственное недостойное сквернословие, последовавшее за получением травмы головы во время футбольного матча (к черту подобные травмы), он предполагает необходимость существования этики пациента, а не только этики врача. Он предостерегает нас против таких ситуаций, когда больные и все окружающие понуждают врача к поведению, не соответствующему медицинской этике. Он утверждает, что публичное объявление о своей болезни ни в коем случае не должно считаться обязательным, в то время как извещение о факте опасного инфекционного

заболевания должно быть сделано в любой обстановке, даже если сам пациент будет требовать от медика соблюдения конфиденциальности или попытается уверить врача в том, что самостоятельно объявит о своем состоянии (в конце концов, указывает он, пациенты по каким-то своим, вполне понятным, эгоистическим мотивам могут не выполнить собственное обещание, результатом чего могут стать смерти других людей).

Невзирая на краткость, очерки зачастую полны нюансов и сложных аспектов медицинской этики. Например, общая рекомендация «сделать заботу о пациенте своей главной заботой» аккуратно раскладывается на более подробные пункты, точнее формулирующие смысл этого указания. Близких больного, конечно, подбодрит рекомендация «не забывайте о родственниках». Подчас тон публикации становится трогательно поэтическим, когда «специалист по этике оказывается в неврологическом отделении» или когда речь заходит о восприятии им «сущности медицины». В прочих случаях мы получаем вполне земной юридический совет, как например в эссе о приговоре по делу британки Монтгомери об информированности и основах закона о халатности.

Меня лично особенно увлек очерк, характеризовавший судей как «специалистов по этике». Воспользовавшись в качестве примера случаем, когда родители сорокалетнего мужчины, уровень умственного развития которого по оценке соответствовал 6–9 годам, а IQ=40, запросили в Опекунском суде разрешения провести вазэктомию в интересах больного. Не стану портить историю преждевременным изложением: Дэниел отмечает положительный «педагогический» эффект обращения к полному тексту судебного решения, а не к тем коротким отрывкам, которые появлялись в прессе. Он превозносит методический анализ, произведенный судом первой инстанции, выгодно контрастирующий с некоторыми аргументами, с которыми ему приходилось сталкиваться в клинической практике, в том числе и в некоторых специализирующихся на этике комитетах.

Позвольте мне также поддержать мнение Дэниела, рекомендующего увеличить в госпиталях число специалистов по медицинской этике, пусть это до сих пор кажется странным многим врачам Соединенного Королевства. (Помню то удивление, которое я ощутил в 1980-х годах, когда объезжал учреждения в США, где преподавали медицинскую этику, и во время одного из интервью мой собеседник – философ – был оторван от кофе срочным вызовом для этической консультации.) Факт заключается в том, что специалист такого профиля может оказать врачам бесценную помощь при разрешении сложных медицинских

этических проблем в режиме реального времени.

Конечно же, повествование не могло обойтись без предупреждений: специалист по клинической этике обязан быть знакомым с реальной обстановкой в медицинском учреждении (факт этот был установлен самим Дэниелом уже при первых соприкосновениях с медицинской этикой – что самым ясным образом просматривается во всей книге, однако наиболее ярко выступает в рассказе об Анастасии и неврологе). Кроме того, специалист данного профиля должен обладать здравым смыслом, хорошо понимать основы медицинской этики и законовещения и, как советует Дэниел, обладать интуицией и владеть искусством разрешения конфликтов – ибо множество насущных современных ежедневных и еженочных проблем медицинской этики возникают на почве межличностных конфликтов.

В дополнение ко всему прочему, специалист по клинической этике должен быть доступен 24 часа в сутки, чтобы к нему можно было обратиться за советом и поддержкой. Хотя некоторые из комитетов по врачебной этике обладают базой, позволяющей производить подобные консультации круглосуточно, у многих все же нет подобных возможностей. В этой области Соединенные Штаты могут преподать важный урок не только Великобритании, но и всему миру.

В этих очерках постоянно возникает тема, связанная с особой природой медицины. Дэниел критикует философа, насмехающегося над «торжественной присягой», принесенной всему человечеству в последней редакции Женевской декларации – современной версии клятвы Гиппократова, созданной Всемирной медицинской ассоциацией. Философ отреагировал на следующее положение Декларации «Обязуюсь хранить честь и благородные традиции профессии медика», написав в своем блоге: «Это всего лишь работа, парни. Не надо!»

«Вовсе нет, – говорит Дэниел, – быть врачом – не просто профессия. Во всяком случае, врач не может быть только врачом. Специальность эта обладает нравственным измерением, практически не встречающимся во всех остальных сферах человеческой деятельности. Посему не может быть никакой профессуры, занимающейся этикой хлебопечения, этикой малярного дела и даже живописи, как не может быть этики парикмахера... Принося клятву Гиппократова, доктора клялись Аполлоном, Асклепием, Гигиеей, Панакеей и всеми богами и богинями. В светском, современном варианте клятвы доктора торжественно присягают. Чему? Необходимости признавать привилегию, важность и достоинство службы попавшему в беду собрату-человеку».

Слушайте, слушайте, что говорит Дэниел!

Для меня, и вне сомнения для многих других медиков, читающих «British Medical Journal», в котором Дэниел многие годы исполнял обязанности специалиста по этике, эта книга – возможность почерпнуть многие полезные, приятные, просвещающие и располагающие к размышлениям факты, а иногда даже окунуться в них.

Раанан Гиллон,

Почетный профессор медицинской этики, Имперский колледж, Лондон

Предисловие

В эту книгу сведены итоги почти 15 лет размышлений над медицинской этикой и связанным с ней законодательством.

Несколько глав ее впервые появились в частично измененном виде в качестве статей на страницах «British Medical Journal», читателями которого в основном являются врачи и студенты-медики. По этой причине, а так же поскольку многие читатели издания обладают медицинской квалификацией, предлагаемый текст требует определенных медицинских познаний, однако нисколько не выходит за пределы возможностей обычного интеллигентного человека, вооруженного Интернетом, медицинским словарем или глоссарием, приведенным в конце книги.

К моему великому счастью, исследования и практика медицинской этики заставили меня попутешествовать по всему свету: от Канады до Новой Зеландии, через Индию и Гонконг. Мне довелось работать специалистом по клинической этике в процветающих, современных госпиталях Соединенных Штатов и помогать в бедных сельских больницах, даже не располагающих надежным электроснабжением. Я давал советы правительственным департаментам, Королевским колледжам, международным компаниям и благотворительным организациям. Я имел дело с пациентами, способными

рассказать удивительные истории, а также врачами – блистательными и отвратительными одновременно. В качестве адвоката я представлял интересы клиентов, страдающих ужасными недугами, например тетраплегией (параличом всех конечностей), а также другой категории – обладателей куда менее серьезных дефектов, таких, например, как у одного из моих клиентов, некачественный имплант в пенисе которого, к огромному смущению обладателя, вызывал у него постоянную эрекцию. На страницы этой книги проникло достаточное количество всякого рода историй, нередко анонимных.

Автор этой книги ставил себе цель в доступном, увлекательном и адекватном стиле представить медицинскую этику и законодательство как врачам, так и немедикам. Поскольку каждому из нас в определенный момент своей жизни суждено оказаться пациентом, а кроме того, в подобное положение могут попасть наши любимые, врачебное законодательство и медицинская этика представляют для всех нас практический интерес, так что знакомство с этими предметами не должно оставаться в ведении лишь философов, врачей и адвокатов.

Отдельные главы книги сгруппированы по темам, однако каждая из них является самостоятельной, и их можно читать как отдельную статью. Темы варьируют от анализа конкретных случаев, таких как дело Ашьи Кинга, Чарли Гарда и Алфи Эванса, волновавших Великобританию в 2014, 2017 и 2018 годах соответственно, до более широких в политическом плане вопросов, таких как легализация эвтаназии и запрет бокса и других опасных видов спорта. Если ответ на вопрос об определенной проблеме или дилемме не может быть дан в объеме приблизительно 800 слов, которые составляет каждая глава, надеюсь, что они, по меньшей мере, способны заставить читателя как следует задуматься.

Я благодарен помогавшим мне людям: их слишком много, чтобы можно было индивидуально отметить здесь каждого из них, в течение многих лет содействовавших мне и дававших советы, в том числе пациентам, присутствующим на этих страницах.

Тем не менее считаю себя обязанным принести благодарность профессору Джину Бернаруду (посмертно, ибо он скончался в 2006 году в возрасте 98 лет) и профессору Раанану Гиллону, которые вдохновили меня на занятия медицинской этикой. Кроме того, я благодарен своей жене, работающей консультантом в области нейрохирургии, с самого начала моей работы исполнявшей обязанности

корректора, медицинского консультанта и неподкупного критика. Любые ошибки, сумевшие пройти сквозь установленный ею тонкий фильтр, принадлежат мне одному.

Лондон,

май 2018 года

Проблемы во взаимоотношениях врача и пациента

Опасности пластической хирургии

Вагина была наваждением французского писателя и врача XVI века Франсуа Рабле. В одном из эпизодов его произведения старая дама прогоняет дьявола, показав ему свои интимные места. В наши дни дьявол вполне мог бы порекомендовать ей обратиться к ближайшему эстетическому хирургу для процедуры омоложения этого важного органа. Скорректируем половые губы (лабиопластика), чуточку подтянем (вагинопластика), и – вуаля! – вагина от дизайнера.

Число косметических операций на половых органах явно растет. Рынок таких процедур в Соединенном Королевстве в 2015 году достиг 3,6 млрд фунтов, в США – 20 млрд долларов. Появились адвокаты, специализирующиеся на небрежностях эстетической медицины. Тем не менее рынок остается плохо регулируемым. Согласно выпущенному в 2017 году отчету Совета Наффилда по косметическим процедурам: «Не существует никакого контроля над теми, кто может предоставлять нехирургические услуги, кроме ограничения на доступ к рецептурным препаратам и процедурам в полости рта». В частности, любой врач может вводить ботокс или кожные наполнители.

Британская ассоциация эстетической пластики в разделе, посвященном генитальной хирургии, отмечает: «Учитывая рост общественного признания

оперативных методов, направленных на изменение внешности, и растущей доступности великолепных и представленных в мельчайших подробностях изображений обнаженных женщин, известное количество дам, ощутив свою сравнительную неполноценность, обращаются к врачам за изменением интимного облика».

А вот мой патерналистский взгляд: профессионалы-медики вне зависимости от того, работают ли они в частном или государственном секторе, не должны поддаваться на подобные уговоры. Хотя трудно заранее утверждать, что женщина, обратившаяся за эстетической генитальной хирургией не способна принять обоснованное решение, можно допустить, что на нее было оказано давление со стороны общества или ближайшего окружения. Одна из моих знакомых некогда рассказала о том, какой толстой и уродливой однажды почувствовала себя после просмотра популярного женского журнала. Ни толстой, ни уродливой она на самом деле не была.

Фармацевтическая компания, рекламирующая средство от выпадения волос – вопрос, непосредственно затрагивающий мои интересы, – рекомендовала лысеющим мужчинам обращаться за консультацией к своему врачу. Вопрос на сайте по облысению был сформулирован весьма специфично: «Скажите, вы стали чувствовать себя менее привлекательным после того, как начали лысеть?» Женщины, обращающиеся за эстетической генитальной хирургией, часто приносят с собой изображения собственного идеала вагины, взятые из рекламы или порнографических изданий.

Создание в человеке чувства неуверенности и эксплуатация этого чувства – дело доходное. Рекламные объявления косметических хирургов также манипулятивны, если не полностью лживы. Как блистательны, даже ошеломительны (отредактированные в фотошопе, кстати) модели! Насколько легка и не отягощена отрицательными эмоциями процедура! Уже одно количество рекламных объявлений, выставленных к тому же в часто посещаемых публикой местах, твердит прохожим о том, что визит к хирургу-косметологу не слишком отличается от посещения парикмахера.

С точки зрения широкой публики, доктор остается доктором вне зависимости от того, где он практикует: на Харли-стрит [3 - Харли-стрит – улица в Лондоне, получившая известность в XIX веке благодаря множеству обосновавшихся там специалистов различных областей медицины. С XIX века происходил активный рост количества медицинских практик, приемных врачей и хирургов, аптек,

частных клиник и прочих медучреждений, располагавшихся на этой улице и в близлежащей округе.] или в госпитале Национальной службы здравоохранения. И хотя косметических хирургов не слишком много, их практика влияет на публичный имидж профессии в целом. Некоторые операции в области влагалища, такие как коррекция выпадения или уменьшение разросшихся половых губ, оправданы с медицинской точки зрения. Однако если мы будем распространять сферу компетенции медицины на совершенно нормальные с анатомической точки зрения органы, совершая действия, безусловно, опасные и не имеющие определенного полезного результата, восприятие обществом докторов может заметно пострадать, тем более, что здесь подразумевается материальная выгода. Общество может утратить доверие к врачам, поскольку подобные процедуры не соответствуют духу клятвы Гиппократова.

По мере совершенствования медицинских познаний сфера действия клятвы все глубже распространяется на область общественного восприятия медицины, словно свет далекой и меркнувшей звезды. Многие из современных студентов-медиков знают только ее название. И мы не должны позволить померкнуть этой путеводной звезде всей медицинской профессии. Хотя часть этой клятвы и устарела, прочие положения ее содержат неизменные истины: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». То есть ключевым здесь является – ради блага больных.

Природу болезненного состояния не всегда просто определить (философ Жорж Кангилем [4 - Кангилем Жорж (1904–1995) – французский историк науки, создатель «эпистемологической истории».] размышлял о переменчивой природе нормального и патологического состояния еще многие десятилетия назад). Существуют промежуточные состояния. Но если вагина не достаточно упруга с точки зрения партнера или по сравнению с каким-то порнографическим идеалом, это не болезнь. Впрочем, общее мнение эстетических хирургов вполне может помочь созданию новой болезни.

При переходе от стандартов Национальной системы здравоохранения к частной практике нетрудно незаметным для себя образом соскользнуть к более деловой манере работы. Пациент в такой ситуации превращается в клиента, а отношения между поставщиком и клиентом существенным образом отличаются от взаимоотношений больного и врача. Подаваясь самообману, мы можем упустить из вида конфликт интересов и покориться плохо продуманным желаниям пациентов, пытаясь спрятаться от финансовой заинтересованности за удобным

представлением о самостоятельном выборе больных: «Если это нужно им и они понимают все риски, тогда кто я такой, чтобы оспаривать их выбор?»

Ответ прост: ты доктор, а не специалист по татуировкам. Следуя Гиппократову идеалу в отношении к больным, врачи не должны быть соучастниками в лечении нормальных состояний, выполняя эстетические пожелания озабоченных сексуально богачей. Отнюдь не делая им добра, медики могут причинить больным большие неприятности. Защита пациентов – или стремление удержать их от причинения себе зла, говоря словами клятвы, – может потребовать убеждения в ненужности хирургического вмешательства в конкретном случае.

Современные доктора, подобно раблезианскому дьяволу, должны держаться как можно дальше от пациентов, требующих произведения эстетической генитальной хирургии. Да, кошельки их несколько отощают, однако честность не пострадает. Изменением формы нормальных женских половых губ и прочими аналогичными процедурами врачи меняют саму природу медицины.

Подобная пластическая хирургия несет в себе много рисков и мало преимуществ. Врачи всех мастей, не только хирурги, следующие традиции Гиппократа, должны выступить против этой «голливудской» школы. Под угрозой сама репутация медицинской профессии, создававшаяся трудом многих поколений с тех пор, как врачей примерно в XIII веке начали обучать в университетах.

Сделайте заботу о пациенте своей главной заботой

Первое правило Надлежащей медицинской практики (Good Medical Practice), кодекса, адресованного Генеральным медицинским советом (General Medical Council) всем докторам, звучит следующим образом: «Сделайте заботу о пациенте своей главной заботой». Утверждение это содержит в себе фундаментальную основу всей медицинской практики, указывающую на священную и не знающую времени природу взаимоотношений целителя и больного.

Тем не менее при всем своем благородстве это правило следует рассматривать только как первое приближение к истине. Хотя «пациент» в нем значится в

единственном числе, мало кто из врачей лечит всего лишь одного пациента. Посему докторам приходится распределять свою «заботу» среди многих больных. И ставить любого из них на первое место – как обычно считают те, кому хуже всего, – и невозможно, и нежелательно. Принцип справедливости требует, чтобы сам врач определил, кто именно из вверенных его попечению больных требует наибольшего внимания.

В полевой госпиталь, находящийся в зоне военного конфликта после взрыва доставили четверых пациентов. У одного из них была множественная травматическая ампутация конечностей. У остальных были менее серьезные ранения, всем требовалось переливание крови. Но первому было необходимо массивное переливание.

Следует ли весь имеющийся в госпитале запас крови и плазмы израсходовать на одного единственного пациента? В подобной ситуации приоритет в оказании помощи переносится с «лечи того, кто находится в самой серьезной опасности» на «действуй так, чтобы спасти максимальное количество жизней». К сожалению, уход за пострадавшим от множественных ампутаций более не является вашей первоочередной обязанностью. И правило приобретает теперь следующий вид: «Сделай заботу о пациенте своей главной заботой, имея в виду других пациентов и их особые нужды».

Подчас общественные интересы перевешивают обязанности врача перед конкретным пациентом. Доктор обязан известить власти о больном желтой лихорадкой, вне зависимости от любых протестов со стороны самого пациента. Теперь главная забота врача заключается не в том, чтобы вылечить больного, а в том, чтобы защитить население от инфекции. Именно поэтому еще более скорректированное правило выглядит так: «Сделай заботу о пациенте своей главной заботой, имея в виду других пациентов и их особые нужды, а также любые возможные обязанности по защите общества в широком смысле слова».

Обязанность доктора по уходу за больным не носит абсолютный характер, от нее можно отказаться в том случае, если ситуация становится слишком опасной. В чрезвычайных обстоятельствах – таких как эпидемии, когда работа с больными чревата опасностью заразиться и не способна принести особенного облегчения пациентам, – обязанности врача перед своими детьми, родными, близкими и любимыми могут перевесить обязанности перед пациентами. Медики, оставившие своих умиравших пациентов при первых вспышках геморрагической лихорадки Эбола в Судане и Демократической Республике

Конго (в конце 1970-х и 1980-х годов), не обязательно нарушали этический нормы. Остававшиеся с ними доктора и медсестры, многие из которых заразились вирусом и умерли, выходили за пределы предписаний врачебного долга.

Теперь правило приобретает следующий вид: «Сделай заботу о пациенте своей главной заботой, имея в виду других пациентов и их особые нужды, как и любые возможные обязанности по защите общества в широком смысле слова, а также обязанности перед другими людьми, перед которыми ты несешь ответственность».

Даже в обычные времена требование сделать заботу о пациенте первой обязанностью доктора кажется слишком строгим. В таком случае персональная и личная жизнь врача станет определяться этой чрезмерной заботой; рабочий день его сделается бесконечно длинным, воскресные дни – горестно короткими. Пострадают отношения с друзьями, родными и со всеми остальными. Врачи не смогут заниматься научными исследованиями, публиковать статьи, совершать действия, способные продлить их карьеру, разрабатывать новые способы лечения, ибо правило игнорирует их личные амбиции, ограниченные лишь очередным пациентом.

В строгой интерпретации правило также представит проблему для молодых врачей-хирургов. Если стажирующийся доктор намеревается поставить центральный катетер или удалить желчный пузырь, правило подразумевает, чтобы он попросил старшего коллегу выполнить эти операции, поскольку такой вариант предпочтительнее для конкретного пациента. Стажер с большей вероятностью, чем опытный коллега, совершит ошибку или причинит дискомфорт, даже действуя под надзором. Однако подобная логика непродуктивна с точки зрения обучения и перспективы. И хотя настоящий пациент получит некоторые блага, пострадают будущие больные.

Таким образом, еще раз скорректированное правило приобретает вид: «В своей профессиональной роли врача сделай главной заботой попечение о своем пациенте, имея ввиду других своих больных, в том числе будущих, а также их конкретные потребности, в том числе обязанности защищать общество в широком смысле слова, собственные обязанности развивать и совершенствовать свои умения и познания в качестве клинициста, а также свои обязанности в отношении тех, за кого несешь ответственность».

Наконец, правило может быть превратно использовано. Я слышал о врачах, обращавшихся к нему, чтобы оправдать свои непомерные обращения к рентгенологам. Известно, что американские врачи обманывали страховые компании, чтобы получить страховки на оплату произведенных обследований. Если забота о пациенте является первой обязанностью врача, это может заставить его пренебречь прочими правилами, в том числе требованиями закона.

Итак, окончательная версия приобретает следующий вид: «В своей профессиональной роли врача, сделай своей первой заботой попечение о своем пациенте, действуя в морально и юридически приемлемых границах, имея в виду прочих больных, в том числе иногда будущих пациентов и их особые нужды, исполняя при этом охранительные функции по отношению к более широкому сообществу, а также собственную обязанность совершенствовать свое мастерство и знания в качестве лечащего врача и те обязанности, которые ты имеешь по отношению прочим, зависимым от тебя людям».

Первое правило рекомендаций Генерального медицинского совета имеет глубочайшую важность, однако краткость его не учитывает всех сложностей современной медицинской практики. К тому же самым ироничным образом слишком буквальное прочтение его способно привести к этическому конфликту. Таким образом, его следует понимать не как заповедь, а как точку отсчета.

Опасайся лживого пациента

В 2003 году я приступил к написанию докторской диссертации по медицинской этике. Простота выдвинутого исследовательского тезиса восхищала меня, тем более, что его можно было записать семью словами: «Должны ли доктора всегда говорить правду пациентам?» Полученный мной ответ по прошествии занятых упорным трудом трех лет можно было уместить в два слова: «можно, иногда». Все прочие 99 000 слов в диссертации просто подкрепляли этот вывод, однако в ней содержалось некое отступление, относившееся к тому, как больные обманывают докторов.

Этот интереснейший и малоисследованный вопрос впервые возникает в своде правил Гиппократов, созданном в V-IV столетиях до Рождества Христова. Один из отрывков этого сочинения советует читателю «присматриваться также к

порокам больных, которые часто заставляют их врать в отношении приема предписанных медикаментов».

В начале 1990-х годов Бургун [5 - По всей видимости, это Джуди К. Бургун, являющаяся профессором Аризонского университета в области коммуникации, изучения семьи и развития человека.] с коллегами сообщила, что 85 % опрошенных ими пациентов признались в сокрытии или искажении предоставляемой врачам информации, и примерно каждый третий из них признал, что лгал своим докторам.

Больные обманывают докторов по различным причинам. Ложь помогает некоторым изображать больного, как бывает при симулятивных расстройствах, таких как синдром Мюнхгаузена (при котором находящийся в состоянии умственного расстройства пациент старается доказать, что он болен). Обман в исполнении других пациентов может иметь целью получение льгот по инвалидности, преувеличение собственных повреждений в начале лечения, уклонение от тюремного заключения или от призыва в странах, где существует принудительная военная служба.

Некоторые больные обманывают, чтобы иметь возможность пользоваться кровом, теплом и питанием, предоставляемым госпиталем. Один из врачей рассказал мне о том, как бездомный пациент, поступивший по скорой помощи в приемное отделение его госпиталя под предлогом утраты чувствительности ног, подскочил с воплем после того, как его укололи булавкой.

Некоторые пациенты изображают невежество, чтобы получить независимое второе мнение или даже «испытать» познания неизвестного нового доктора.

В своей работе адвокатом мне часто приходилось читать результаты медицинского обследования пациентов получивших так называемые хлыстовые травмы в дорожных происшествиях. В некоторых отчетах описания повреждений, их тяжесть явно не соответствовала силе удара. Один из старших сотрудников страховой индустрии рассказал мне о том, что иногда докторов привозят на самолете из-за границы, чтобы они массово обследовали пациентов в комнате дешевого отеля и составили для проформы краткие медицинские заключения, прежде чем возвратиться в родную страну. Во время одного из моих процессов раненый клиент сообщил судье, что на самом деле провел всего лишь 5 минут в обществе терапевта, который якобы старательно обследовал его и составил заключение для суда на 10 страницах. Не может быть никаких

сомнений в том, что некоторые из таких медицинских «экспертов», способных сострять за год тысячи подобных заключений (по 180 фунтов за каждое), являются соучастниками в составлении ложных заключений, представленных в страховые компании.

Терапевтам также известны пациенты, утверждавшие, что не способны согнуть спину, однако без всяких усилий подбирающие журнал с низкого столика, стоящего в приемной хирурга, или же утверждающие, что неспособны ходить без мучительных болей, но тем не менее передвигающиеся по улице с достаточной прытью. Некоторые из больных говорят, что страдают от необъяснимых приступов боли, и настаивают на том, что только сильные опиаты могут облегчить их страдания. Подобные пациенты создают сетевые сообщества, обсуждающие способы добычи столь необходимого наркотика. Когда терапевт или врач другого профиля предлагает им неопиатные альтернативы, пациенты не проявляют к ним интереса.

Врачи являются адвокатами своих больных. Они должны действовать в интересах пациентов и уважать их автономию. Однако эти рекомендации не имеют абсолютного характера. Врач как отдельная личность обладает самостоятельностью, которую также следует уважать. Удовлетворение запросов пациентов не должно подрывать нравственную и профессиональную целостность клиницистов. Если запрос больного требует от специалиста морально ошибочных действий (например соучастия в обмане) или же поступков, не соответствующих медицинским показаниям, доктор должен вежливо отказать пациенту.

Адвокатов высшего ранга иногда просят выступить от лица потенциального клиента или его адвокатов более низкого статуса по поводу безнадежных вопросов. Совсем недавно, на прошлой неделе, такой специалист, явно нарушая закон, попросил меня убедить судью присудить клиенту компенсацию по одному из пунктов иска. «Подтолкни его в нужную сторону», – попросил он. Однако Судебный кодекс поведения утверждает, что адвокат «не должен делать [в зале суда] утверждений, которые с его точки зрения не являются полностью обоснованными». Тот же самый принцип должен применяться и к врачам: их действия также должны быть полностью обоснованными с точки зрения медицинской перспективы. Если доктора не сумеют доказать необходимость своего действия или бездействия перед группой коллег, они должны отклонить требование пациента и запросить второе мнение.

Важна и манера, в которой это делается. Она не должна содержать в себе нотки укоризны. Однако в ряде случаев доверие будет невозвратно утрачено даже при всей дипломатичности и обходительности врача. Правда, соучастие в обмане может оказаться более легким вариантом (по крайней мере в краткосрочной перспективе), по сравнению с потенциально длинным и взаимно неловким спором. Как это ни печально, иногда совершить правильный поступок оказывается труднее, чем этически ошибочный.

Пределы соблюдения врачебной тайны

Поппи-Арабелле было 3 года. 6 июля 2016 года они с мамой направлялись в детский сад. Когда они на красный свет переходили дорогу, появился автомобиль. Он не притормозил, не свернул, сбив обеих прямо посреди перекрестка. Поппи-Арабелла погибла, ее мать получила серьезные травмы.

Водителю Джону Плейсу уже исполнилось 72 года. Он плохо видел, и потому не заметил ни красный свет, ни перекресток, ни пешеходов. Только слышал – крик, глухой удар и звук разлетающегося ветрового стекла. За 3 недели до трагедии двое окулистов порекомендовали мистеру Плейсу более не садиться за руль автомобиля.

Он был признан виновным в причинении смерти в результате неосторожного вождения и осужден на 4 года тюремного заключения. Дело это заставляет задуматься в отношении врачебной тайны: должны ли работники здравоохранения нарушать ее в том случае, когда пациент не может водить машину?

Генеральный медицинский совет издал руководство по обращению в сомнительных ситуациях в Агентство по лицензированию водителей и транспортных средств (DVLA). Врачам следует объяснять пациентам, подозреваемым в непригодности к вождению транспортных средств, что состояние их здоровья не допускает возможности управлять автомобилем и что они – пациенты – обязаны проинформировать DVLA о своем состоянии.

Если человек продолжает водить, Генеральный медицинский совет советует медикам «приложить все возможные усилия и убедить их отказаться от этого

занятия». В случае, когда убеждение оказывается недостаточным или врач обнаруживает, что пациент продолжает управлять автомобилем, доктору следует обратиться в DVLA и передать им всю медицинскую информацию.

Недостаток такого подхода заключается в том, что он полагается на честность пациентов. Многие из больных охотно будут лгать, чтобы не лишиться водительской лицензии. Лишившись прав, они, возможно, не сумеют найти работу, не смогут забирать из школы детей. Им придется пойти на большие расходы и нанимать такси. Предвидя столь большие потери, они дадут фальшивое обещание сообщить в DVLA и прекратить вождение, но не исполнят его. Шансы на то, что доктор сумеет заметить, что пациент продолжает водить, чрезвычайно малы.

Автомобиль – смертельно опасный объект. Он может калечить и убивать ни в чем не повинных людей столь же эффективно, как инфекционные заболевания или нападения террористов. Закон требует от врачей, стоящих на страже общественных интересов, чтобы они извещали власти о заболевших определенным рядом инфекционных заболеваний или о людях, способных совершить террористический акт, но, как ни странно, не о тех, кто может причинить серьезный вред своей неспособностью водить.

Логика требует, чтобы закон о предоставлении сведений распространили и на пациентов, не способных более управлять автомобилем или самолетом. Генеральный медицинский совет должен рассмотреть возможность обязательной передачи медицинских требований в DVLA даже в том случае, если пациент утверждает, что это уже сделано или он обязуется это сделать. Наивно и безрассудно полагаться на уверения больных, зная, что они, как и большая часть людей, охотно солгут, чтобы доставить кому-то удовольствие или избавить себя от неприятностей. Ценой подобного безрассудства могут стать человеческие жизни.

Родители Поппи-Арабеллы призывают к тому, чтобы обязательное информирование властей о подобных вещах стало частью закона. Эта мера не позволит пациентам умолчать о такой информации, которую они скрыли бы в том случае, если бы им была гарантирована конфиденциальность. Однако она не гарантирована и в настоящее время: конфиденциальность может быть нарушена в том случае, если больной отказывается исполнить предусмотренную законом обязанность информировать DVLA, или в том случае, если он продолжает водить машину. Различие заключается только в том, что врачи получают возможность не

полагаться на ненадежные обещания больных. Они будут автоматически извещать DVLA о том, что пациент более не в состоянии управлять автомобилем.

Таким образом, этот закон не нарушит доверительность в отношениях между врачом и пациентом. Он предлагает выход из сомнительной ситуации, когда утративший необходимое для вождения здоровье больной не способен осознать ту опасность, которую он представляет для других людей, а также учитывает тот факт, что некоторые люди будут идти на обман, чтобы продолжать водить.

Не забывайте о родственниках

25-летняя пациентка страдала редким кожным заболеванием, называемым синдромом Стивенса – Джонсона. Она уже несколько дней находилась в отделении интенсивной терапии. Однажды утром температура ее тела поднялась до 38,5°C, к 10 утра она достигла 40,5°C. В половину второго она составила 42°C, а в четыре часа дня – уже 43°C. Далее она поднялась до 44,4°C, что привело к остановке сердечной деятельности. После 10 циклов сердечно-легочной реанимации в 6 часов 13 минут была констатирована смерть.

По прошествии 9 месяцев я представлял интересы родственников покойной на дознании. Они утверждали, что не имели никакого представления о том, что она может умереть, что никто не потрудился сообщить им о том, насколько тяжелым было ее состояние. «Если бы мы знали об этом, – сказала ее мать, – то неотлучно находились бы при ней в палате». Знакомая жалоба.

Исторически взгляд лечащего врача сосредоточен на пациенте. Родственники больного всегда находились в тени. Диада, которую составляют доктор и пациент, оставляет за рамками семью – родственники больных в клятве Гиппократова не упоминаются. Конфиденциальность, сохранение секретов пациентов, ограничивает степень вовлечения его семьи.

Конец ознакомительного фрагмента.

Примечания

1

Magic Circle – неофициальный термин, объединяющий базирующиеся в Лондоне многонациональные юридические фирмы, обладающие самым крупным доходом на лондонском рынке (Здесь и далее – Прим. пер.).

2

Имеется ввиду сэр Уильям Ослер (1849–1919) – знаменитый терапевт, патолог, историк медицины, философ и просветитель.

3

Харли-стрит – улица в Лондоне, получившая известность в XIX веке благодаря множеству обосновавшихся там специалистов различных областей медицины. С XIX века происходил активный рост количества медицинских практик, приемных врачей и хирургов, аптек, частных клиник и прочих медучреждений, располагавшихся на этой улице и в близлежащей округе.

4

Кангилем Жорж (1904–1995) – французский историк науки, создатель «эпистемологической истории».

5

По всей видимости, это Джуди К. Бургун, являющаяся профессором Аризонского университета в области коммуникации, изучения семьи и развития человека.

Купить: https://tellnovel.me/ru/sokol_deniel/ne-sudite-istorii-o-medicinskoy-etike-i-vrachebnoy-mudrosti

Текст предоставлен ООО «ИТ»

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию: [Купить](#)