

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ПОДГОТОВКИ ВРАЧА:
ОТ ГИПОКРАТА ДО НАШИХ ДНЕЙ**

Материалы
научно-практической конференции
с международным участием

Рязань, 2016

УДК 614.253
ББК 51.1 (2)
Э 908

Под общей редакцией д.м.н., проф. Р.Е. Калинина
и д.м.н., проф. В.А. Кирюшина

Редакционная коллегия:

Р.Е. Калинин
В.А. Кирюшин
Г.Н. Хромьшева
А.Н. Михайлова
И.В. Кирсанова

**Этические и деонтологические основы подготовки врача: от
Гиппократ до наших дней:** материалы научно-практической
конференции с международным участием / ФГБОУ ВО РязГМУ
Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2016. – 217 с.

*Печатается по решению Совета по воспитательной работе
и научно-планового Совета
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России*

ББК 51.1 (2)
Э 908
УДК 614.253

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2016

МЕДИЦИНСКИЙ ДОЛГ И ПАТРИОТИЗМ (МЕДИКИ - ГЕРОИ СОВЕТСКОГО СОЮЗА)

П.В. Акульшин

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра философии и истории

(Зав. кафедрой – проф. П.В. Акульшин)

Одной из важнейших проблем биоэтики, как в отношении теории, так и в отношении практики, является вопрос о соотношении профессиональной деятельности и долга человека и гражданина. Эта проблема особенно остро проявляется в период социальных потрясений и катаклизмов, прежде всего во время войн.

Для нашей страны, да и для всего человечества в двадцатом столетии, крупнейшим военным конфликтом стала Великая Отечественная война 1941-1945 гг. В годы ее отечественные медики проявили не только высокий профессионализм, но и выдающиеся гражданские и человеческие качества. Свидетельством этого является то, что среди удостоенных высшего отличия - почетного звания Героя Советского Союза в годы войны было 47 медицинских работников [5]. Большая часть из них - санитары и санинструкторы, которые на поле боя выполняли свой воинский долг в непосредственной борьбе с врагом, не соблюдавшим элементарные нормы международного права в отношении раненных и больных на поле боя. Среди Героев Советского Союза были и три профессиональных медика, имеющих высшее медицинское образование, ученые степени и звания. Это Петр Михайлович Буйко (1895-1943) [1, с. 85; 2, с. 213], Федор Михайлович Михайлов (1898-1942) [3, с. 95; 4, с. 104-110] и Евгений Владимирович Клумов (1878-1944). [2, с. 667-668; 6, с. 677-681].

Два из них принадлежат к поколению, молодость которых пришлась на события Первой мировой войны, революции 1917 г. и последующей Гражданской войны. Это П.М. Буйко и Ф.М. Михайлов, которые родились, соответственно, в 1895 и 1898 гг. и получили медицинское образование в эпоху НЭПа.

П.М. Буйко родился в городе Бельске Гродненской губернии, ставшем после Первой мировой войны территорией Польши. Но сам Петр Михайлович родился в православной

семье и считал себя представителем российской культуры. Ф.М. Михайлов происходил из крестьянской семьи, которая жила в Боровическом уезде Новгородской губернии.

П.М. Буйко в императорской армии стал военным фельдшером. Ф.М. Михайлов в возрасте 17 лет поступил в школу юнг в Кронштадте и затем служил в составе учебно-минного отряда Балтийского флота. В годы революции и Гражданской войны они оба стали активными сторонниками Советской власти. П.М. Буйко участвовал в Гражданской войне на Украине, в частности, в январском восстании 1918 г. в Киеве против Центральной рады. Ф.М. Михайлов в 1917 г. был избран депутатом Кронштадтского Совета матросских, Солдатских и рабочих депутатов, участвовал в вооруженном восстании в Петрограде в октябре 1917 г. и борьбе против белогвардейских войск генерала Юденича. Оба вступили в партию большевиков (Ф.М. Михайлов в октябре 1917 г. в возрасте 19 лет, П.М. Буйко в 1921 г. в возрасте 26 лет).

Они были выходцами из простого народа, которые первые в роду смогли получить высшее образование не только благодаря личным усилиям, но, прежде всего, благодаря тем переменам, которые произошли в российском обществе после Октябрьской революции 1917 г. .

После окончания в 1926 г. Ленинградского медицинского института Ф.М. Михайлов работал врачом в различных областях РСФСР и УССР, а с 1940 г. был главным врачом родильного дома в городе Славута на Украине. П.М. Буйко, выпускник Киевского медицинского университета 1922 г., стал в 1933 г. директором Киевского научно-исследовательского института педиатрии, акушерства и гинекологии, в 1938 г. – доктором медицинских наук и профессором Киевского медицинского института.

Евгений Владимирович Клумов принадлежал к представителям дореволюционной российской интеллигенции. Он родился в 1878 г. в Москве в семье адвоката, его сестра была женой известного отечественного психиатра П.Б. Ганнушкина. Участвовал в русско-японской войне 1904-1905 гг., был земским врачом в Минской губернии, работал хирургом в госпитале Красного Креста в годы Первой мировой и Гражданской войн. В 1920-е гг. он являлся одним из организаторов высшего

медицинского образования в Белоруссии, преподавателем Минского медицинского университета, в 1935 г. ему было присвоена ученая степень кандидата медицинских наук, а в 1938 г. – ученое звание профессора. Педагогическую деятельность Е.В. Клумов сочетал с научно-исследовательской и практической деятельностью в сфере акушерства и гинекологии.

С началом Великой Отечественной войны П.М. Буйко и Ф.М. Михайлов были призваны в ряды Красной Армии и находились в войсках Юго-Западного фронта, которые потерпели тяжелые поражения летом 1941 г. П.М. Буйко в ходе боев под Уманью был ранен и попал в плен, но смог бежать. Ф.М. Михайлов попал в окружение под Полтавой и, избежав пленения, пробрался в город Славути, где жил и работал до войны. Профессор Е.В. Клумов, не успевший с семьей эвакуироваться из Минска, также оказался на оккупированной территории.

Быстрое продвижение немецко-фашистских войск в начальный период Великой Отечественной войны привело к тому, что многие граждане СССР оказались на временно оккупированной территории. Перед каждым из них вставал вопрос о том, что делать в этих условиях. Прежде всего, вставал вопрос об элементарном выживании в условиях так называемого «нового порядка», который обрекал народы СССР на разорение и гибель. Немецко-фашистские власти пытались навязать населению различными путями, от массового террора до подкупа и обращения к самым низменным человеческим качествам, путь «коллорабационизма», надеясь, что страх превратит его в послушных рабов «Третьего Рейха». Но фашистской Германии, как убедительно показали итоги войны, этого не удалось достичь. Большинство советских людей выбрало путь сопротивления, которое носило разнообразные формы, как пассивные, так и активные.

Среди тех, кто сразу же встал на путь активной борьбы с немецко-фашистскими оккупантами были и Петр Михайлович Буйко, Федор Михайлович Михайлов и Евгений Владимирович Клумов.

Оккупационные власти сохраняли на подконтрольной им территории медицинские учреждения для местных жителей. Это объяснялось не гуманитарными, а чисто прагматическими

соображениями, в том числе стремлением организовать контроль над населением и втянуть в сотрудничество медицинских работников, как наиболее авторитетную и влиятельную социальную группу населения. Но это давало возможность патриотам-медикам не только сохранить минимальный уровень охраны здоровья населения, но и организовать борьбу с захватчиками. П.М. Буйко, после побега из плена, смог стать главным врачом в районной больнице в Фастове Киевской области, Ф.М. Михайлов в Славути Каменец-Подольской области, а Е.В. Клумов работал в одной из больниц в Минске.

Свою профессиональную медицинскую работу они с самого начала сочетали с участием в подпольной деятельности. Она включала антифашистскую пропаганду, легализацию бежавших из плена и попавших в окружение советских военнослужащих, организацию работы по противодействию отправки советских людей на работу в Германию и снабжению документами советских патриотов, диверсии и саботаж, другие меры противодействия немецко-фашистскому оккупационному режиму. По мере роста партизанского движения к ним добавились сбор разведывательной информации и организация медицинской помощи в партизанских отрядах.

Подпольное движение развивалось в условиях тяжелейшего сопротивления с профессионалами из вражеских спецслужб, которым активно помогали предатели из числа местных националистов. Советские подпольщики и партизаны несли огромные потери. В июне 1942 г. по доносу предателя Ф.М. Михайлов, который был организатором и руководителем подпольной антифашистской организации, насчитывавшей около 200 человек в 8 районах Каменец-Подольской области, был арестован. После допросов и пыток его казнили в возрасте 44 лет на территории больницы, в которой он работал. По словам очевидцев перед казнью он успел сказать «Да здравствует Советская власть! Смерть гитлеризму!». В июле 1943 г. ушел в лес к партизанам П.М. Буйко, но в октябре 1943 г. он попал в руки карателей, подвергнут пыткам и заживо сожжен ими в возрасте 47 лет, не выдав своих товарищей. Осенью 1943 г. профессор Е.В. Глумов и его жена были арестованы, а в феврале 1944 г. он погиб в возрасте 65 лет в автомобиле-«душегубке» в лагере Малый Тростинец под Минском.

Память медиков-патриотов, принявших мученическую смерть во имя Родины, не была забыта в послевоенный период. Звание Героя Советского Союза П.М. Буйко было присвоено в августе 1944 г., Ф.М. Михайлову и Е.В. Глузову в мае 1965 г. Их именами были названы улицы и школы. Имя П.М. Буйко в 1950 г. было присвоено Киевскому НИИ педиатрии, акушерства и гинекологии, именем Е.В. Клузова названа клиническая больница № 3 в Минске.

К сожалению, к концу двадцатого столетия, в силу целого ряда объективных и субъективных причин, традиции массового героизма при защите Родины стали забываться. На земле Украины, где боролись и героически погибли П.М. Буйко и Ф.М. Михайлов, в наши дни существует политический режим, который определяет свои исторические корни от пособников немецко-фашистских оккупантов. Это, как и снижение общего уровня профессионализма в различных сферах деятельности, было одним из проявлений кризиса российского социума. В наше время обращение к памяти героев Великой Отечественной войны является не только долгом перед ними современных поколений, но и важным условием для дальнейшего успешного развития нашей страны.

Литература:

1. Бенюмов Р.Я. Памяти профессора П.М. Буйко // акушерство и гинекология. 1956. № 1. С. 85.
2. Герои Советского Союза. Краткий биографический словарь. Т. 1. М., 1987.
3. Герои Советского Союза. Краткий биографический словарь. Т.2. М., 19887.
4. Иванов В.А. Хирург // Герои земли новгородской. Л., 1966. С. 104-110.
5. Кузьмин М.К. Медики- Герои Советского Союза. М., 1970.
6. Поцелуев В. Рядовой минского подполья // Герои огненных лет. М., 1980. С. 677-681.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ

Ю.С. Алексухина

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Стоматологический факультет

Научный руководитель: преподаватель

О.А. Клейменова

В настоящее время развитие медицинских технологий и инноваций вышло на новый уровень. Однако вопрос о допустимости эвтаназии остается одним из сложнейших с точки зрения морально-этических и юридических норм, не находя однозначной оценки. Существуют противоположные взгляды на проблему эвтаназии, каждый из которых имеет сторонников и противников.

Практика эвтаназии связана с огромным количеством неизлечимых болезней, физическими и психологическими страданиями человека. Если окунуться в историю, термин «эвтаназия» греческого происхождения и в переводе означает «благая смерть». Впервые он был введен Фрэнсисом Бэконом еще в XIX в. и имел чисто физиологическое значение – своевременный естественный уход из жизни без мучений. «Благая смерть»... Первая мысль, которая приходит в голову – как совместить несовместимое?

Выделяют пассивную и активную эвтаназию. Пассивная эвтаназия – это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо не начинается. Активная эвтаназия – это преднамеренное вмешательство с целью прервать жизнь пациента путем инъекции средства, вызывающего летальный эффект. Споры по поводу эвтаназии начались еще с давних времен. Так Сократ, Платон и философы-стоики от Зенона до римского философа Сенеки оправдывали эвтаназию, тогда, как Аристотель, пифагорейцы и Фома Аквинский были против. Согласно клятве Гиппократов врач всегда обязан назначать поддерживающую терапию, ведь она может значительно продлить жизнь человеку («Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»).

Во второй половине XX в. на Западе широко обсуждается законность эвтаназии. В 1958 г. Доктор Джек Кеворкян

опубликовал ряд статей, в которых призывал лишать жизни преступников, приговоренных к смертной казни, через эвтаназию. Нужно было это для того, чтобы тела виновных послужили «на благо», для научных опытов и пересадок. В течение нескольких лет Кеворкян стал свидетелем ужасных самоубийств отчаявшихся больных, и решил, что безнадежно больным людям просто необходима эта процедура. Одна известная газета опубликовала его объявление – «желаете легкой смерти, я подарю вам ее». Его первой и последней пациенткой стала женщина 54 лет, страдавшая неизлечимой болезнью. В своем стареньком фургончике – лаборатории он оборудовал все необходимые условия и самое главное – свое изобретение «машину смерти» – приспособление в виде капельницы. В ней было предусмотрено устройство для немедленного прерывания манипуляции, на случай, если пациент передумает. Последние слова его пациентки – слова благодарности. После был громкий судебный процесс, конфискация «машины смерти» и обещание никогда не заниматься подобным.

Активная эвтаназия более беспощадный способ, но, тем не менее, в современном мире некоторые из стран пошли по пути ее легализации, как естественной помощи тяжелобольным людям. В частности, Нидерланды, Канада, Бельгия, Люксембург, несколько штатов США. Только пассивная эвтаназия разрешена во Франции, Венгрии, Дании, Норвегии, Австрии, Германии, Испании. В России же эвтаназия запрещена в соответствии с ФЗ №323 «Об основах здоровья граждан в РФ».

Голландия стала первой страной официально разрешившей эвтаназию. С 80-х годов XX в. столетия смерть здесь является выбором «образа жизни». Закон об эвтаназии был предложен и принят либеральным министром здравоохранения Элс Борст, несмотря на сильнейшую оппозицию со стороны католической и кальвинистской церковей. Менталитет голландцев очень отличается от российского, возможно, именно это повлияло на поддержку закона народом. В Голландии нет четкого социального различия мужчин и женщин: профессии существуют общие (женщины водят грузовики, когда мужчины сидят рядом), а мужчины, в свою очередь, работают уборщиками и кассирами. Следует обратить внимание на внешние особенности – чистой женской красоты нет, ни румяных щек, ни косы, ни талии, часто

грубый, сиплый голос; мужчины же гораздо мягче русских. Стоит упомянуть о законности однополых браков, легализации легких наркотиков. Возможно, поэтому с духовной и нравственной стороны жителям кажется довольно приемлемым «умирать на каждом шагу».

В 1976 г. Верховный Суд Калифорнии официально разрешил больным отказаться от лечения, поддерживающего их жизнь. Сегодня в США практика пассивной эвтаназии очень популярна. Если пациент заблаговременно отказывается от реанимации, он носит специальный браслет, над его кроватью в больнице значится «не оживлять». Положительным аспектом является лишь то, что существует множество условий для подобной манипуляции, которые регулирует закон: должно быть письменное соглашение-просьба на добровольную смерть; завещание, составленное на близких людей, а также положительное психоэмоциональное состояние пациента.

В Бельгии эвтаназия разрешена с 2002 г. В этой стране в арифметической прогрессии на протяжении нескольких лет увеличивалось количество воспользовавшихся подобной услугой. Согласно бельгийскому законодательству, помочь уйти из жизни можно только лицам, достигшим 18 лет, при условии обнаружения у них опасного заболевания, наличия письменного заявления «о желании уйти из жизни».

К аргументам в пользу эвтаназии зачастую относят следующее: 1) человеку должно быть предоставлено право самоопределения, возможность выбора – продолжать жизнь, страдания или прекратить их; 2) человек должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения; 3) человек имеет право быть альтруистом, т.е. пожалеть своих близких, не обременять их ни морально, ни финансово; 4) экономическая сторона проблемы: лечение и содержание обреченных больных отнимает у общества немало средств, которые могли бы быть перенаправлены на другие цели.

Следует прислушаться и к противникам этой ужасной манипуляции. Ведь по сути, эвтаназия – убийство одного человека другим. А убийство, даже безнадежного больного, противоречит всем принципам медицинского работника. Врач – это призвание, можно сказать призвание к спасению, к борьбе со смертью, а не помощь ей. Против эвтаназии выдвигаются такие

аргументы, как: 1) игнорирование ценности человеческой жизни; 2) вероятность диагностической и прогностической ошибки врача; 3) возможность появления новых медикаментов и способов лечения; 4) наличие эффективных болеутоляющих средств; 5) риск злоупотреблений со стороны персонала.

Согласно христианской морали, умерщвление больного, как и непротивление его смерти, аморально. Смерть – это своеобразное постижение мудрости. Человек перед смертью должен понять для чего он жил, что успел сделать. И на все это ему отводится определенный срок – длиной в его жизнь. И никто, кроме Бога, не вправе решать, насколько сократить этот срок. Убийство не бывает гуманным, ведь жизнь это высшая ценность. А лишить жизни человека, под каким бы то ни было «благим» предлогом недопустимо; ведь все мы знаем, куда ведут благие намерения.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАТНОЙ И БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ

Н.В. Аникина

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Лечебный факультет

Научный руководитель: преподаватель А.Д. Максакова

Многовековая история медицины указывает на то, что врач не может оказать полноценную помощь пациенту, если не обладает соответствующими этическими качествами. Этика – одна из древнейших теоретических дисциплин, объектом изучения которой является мораль, нравственность. Известно, что, помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии.

В последние годы сложилась непростая ситуация в отечественной медицине. Рыночная экономика проникла во все сферы общества, в том числе и в систему здравоохранения. Лечение становится услугой, за которую должен платить пациент. В такой ситуации отношение между доктором и

больным приобретают коммерческий характер. Бескорыстность врачебной деятельности ставится под сомнение, доверие пациентов к медикам утрачивается. Всё эти обстоятельства ставят врача перед сложным моральным выбором.

Современное общество пришло к пониманию того, что охрана здоровья должна быть правом человека, а не привилегией для тех, кто себе это может позволить. Системы здравоохранения, которые реально не обеспечивают доступность медицинской помощи для всех граждан, не могут считаться справедливыми.

Врач является обладателем знаний и навыков, которые он получил тяжёлым трудом во время обучения. Эти знания являются его собственностью и достоинством. Поэтому долг врача оказать помощь в свою очередь предполагает обязанность общества в соответствии принципом справедливости достойно вознаградить его за проделанную работу. Если врачу за его высококвалифицированный труд платят недостойную зарплату, то это является разновидностью социальной несправедливости.

Фонд «Здоровье» обнародовал результаты независимого мониторинга размера зарплат российских медработников. Как показало исследование, в большинстве регионов врачи и медсестры получают менее 20 тысяч рублей в месяц.

При этом, отмечают в Фонде, в тех регионах, где можно говорить о более-менее приемлемых зарплатах, как правило, высок процент совместительства, когда врачи, чтобы обеспечить себе достойное существование, вынуждены работать на нескольких ставках.

Постоянные изменения в структуре управления системой здравоохранения, недофинансирование отрасли не могли не отразиться на функционировании системы оказания медицинской помощи населению на различных этапах взаимодействия с пациентами: в поликлинике, при оказании скорой (первичной) помощи, в проведении профилактических мероприятий. В частности, это выражается в том, что многие медицинские услуги, бывшие когда-то бесплатными, например, большинство видов анализов, материалы для процедур, пациентам приходится оплачивать самостоятельно.

13 января 1996 года правительство РФ издало постановление № 27 «Об утверждении правил предоставления

платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». Оно открыло границы для распространения платных услуг практически во всех лечебных учреждениях, в том числе государственных и муниципальных.

«Платность» бесплатных медицинских учреждений вызывает возмущение общественности именно потому, что людям приходится платить немалые суммы за то, что по закону должно являться бесплатным и доступным для тех, кто не в состоянии оплачивать услуги частных клиник. Граждане должны иметь возможность получать достойный медицинский уход на уровне услуг обязательного медицинского страхования бесплатно. При нынешнем положении вещей кажется, что было бы лучше окончательно отделить платную медицину от бесплатной, переведя муниципальные медицинские учреждения на полное государственное обеспечение.

Из выше указанного можно проследить сложное положение как пациента, так и врача в сложившихся условиях. Работа врача – тяжела во всех аспектах: в плане умственной нагрузки, физической и моральной. Любой труд должен вознаграждаться соответствующе. Конечно, помощь врача должна быть бескорыстной, идти от чистого сердца. Медика не учат зарабатывать на болезни, а учат лечить людей. Но врач тоже человек и ему необходимы средства к существованию. Кто же должен оплачивать этот труд? Государство или пациент? Не все пациенты могут позволить себе платные услуги: приём врача или диагностическую процедуру, не говоря о дорогостоящих операциях. И как быть если нет денег на лечение? Умирать? Можно сделать лишь один вывод, необходим подход, основанный на принципе справедливости как для медиков, так и для пациентов, потому что отношения врача и больного не должны оцениваться монетой, потому что это, в первую очередь, человеческие отношения.

Также огромное распространение получили факторы социального неравенства, например, экономический – объём заработка пациента определяет сумму, которую он может потратить на медицинскую услугу, таким образом лечение становится привилегией высокодоходных групп населения.

Распространенность приобрели неофициальные платежи. Считается, что с помощью «благодарности» за лечение компенсируются недостаточно высокие зарплаты докторов.

Интересно также, что некоторые врачи считают, что сама система из-за недостатков системы страхования, дефицита лекарств и оборудования порождает практику теневых платежей. А некоторые пациенты говорят о том, что если заплатить неофициально, то медицинское обслуживание обойдется дешевле, чем если платить как положено – через кассу.

Основные причины, по которым пациенты прибегают к «прямым» выплатам – неудовлетворенность доступностью и качеством лечения, а также высокая стоимость платных медицинских услуг по сравнению с неофициальными платежами.

Почему же востребованы платные медицинские услуги, каковы причины обращения к ним? Обратимся к статистическим данным. Во-первых, у пациентов нет времени ждать в очередях (15%); они считают, что платные услуги качественнее (14,8%) и обеспечивают более высокий уровень комфорта (3,3%). Считают, что необходимую медицинскую услугу практически невозможно получить бесплатно (13,8%). Как видим, проблема качества и доступности услуг современного здравоохранения выдвигается в число первоочередных, при этом эксперты и население единодушны в такой оценке.

Таким образом, врач и пациент оказываются на рынке медицинских услуг. Возникает вопрос: что продается и что покупается? Неужели помощь медика и здоровье пациента? Проблема стоит особенно остро, а её формулировка далека от нравственного идеала, но близка к реальной жизни.

Современный врач оказался в очень непростой ситуации: с одной стороны, давление рыночной экономики и закона, а с другой – мораль и нравственность, которые являются внутренним стрессом личности медика. В чью пользу сделать выбор? В пользу заработка или людей? Это звучит так критично, потому что на небольшую зарплату медикам прожить сложно, но не менее сложно поступиться своими принципами и принимать «благодарности», а тем более намекать на материальное вознаграждение самостоятельно. Значит нужно сделать выбор между моральным долгом и «дополнительным заработком».

Этот вопрос особенно остро стоит перед нами, студентами. Наши представления о моральных качествах врача идеальны, а на практике мы сталкиваемся с ситуациями, которые противоречат нашим представлениям о высоких моральных качествах врача. Это не говорит о том, что все врачи корыстные и нечестные. Но слишком много людей считают, что для получения помощи нужно, чтобы в кармане белого халата оказалась купюра. И ведь есть такая практика среди врачей. Возможно здесь дело уже в конкретных людях, в их моральных качествах, а не во врачах в целом. Ведь в каждой профессии есть корысть и халатность, только в медицине цена этого слишком высока – здоровье и жизнь. Поэтому необходимо ещё у студентов-медиков формировать личность врача с высокоморальными принципами. Эти моральные установки станут для будущего доктора внутренним компасом, который не даст сбиться с правильного, честного пути. Также необходимо совершенствование системы здравоохранения, которая создаст условия для работы молодого специалиста: клиники с современным оборудованием, увеличение количества времени на приём пациентов, для установления межличностного контакта, и, конечно же, предоставит достойную зарплату.

Врач – высокое звание, которого медик должен быть достоин, и которое пациент должен уважать.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Е.С. Архипова, М.П. Грозовская, А.В. Сперанский
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Медико-профилактический факультет
Научный руководитель: доц. Г.С. Огрызкова**

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в муниципальной системе здравоохранения в соответствии с законодательством. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в

соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

В современном здравоохранении лечебным учреждениям ежедневно приходится сталкиваться с жалобами и обращениями пациентов по поводу низкого качества предоставленных медицинских услуг. С данными проблемами ЛПУ встречаются на различных этапах оказания медицинской помощи, начиная с записи на прием больных к врачу, заканчивая выпиской больных. Поэтому с целью повышения качества медицинской помощи мы решили изучить данную проблему с помощью проведения опроса на базе ГБУЗ МО «Коломенская центральная поликлиника №1», а так же оказать содействие ЛПУ по решению наиболее острых и проблемных вопросов, с учетом полученных данных.

Таким образом, целью нашего социологического исследования была оценка качества оказания медицинских услуг медицинской организацией в амбулаторных условиях.

Задачи исследования:

- 1) Провести анкетирование пациентов на базе ГБУЗ МО «Коломенская центральная поликлиника №1».
- 2) Проанализировать полученные результаты и определить наиболее проблемные места в работе лечебного учреждения.
- 3) По результатам опроса, предоставить предложения по совершенствованию организации деятельности конкретного ЛПУ.

На основании распоряжения управления координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций №2 Министерства здравоохранения Московской области, для проведения анкетирования нам были выделены следующие даты: 18, 20, 22, 23 апреля 2016 года.

Всего было опрошено 286 пациентов. В состав анкеты вошло 17 вопросов, которые были согласованы с администрацией лечебного учреждения, и позволяли охарактеризовать различные аспекты его деятельности, такие как организация работы с пациентами, качество и сроки оказания медицинских услуг, востребованность услуг и др.

Полученные результаты были сформированы по группам. Так, большая часть пациентов обратилась к врачам терапевтического профиля (терапевты – 116 чел., общей практики (семейному врачу) – 30 чел.), что соответствует 51%

опрошенных. 21% (60 чел.) обратился для получения услуг узких специалистов (лор-врач, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие). 28% (90 чел.) обратились за получением иных услуг (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т. д.). Таким образом, 72% обратился за получением медицинской услуги, что является основным родом деятельности организации. При этом 67% (193 чел.) опрошенных приходилось стоять в очереди в регистратуру, чтоб попасть к специалисту. Данную картину негативно дополняет и то, что 11% (32 чел.) сразу не смогли попасть на прием к врачу или вызвать врача на дом.

Вследствие указанного положения дел, только 29% (82 чел.) остались довольны организацией обслуживания в ЛПУ. Большая часть – 71% (204 чел.) были не удовлетворены поведением медицинского персонала. Однако необходимо отметить тот факт, что 94% (269 чел.) прошли прием у врача в установленное время (по записи в талоне) и только 6% (17 чел.) – не своевременно. В результате 80% (230 чел.) были удовлетворены пребыванием в медицинской организации; соответственно 20 % (56 чел.) по тем или иным обстоятельствам остались не довольными пребыванием в ЛПУ. При этом число удовлетворенных качеством самих услуг – 78% (224 чел.) и 22% (62 чел.) – соответственно не удовлетворены. Однако, оценивая последние показатели нужно принимать во внимание то, что 25% (71 чел.) опрошенных имели установленную группу ограничения трудоспособности, что в той или иной мере накладывает отпечаток на восприятие человеком медицинской организации; соответственно 75% (215 чел.) установленных ограничений не имели. Вместе с тем, значительная часть опрошенных 66% (188 чел.) благодарили персонал медицинской организации за оказанные медицинские услуги, соответственно, не благодарили – 34% (98 чел.).

Анализируя поведение пациентов нужно отметить, что значительная часть респондентов обращается к визуальной информации, размещаемой ЛПУ. Так к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, и др.) обращались 95% (271 чел.) пациентов, а к информации, размещенной в сети интернет перед посещением ЛПУ – 61% (175 чел.). Такая расстановка говорит о том, что пациенты заинтересованы в получении максимальной информации в целях выбора качественной и своевременной услуги медицинского

характера. Подтверждением этому могут служить и число лиц, комментировавших медицинское обслуживание в социальных сетях. 22% (64 чел.) респондентов оставляли соответствующие комментарии, 78 % (222 чел.) – нет.

Характеризуя контингент опрашиваемых, можно отметить следующие факторы. Большая часть контингента, обратившегося в ЛПУ - 95% (273 чел.) получали услуги за счет ОМС (бюджета), на платной основе – 5% (13 чел.). Лиц, получавших те или иные услуги за счет ДМС, не было. При этом, интенсивность обращения респондентов к терапевту (врачу общей практики) распределилась следующим образом: раз в месяц – 11% (31 чел.), раз в квартал 17% (48 чел.), раз в полугодие – 25 % (71 чел.), раз в год 24% (69 чел.), не обращаюсь – 23% (67 чел.). 80% (228 чел.) опрошенных знает своего участкового терапевта (врача общей практики) и график его работы и только 20% (58 чел.) – нет. Частота обращения к узким специалистам (лор-врач, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог и другие) выстроилось так: раз в месяц – 19% (54 чел.), раз в квартал – 11% (32 чел.), раз в полугодие – 29% (84 чел.), раз в год – 6% (18 чел.), не обращаюсь – 35% (98 чел.).

Длительность ожидания проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование (18% (52 чел.) не получали таких назначений) составила: ≥ 14 календарных дней – 5% (12 чел.), 13 дней – 4% (10 чел.), 12-11 дней – 11% (26 чел.), 10 дней – 35% (82 чел.), 9-8 дней – 18% (41 чел.), менее 7 дней – 27% (63 чел.). Длительность ожидания проведения аппаратного диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (67% (194 чел.) не получали таких назначений): составила: 28 дней – 11% (10 чел.), 27-16 дней – 5% (5 чел.), 15 дней – 37% (34 чел.), менее 15 дней – 47% (43 чел.). Согласно постановлению Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и плановый период

2015 и 2016 годов, не все нормативы по длительности ожидания оказания медицинских услуг были соблюдены в полном объеме. В частности, длительность ожидания проведения аппаратного диагностического исследования не соответствует установленным нормативам, которые применяются для диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 10 рабочих дней.

В целом, можно говорить о следующих результатах проведенного исследования:

1. Значительная часть пациентов при первом обращении сразу записывается на прием к врачу и получает талон, что позволяет получить им искомую услугу. Врачи в учреждении стараются соблюдать время приема, культуру общения с пациентами. Данные обстоятельства указывают на формирование удовлетворенности у пациентов от визита в ЛПУ.

2. В целом, большинство претензий населения к работе ЛПУ было связано не с качеством оказания медицинских услуг, а с недостатками в организации этой работы.

В связи с этим, нам удалось выявить наиболее «проблемные места» в анализируемом ЛПУ. К их числу можно отнести: 1) образование очередей возле регистратуры, 2) не везде пациентов встречает вежливый персонал, 3) длительность сроков ожидания проведения диагностического исследования. Последний фактор является системной проблемой ЛПУ, так как связан с вопросами финансирования материально-технической базы медучреждения и напрямую от его деятельности не зависит, т.к. желание персонала оказать услуги при отсутствии необходимого количества инструментария должных результатов дать не могут.

Для устранения других слабых мест с целью повышения информированности как населения, так и руководителя учреждения нами был создан плакат: «У нас вежливый персонал! Не согласен? Звони (тел. главного врача)», «Очередь в регистратуру? Отправь фото: med-okrug2@yandex.ru». Данные плакаты, привлекают граждан к прямому общению с руководством, помогут администрации поликлиники ликвидировать данные проблемы. Цели и задачи нашей работы были достигнуты в полном объеме.

МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Н.А. Афонина

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринской деятельности
с курсом социальной гигиены и организации
здравоохранения ФДПО
(Зав. кафедрой – доц. О.В. Медведева)**

Врачебная тайна, в силу особенностей самой врачебной деятельности - важнейшее понятие деонтологии (от греч. deon - должное и logos - учение) как учения о принципах поведения медицинского персонала в общении с больным и его родственниками. Специфика врачебной тайны состоит в том, что её сохранность гарантируется законодательно и обеспечивается путём установления определённых запретов и юридической ответственности за её разглашение.

Под врачебной тайной следует понимать все сведения, полученные от больного или выявленные при медицинском обследовании либо лечении, не подлежащие разглашению без согласия больного. К врачебной тайне отнесены: факт обращения в медицинское учреждение, информация о функциональных и физических недостатках организма, наследственных болезнях, вредных привычках, диагнозе, осложнениях, прогнозе, семейной и интимной жизни, факт усыновления и удочерения, состоянии здоровья родственников. Сюда относятся также сведения и немедицинского характера, высказанные врачу или другому медработнику, юристу в присутствии врача, касающиеся его завещания, наличия коллекций или иных ценностей, увлечений, личных взаимоотношений с близкими родственниками и др. Обязательным условием квалификации разглашения информации как врачебной тайны является получение ее при исполнении профессиональных обязанностей, независимо от того, получена ли она в лечебном учреждении или вне его при оказании экстренной помощи. Следует отметить, что врачебная тайна сохраняется и после смерти больного, она может быть оглашена только при получении разрешения его законных представителей или близких родственников [1].

В медицинской литературе иногда к врачебной тайне относят также сведения о тяжелом состоянии больного, сокрытие истинного диагноза при неизлечимом заболевании или неблагоприятном прогнозе, то, что принято называть "святой ложью". Кстати, такая деликатная информация ему выдается только по его желанию. Однако, эта важная информация больного, составляющая часть врачебной этики, не входит в понятие врачебной тайны. Субъектами этого правонарушения, с тех пор как медицина из индивидуальной стала коллективной, являются не только врачи разных специальностей, средний и младший медперсонал (медсестра, акушерка, регистратор, санитарка), но и работники, выполняющие в медучреждении и за его пределами профессиональные, служебные и должностные обязанности. Это фармацевтические и технические работники, инженеры, регистраторы, сотрудники органов дознания, следствия, суда, научные работники, преподаватели высших и средних медицинских учебных заведений. Поэтому логичней это привычное и ясное медикам понятие назвать врачебной тайной. Впервые понятие врачебной тайны четко сформировалось в клятве Гиппократы: "Чтобы при лечении, а также без лечения я ни увидел и ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной". В прошлом веке в России государственного закона об ответственности за нарушение врачебной тайны не было. Отношение к этой проблеме было выражено лишь в тексте торжественного обещания, которое давали выпускники медицинских факультетов университетов при получении диплома. Они клялись, "помогая страждущим, свято хранить семейные тайны и не употреблять во зло оказанного доверия". Это фраза лишь затрагивала проблему.

История проблемы врачебной тайны с точки зрения требований правосудия и врачебной этики затронута в 1894 г. в докладе на V съезде Российского Пироговского общества врачей. Отметив, что все западноевропейские законодательства, за исключением российского, налагают на врачей юридическую ответственность за разглашение врачебной тайны и дают право врачу отказаться от свидетельских показаний в суде, было призвано свято выполнять это благородное профессиональное

обещание, имеющее не только личный, но и общественный интерес.

Интересно, что после Октябрьской революции в нашей стране были сторонники отмены врачебной тайны, считая ее пережитком буржуазной медицины. Первый нарком здравоохранения М.А. Семашко в 1925 г. писал: "Держа твердый курс на уничтожение врачебной тайны - пережитка буржуазной медицины - каждый советский врач должен быть чутким общественным работником, а не понимать свою задачу формально".

Под влиянием постреволюционных взглядов, не считавшихся с интересами личности, вопросы врачебной тайны рассматриваются, в частности, и в работе проф. Ф.А. Вальтера (1926), который полагал, что вопрос о врачебной тайне - вопрос государственной целесообразности. Признавая необходимость сохранения врачебной тайны в отдельных случаях, автор подчеркивает: "Если бы закон считал целесообразным, чтобы те или иные сведения, касающиеся частной жизни граждан, стали известными определенному кругу лиц и даже достоянием широкой гласности, следует это сделать, ибо обосновывать профессиональную обязанность медперсонала на интересах отдельной человеческой личности - принципиально недопустимо".

Правовая регламентация врачебной тайны содержится в ряде нормативных документов. Прежде всего, в ст. 23 Конституции РФ, в которой записано, что каждый имеет право на неприкосновенность личной жизни, личную и семейную тайну. Нарушение этого права допускается лишь на основании судебного решения.

В соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 25.03.98 № 30 "О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну" сохранение врачебной тайны прямо касается работников страховых организаций.

Наконец, в ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» имеется ст. 13 "Врачебная тайна", в которой подробно рассматриваются вопросы, связанные с сохранением врачебной тайны, приводятся условия допустимости ее разглашения [2].

Передача сведений, составляющих врачебную тайну, допустима только при условии согласия больного либо его законного представителя (в возрасте до 15 лет - это родители, а при их отсутствии или недееспособности - опекуны). Если больной не назначил доверенное лицо для передачи сведений, составляющих врачебную тайну, то следует узнать у него, кому из близких он разрешает ее передать. В то же время нельзя вдаваться в другую крайность и защищать выдачу какой-либо информации о больном. При соблюдении указанных условий запрет тоже является нарушением закона. Он будет препятствовать научным исследованиям, обучению медиков, которое основано на изучении практического материала, не всегда следует ограничивать выдачу сведений средствами массовой информации. Однако при этом надо помнить и соблюдать требования Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и положения врачебной этики и деонтологии.

В соответствии со ст. 13 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия больного или его законного представителя в следующих случаях [2]:

1. В целях обследования и лечения гражданина, неспособного из-за своего состояния выразить свою волю. Имеется в виду физическое или психическое состояние больного при отсутствии его законных представителей или невозможности в силу неотложности оказания медицинской помощи с ними связаться для получения согласия.

2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений. Это необходимо в целях предотвращения распространения инфекций в соответствии с другими нормативными документами и в порядке, рекомендуемом инструкциями и правилами, утвержденными приказом органа управления здравоохранением.

3. По запросу органов дознания и следствия, прокурора, суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства. Это может быть постановление органов дознания или расследования, определение суда или их письменный запрос.

4. В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет - для информирования его родителей или законных представителей.

5. При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий (огнестрельное, взрывное, колото-резаное ранение, неясные обстоятельства иной травмы, асфиксии или отравления).

Такие сведения должны быть переданы адресно, руководителю соответствующего лечебного учреждения.

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, может произойти при анализе состояния больного при обходах врачами, интернами, студентами или учащимися на практических занятиях, при обсуждении истории жизни или болезни пациента, клинических и лабораторных данных, диагноза. Следует иметь в виду, что некоторые медицинские термины и сокращения многим больным известны и в палате всегда найдется больной, который их расшифрует. Вместе с тем присутствующих, особенно студентов, следует предупредить, что нельзя отвечать на вопросы неизвестных лиц о конкретных больных [2].

Еще один источник информации - это научные сообщения, особенно в больших аудиториях. Все сказанное должно быть тщательно продумано и обязательно согласовано с больным. Фотографии, слайды, видеосъемка - все может быть представлено только так, чтобы больной был неузнаваем.

Следующий источник информации - это медицинская документация. Прежде всего, это история болезни, амбулаторная карта, листок нетрудоспособности. Много было попыток шифровать диагноз или затруднять доступ к истории болезни [3].

При несогласии указывается только причина нетрудоспособности (заболевание или травма). Иногда целесообразно не указывать название ЛПУ (туберкулезное, психиатрическое), а только его номер. С компьютеризацией лечебных учреждений источником информации является база данных о конкретных больных, заложенная в компьютере, вторжение в которую может нанести моральный вред больному. Наконец, еще одним каналом распространения врачебной тайны, иногда с тяжкими последствиями, являются средства массовой информации, которые получают сведения от врачей и, нарушая

не только журналистскую и врачебную этику, но и законодательство, их распространяют [4].

Законодательством предусмотрена ответственность за неправомерное разглашение врачебной тайны. Прежде всего, следует обратить внимание, что сохранение врачебной тайны является моральной обязанностью врача. Ее незаконное разглашение - признак профессиональной непригодности или неопытности врача.

Литература:

- 1) А. Кэмпбелл [и др.] Медицинская этика: учеб. пособие: пер. с англ.; / под ред. Ю.М. Лопухина - М.:ГЕОТАР-Медиа, 2005.- 400с.
- 2) Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. (ред. от 29.12.2015г.) № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - М., 2015.
- 3) Хрусталеv Ю.М. Биоэтика: философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник / Ю. М. Хрусталеv. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 400 с.
- 4) Лопатин П.В., Карташова О.В. Биоэтика: учебник для вузов: М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006.-240с.

ВОСПИТАНИЕ ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫХ НАЧАЛ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ПРИОБЩЕНИЯ К КРАЕВЕДЧЕСКОМУ МАТЕРИАЛУ

**О.В. Баковецкая, Н.Г. Бабкина, М.А. Меркулова
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра гистологии и биологии
(Зав. кафедрой – проф. Ю.И. Ухов)**

Одной из приоритетных задач, стоящих перед преподавателем, является введение студента в будущую профессию. Особое внимание при этом уделяется развитию интереса к избранной профессии, профессиональной этики, пониманию общественной значимости будущей профессии и ответственности за уровень профессиональных знаний. Однако, не менее важно формирование духовного облика человека. Это

непрерывный процесс, он начинается с рождения человека и продолжается всю жизнь. С введением ФГОС ВПО нового поколения появляются новые возможности для формирования воспитательной среды вуза. Это, прежде всего, должна быть среда, опирающаяся на ценности и нравственные ориентиры, традиционно сложившиеся в ходе исторического развития российской государственности; это среда сотрудничества, предполагающая активные и интерактивные формы общения в единстве учебной и внеучебной работы. В процессе профессионального становления, изучения наук важно видеть какие-то ориентиры. Такие ориентиры – это люди, создававшие науку, историю и славу нашего вуза. Рязанская земля богата талантами. Элементом профессионального становления является обращение к краеведческому материалу, воспитание гражданственности, патриотизма, духовно – нравственных начал личности студентов на примерах жизни наиболее ярких представителей Рязанского края. Безусловно, таким человеком является И.П.Павлов. Влияние социальной среды и примеры близких людей, неустанная работа над собой помогли ему стать великим ученым-естествоиспытателем, о котором П.Л. Капица написал: «Гениальных ученых мало. Но еще реже гениальный ученый совмещается с большим человеком». Иван Петрович принадлежит к таким редким исключениям. При проведении занятий по биологии мы обращаемся к краеведческому материалу, но еще большую возможность дает внеучебная работа. Так, в рамках заседаний СНО проводятся экскурсии, готовятся доклады, посвященные нашим землякам.

Уместно вспомнить слова священника Александра Меня «Духовное возрождение России происходит не только под влиянием трудов, которые оставили нам великие деятели науки, но и под непосредственным влиянием их личности. Забвение духовных идеалов рано или поздно ведет к национальным трагедиям».

Наша история, культура, сегодняшний день благодатны для воспитания патриотизма, гражданственности, формирования духовно - нравственных начал в человеке, для его личностного роста и профессионального становления.

ФОРМИРОВАНИЕ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В ПРЕПОДАВАНИИ БИОЛОГИИ

О.В. Баковецкая, М.А. Меркулова, Е.Е. Степура

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра гистологии и биологии

(Зав. кафедрой – проф. Ю.И. Ухов)

Без сомнения, врач должен обладать высоким уровнем теоретических знаний и профессиональных навыков и, что не менее важно, исключительными человеческими качествами. Моральные обязанности, которые налагает врачебная профессия, впервые получили концентрированное выражение в клятве Гиппократов (IV в. до н. э.). Поэтому подготовка врача предусматривает приобретение студентами профессиональных знаний, умений и навыков в сочетании с формированием присущих профессии нравственных качеств личности. На первый курс приходят разные ребята, зачастую «не готовые» к медицинской деятельности юные интеллектуалы, из которых необходимо воспитать врачей. Работа профессорско – преподавательского коллектива в рамках биоэтического воспитания должна начинаться сразу, с первых курсов при преподавании теоретических доклинических дисциплин. Традиционно личностные нравственные качества врача в системе высшего медицинского образования формировались на основе медицинской этики и деонтологии.

Становлению гуманистических личностных качеств на предклиническом этапе обучения способствует медицинская направленность преподавания естественно-научных дисциплин, ориентирующая студентов на восприятие получаемых знаний для дальнейшего их использования в диагностической и лечебной деятельности, минимизация использования в учебном процессе экспериментальных животных. Важное значение в формировании личности будущего врача придается преподаванию биологии – учебной дисциплины, которые студенты начинают постигать с первых дней обучения в университете.

В процессе изучения этой учебной дисциплины освещаются вопросы расшифровки генома человека, клонирования организмов, генной инженерии, трансплантологии, заместительной терапии стволовыми клетками, современных

репродуктивных технологий, эвтанази. В воспитании у студентов таких личностных качеств, как чувство сострадания и сопереживания важное значение имеет гуманное обращение с животными при проведении экспериментов.

Таким образом, преподавание биоэтических вопросов на кафедре гистологии и биологии осуществляется с первых дней обучения. Для этого имеются подготовленные кадры, разработана программа курса и научно-методическое обеспечение преподавания. Существенным в формировании основ профессионального сознания на доклиническом этапе обучения является то, что студенты воочию убеждаются, что гуманистические принципы не только постулируются, но и реализуются на практике. Клиническая интерпретация знаний и фактов в преподавании естественнонаучных дисциплин способствует осознанию студентами значимости приобретаемых знаний в будущей практической работе с больными.

МОТИВАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ФОРМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

Н.А. Белова, О.О. Белова, Л.Е. Таланова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра клинической психологии и психотерапии

(Зав. кафедрой – доц. Б.Ю. Володин)

На современном этапе развития специализированной медицинской помощи населению России, в ряде стандартов оказания помощи при соматических заболеваниях, предполагается участие медицинского психолога в диагностике, психологической коррекции, адаптации и реабилитации больных. Медицинский психолог становится одним из специалистов, деятельность которых влияет на процесс выздоровления и восстановления социальной активности и качества жизни пациентов.

В связи с особенностями характера профессиональной деятельности психолога, к его личности предъявляются

специфические требования. Прежде чем он будет проводить исследования либо оказывать психологическую помощь другим людям, его собственная личность должна быть сбалансирована, цели и мотивы осознаны.

В Федеральном государственном образовательном стандарте подготовки специалистов по направлению «Клиническая психология» приведены общекультурные компетенции, которые, в том числе, отражают требования к уровню развития личности, как рабочего инструмента выпускника университета, который должен обладать:

способностью и готовностью к совершенствованию и развитию своего интеллектуального и общекультурного уровня, нравственного и физического совершенствования своей личности;

способностью и готовностью к владению навыками анализа своей деятельности и умению применять методы эмоциональной и когнитивной регуляции (для оптимизации) собственной деятельности и психического состояния;

способностью и готовностью к восприятию личности другого, эмпатии, установлению доверительного контакта и диалога, убеждению и поддержке людей.

На факультете клинической психологии университета было проведено исследование мотивации профессиональной деятельности студентов выпускного курса, которое состоялось после преддипломной практики. В исследовании приняли участие 35 человек. Была использована методика «Мотивационный профиль (Ричи-Мартина)». В основу теста заложена модель поведения, исследованная специалистами по изучению потребностей человека на рабочем месте, в результате которой авторы описали двенадцать факторов, мотивирующих человека на работу.

Исследование позволило выявить выраженную потребность респондентов в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; желание иметь работу с хорошим набором льгот и надбавок; потребность в комфортных условиях работы. Очевидно, что в условиях бюджетных медицинских учреждений, где должность «медицинского психолога» в разделе «прочих», а большая часть врачей до сих пор плохо или совсем не представляют себе, чем занимается медицинский психолог, эти

потребности окажутся фрустрированы. Молодому специалисту при этом будет трудно устоять перед соблазном найти работу пусть не по специальности, но с более высокой оплатой, либо он будет вынужден работать много с риском быстрого развития синдрома выгорания. Это первое противоречие. Второе - для того чтобы зарабатывать большие деньги, люди, мотивированные именно заработком, должны быть высоко компетентными специалистами. По объективным причинам трудно допустить, что выпускник, не имеющий опыта работы, является таковым.

С другой стороны обнаружилось низкие показатели потребности во влиятельности и власти, стремлении руководить другими. Выявлена низкая потребность ставить для себя сложные цели и достигать их. Стремление следовать поставленным целям и быть самомотивированным также мало выражено. Следовательно, участники исследования, сведя к минимуму собственную активность и ответственность, скорее предпочли бы, чтобы и их не трогали. Для конкурентной среды частной практики, где существует вероятность более высоких доходов, такая позиция бесперспективна. Это третье противоречие.

Учитывая полученные результаты, особенно значимой становится деятельность по формированию выше отмеченных компетенций, профессионального и личностного становления и развития студентов-психологов.

Психологическое сопровождение, направленное на гармонизацию личности будущего специалиста, является необходимым условием успешного профессионального становления студентов-психологов. Необходима стимуляция развивающего потенциала, развитие мотивации овладения специальностью, формирование личной и профессиональной идентичности, овладение навыками рефлексии и саморегуляции поведения.

Конкретными формами сопровождения могут выступить психологическое консультирование и социально-психологический тренинг. Они направлены на развитие профессионально значимой мотивации оказания помощи и поддержки другим людям, развитие умения устанавливать и поддерживать отношения с коллегами, клиентами, испытуемыми. Они также нацелены на развитие способности к саморегуляции собственной активности, самостоятельности, стремления к

самосовершенствованию на основе осознания специфики своей индивидуальности.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОИЗВОДСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Н.А. Боровикова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра фармацевтической технологии

(Зав. кафедрой – доц. Н.Г. Селезнев)

Основным направлением государственной политики Российской Федерации по развитию национальной фармацевтической промышленности на период до 2020 года является создание условий для ее перехода на инновационную модель развития, что, в свою очередь, гарантирует предотвращение угрозы безопасности страны в социально значимой системе лекарственного обеспечения.

С целью реализации мер, направленных на улучшение работы фармацевтической промышленности, следует учитывать этические аспекты производства лекарственных средств и придерживаться международных правовых норм поведения на фармацевтическом рынке. В связи с этим, одной из приоритетных задач стратегии развития фармацевтической промышленности России является защита внутреннего рынка от недобросовестной конкуренции.

На фармацевтических рынках всех стран имеют место негативные тенденции к неэтичному поведению и возникновению недобросовестной конкуренции.

Понятие недобросовестной конкуренции изложено в Федеральном законе РФ от 05.10.2015 № 135-ФЗ «О защите конкуренции»: недобросовестная конкуренция - любые действия хозяйствующих субъектов, которые направлены на получение преимуществ при осуществлении предпринимательской деятельности, противоречат законодательству Российской Федерации, обычаям делового оборота, требованиям добропорядочности, разумности и справедливости и причинили или могут причинить убытки другим хозяйствующим субъектам -

конкурентам либо нанесли или могут нанести вред их деловой репутации.

Недобросовестная конкуренция, по существу, содержит в себе основные элементы нарушения этики. Примерами неэтичной конкуренции являются: копирование внешнего оформления упаковки препарата; копирование товарного знака в сети Интернет; искажение информации о препарате; нарушения прав интеллектуальной собственности; введение в заблуждение потребителей с использованием несогласованности системы защиты товарных знаков; использование в торговых марках международных непатентованных названий и др.

Довольно часто неэтичная конкуренция имеет место при производстве дженериков, когда недобросовестные фармацевтические компании пытаются намеренно приблизиться к товарному знаку хорошо известного оригинального препарата, используя схожесть названий, графику логотипов, цветовую гамму и т.д. Потребитель воспринимает разные лекарственные препараты как одинаковые. Это серьезное нарушение прав как добросовестного правообладателя товарного знака, так и потребителя.

Другой пример неэтичной конкуренции: производители не предоставляют полной информации о препарате в инструкции по применению, в результате чего покупатели воспринимают препарат как более безопасный. В качестве примера подобного правонарушения можно привести препарат «Энап», выпущенный фирмой KRKA (Словения), аналог «Ренитека» производства американской фармацевтической компании MerckSharp&Dohme (MSD): в аннотации к «Энапу» вообще ничего не сказано о противопоказаниях, хотя таковые имеются.

Распространенный случай неэтичной конкуренции производителей - замена вспомогательного вещества в составе препарата и патентование его в качестве нового лекарственного средства (ЛС). Необоснованное применение вспомогательных веществ может привести к снижению, искажению или полной потере лечебного эффекта относительно референтного препарата. Объективное наличие этой опасности подтверждено рядом трагедий, вызванных токсическим действием вспомогательных веществ. Так, используемые в качестве консервантов сульфиды могут быть причиной астмы, генерализованной сыпи,

анафилактического шока; консервант бензалкония хлорид способен провоцировать риниты, кератиты.

Контроль за использованием Международных непатентованных названий (МНН), рассматривающихся в качестве объекта общественной собственности, в патентованных названиях лекарственных препаратов, торговых марках и других наименованиях, на которые распространяются права на интеллектуальную собственность, является одной из важнейших проблем. В 1993 г. ВОЗ приняла резолюцию, в которой потребовала от государств - членом ВОЗ принять ограничительные меры в отношении использования МНН, в том числе разработать руководства по использованию и защите МНН и препятствовать использованию производных от них названий, в частности названий, содержащих принятые корни в качестве торговых марок. Тем не менее, в течение последних нескольких лет общие корни МНН стали использовать в составе патентованных торговых названий лекарственных препаратов. В России в качестве примера можно указать препарат «Фексадин» Ранбакси Лабораториз Лимитед, в названии которого используется корень МНН фексофенадин. По мнению ВОЗ, такая практика затрудняет выбор новых МНН, поскольку они должны отличаться как от уже рекомендованных МНН, так и от товарных знаков лекарственных препаратов. Кроме того, это может привести к ошибкам при назначении или отпуске ЛС.

Особое внимание в рассмотрении вопроса об интеллектуальной собственности ЛС необходимо обратить на защиту формулы. Оригинальные препараты, зачастую, оказываются незащищенными от копирования со стороны недобросовестных конкурентов. Особенно часто это происходит в странах третьего мира, в которых отсутствует адекватная законодательная база.

Таким образом, вопрос о соблюдении этических норм в промышленном производстве лекарственных препаратов достаточно важен, так как это способствует установлению закона и правопорядка в фармацевтической отрасли, а также соблюдению прав гражданина на получение достоверной информации о качестве, эффективности и безопасности лекарственных средств.

**ЧЕЛОВЕК КАК ПРЕДМЕТ
ВРАЧЕВАНИЯ И ВОСПИТАНИЯ**
(теоретические основы медицинской антропологии)

В.И. Власов

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра эпидемиологии

(Зав. кафедрой – проф. Т.Д. Здольник)

*Здоровье*¹ – условно «нормальное здоровое состояние» всего человека – его «духа, души и тела» [1], при котором отсутствие «ощущения боли является здесь лишь одним из признаков»² такого рода здоровья. Отсюда можно сформулировать частные понятия видов здоровья всех частей трехсоставной природы человека [2]:

1) *внешнего* – как животного организма, представленного телесным составом человека [далее – ТСЧ, ТС] (анатомия и физиология) [«зоологический человек с его руками...», по Н. И. Пирогову (3)] и

2) *внутреннего* – как личности, представленной душой и духом [«нравственный человек», по Н. И. Пирогову (там же)].

Рассмотрим этот вопрос в свете христианской антропологии [1,3;4 и др.], теории живой материи [5, 6] и на основе синтеза *позитивного* (наука) и *метафизического* (религия) видов знаний. На великую пользу такого синтеза указывал известный русский философ С. Л. Франк [7] и др.

Здоровье ТС внешнего человека как животного организма – суть *соматическое здоровье* его живого тела, которое есть ничто иное как «организованное живое вещество» [5, 6]. Отсюда здоровье внешнего человека определяется состоянием его живого анатомического тела с " *массой покоя* > 0 " [8] как «*биоинформационного*» комплекса [9], представленного упорядоченной системой тканей, клеток, органов и систем (живой белок). Мериу *порядка* и *здоровья* в нем определяет количество и качество *информации* как «*негэнтропии*» [10] в системе, которой принадлежит анатомическое тело живого

¹ Здесь и далее курсив и выделение наши – В.В

² Слова в кавычках в первом абзаце – цитаты из книги К. Сталлибрасса «Основы эпидемиологии». М.: Медгиз, 1936. - С. 13.

человека (животного, растения) – системе «*живое вещество, свободная энергия жизни, информация*».

Цель работы – «как можно лучше выявить ценность, которую представляет для биологии триада понятий: вещество, энергия, информация» [10]. «В «триаде» - вещество, энергия, информация – можно видеть методологическую триаду и обоснование не только *теоретической физиологии*, но всей биологии вообще», - справедливо отметил выше названный автор. Естественно, что эпидемиология, как часть биологии и экологии состояний и процессов *видов живого вещества, энергии, информации* человека и общества в норме и патологии, не является исключением из этого правила. Данная работа включает два аспекта: *педагогический* и *медицинский*.

Педагогический аспект работы. Особое значение это правило имеет для *педагогики* и *воспитательной работы*, которые должны стремиться к уменьшению хаоса ложных мнений и представлений о моделях жизненного поведения среди обучаемых и воспитуемых, которые формирует *информация* учебная и воспитательная, исходящая от педагогов. Ибо одно профессиональное обучение основам будущей специальности – дело чисто техническое, которое никогда не сделает будущего специалиста даже самой высокой квалификации – *человеком*. Основой этой мысли служат слова диалога двух лиц из педагогической статьи Н. И. Пирогова «Вопросы жизни» [3. С. 28]. В мудрости и точности ответов второго лица первому невозможно усомниться здравомыслящему человеку.

- *К чему вы готовите вашего сына? – кто-то спросил меня.*

- *Быть человеком, - отвечал я.*

- *Разве вы не знаете, - сказал спросивший, - что людей собственно нет на свете; это одно отвлечение, вовсе не нужное для нашего общества. Нам нужны негоцианты, солдаты, механики, врачи, юристы, а не люди.*

- *Правда это или нет?*

«Пирогов четко и смело ставит этот вопрос, связывая его с вопросом о задачах *воспитания* и *назначения человека*, - пишет в книге памяти о профессоре психиатрии Д. Е. Мелехове³ В. Я.

³ Сын священника Рязанской Епархии – В.В. 35

Василевская [11]. – Читатель ... легко поймет, - продолжает она, - что мы стоим перед альтернативой:

1) или воспитание (и образование как элемент воспитания) заботится только о внешнем, прикладном, забывая того внутреннего человека, который как личность, проявляет себя во всех видах деятельности и недоразвитие которого сделает во многом бесплодной даже вредной его общественную и профессиональную деятельность;

2) или воспитание должно исходить из развития *внутреннего человека* (как личности – *В.В.*), и тогда его (внешняя – *В.В.*) деятельность даст обильные плоды.

Наша современная школа (в т.ч. высшая – *В.В.*), а в большинстве случаев и семья, идет по первому пути, - заключает названный автор.

- Пирогов, - продолжает В. Я. Василевская [11], - напоминает нам о необходимости иного, единственно правильного пути. Он говорит: *«Дайте созреть и окрепнуть внутреннему человеку»*. Но и этого еще мало. Вслед за этим идет второй, не менее важный совет: *«Дайте ему время и средства подчинить себе наружного* (иными словами, научите его работать над собой и бороться с собой), и у вас будут (хорошие – *В.В.*) инженеры, и моряки, и солдаты, и юристы (и врачи – *В.В.*), а главное, у вас будут (достойные – *В.В.*) люди и граждане» [Там же. С. 90].

Эпидемиологический аспект работы. Из приведенных слов легко понять значение и качество *информации* как духовной пищи (либо яда, инфекции), средства воспитания и образования (либо растления) *внутреннего человека* как личности (педагогическая клиника) и *общества такого рода людей* (эпидемиология информации - духовная эпидемиология) [12, 13, 14 и др.].

Источником и носителем *конструктивной информации*, согласно которой ТС внешнего человека как животного организма имеет тот или иной уровень соматического здоровья, является *дух жизни*, который животворит исходно мертвую, хотя и белково-организованную материю тела. Об этом прямо говорит знание метафизическое (религия). Кульминацией Божьего творения стало создание Им человека. *«И создал Господь Бог человека из праха земного, и вдунул в лице его дыхание жизни, и*

стал человек душою живою» (Быт. 2:7). «Итак, человек видимым образом телесен, но тело имеет в себе дыхание жизни, которое непосредственно от Творца. Этот дух связывает человека с Творцом и с небесным духовным миром, который вокруг него. Малое пламя, подобное вечному Божественному пламени. И хотя тело наше влачится по земле среди насекомых и зверей, этим пламенем связаны мы с небом и вечностью. Жизнь души, которую ведет и живит Божественный Дух, - вот что такое человеческая жизнь» [15]. Качество духа, живущего в человеке и обществе, определяет качество и самого человека, и общества. «В здоровом теле – здоровый дух», - гласит народная мудрость. Здесь также речь идет о *духе жизни*.

Инфицированная *духом жизни* белково-организованная материя является *живым веществом* (живым биологическим телом, животным организмом). При этом условии оно выполняет *принцип устойчивого неравновесия* [5], который означает устойчивое поддержание структуры, функции, информации биологических систем в условиях, удаленных от термодинамического равновесия. Э. С. Бауэр [Там же] заметил, что всякая физико-химическая (неживая) система при изменении условий окружающей среды «стремится» к *новому состоянию* с уменьшенной *свободной энергией* в полном согласии со вторым началом термодинамики (принцип Л. Больцмана). Это означает переход неживой системы в состояние равновесия с окружающей средой, в котором она обладает *минимумом свободной энергии* и потому не может производить работу против условий среды. При этом происходит диссоциация материи [16], в том числе живой материи ТСЧ (животного, растения). «Во время конкретной болезни ТС человека, животных, растений, микробов (инфекционной или неинфекционной) живая материя их тел диссоциирует (распадается, тлеет) по клиническому типу той болезни, которая вместе со своей причиной имеет в них место в данное время, в данном месте и у данного вида живого» [17].

Всякая биофизическая и биохимическая система (живой организм) при изменении внешних условий также изменяет свое состояние. Но это изменение направлено в сторону увеличения *свободной энергии* живой системы. Это обеспечивает способность видам живого совершать работу над внешними условиями среды их обитания из-за отсутствия прямого

подчинения видов живого принципу Л. Больцмана. Способность живых организмов в условиях изменения внешней среды уходить от *термодинамического равновесия* с ней является основным *принципом (законом) устойчивого неравновесия* видов организованного живого вещества [5]. При этом в обоих случаях – и живого, и неживого, - указанные изменения информационно-энергетического состояния касаются всех элементов их триад - *вещества, энергии, информации* [10].

В отличие от физико-химических систем для видов живого вещества изменение условий внешней среды касается изменений состояний их *экологических ниш*, также представленных *веществом, энергией, информацией*. Под действием триад *вещества, энергии, информации* экологических ниш изменяются триады *вещества, энергии, информации* видов живого – обитателей этих ниш. Так, под влиянием указанной триады в лице микроорганизмов (сапрофитов, паразитов) изменяется триада *вещество, энергия, информация* ТС внешнего человека как животного организма, принимая определенные состояния здоровья (болезни). При удалении *духа жизни* и связанной с ним *свободной энергии живого организованного вещества* белково-организованная материя ТС внешнего человека как животного организма становится *мертвым белково-организованным веществом* (неживым биологическим телом, трупом). Теоретическим основанием для данной мысли является закон, согласно которому «*дух творит себе формы*» [18]. И здесь *знание религии (метафизика)* подтверждает *позитивное знание науки (физика)*⁴. Слово Божие еще яснее и проще гласит то же самое: «*Изыдет дух его и возвратится в землю свою. В той день погибнут вся помышления его*» (Пс. 145:4).

Учение о *духе, душе и теле* человека изложено в одноименном труде выдающегося ученого хирурга В. Ф. Войно-Ясенецкого (Архиепископа Луки) [1] и имеет важнейшее методологическое значение для теории медицины вообще и теоретической эпидемиологии в частности. По сути дела этот труд является основой учения о *человеке как предмете врачевания*, подобного учению о *человеке как предмете воспитания* великого «учителя русских учителей» К. Д.

⁴ Здесь слово *физика* означает весь спектр естественных наук, изучающих явления этого, видимого, физического мира – В.В.

Ушинского [4] которое никем не опровергнуто и считается классикой отечественной и мировой педагогики. К. Д. Ушинский создал *педагогическую антропологию*, состоящую из трех частей, сообразных природе человека: 1) *воспитание тела*, 2) *воспитание души*, 3) *воспитание духа* [Там же].

Подобно ему В. Ф. Войно-Ясенецкий своей работой «О духе, душе и теле» [1] заложил основы *учения о человеке как предмете врачевания и медицинской антропологии*. Несмотря на это, до сих пор *учения о природе человека как предмете врачевания* и сообразной ему *медицинской (христианской) антропологии* в официальной медицине нет. Это обедняет теоретическую парадигму медицины, а с ней - возможности профилактики и лечения всей совокупности патологии человека и общества – *телесной, душевной, духовной - инфекционной и неинфекционной*. Страдает от этого и система *воспитания и образования* человека как личности, и *общества* такого рода людей как «социального организма» [19]. Ибо воспитание – это *врачевание информацией* [14 и др].

Литература:

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Доктор медицинских наук. О духе, душе и теле. - Сыктывкар. - «Пролог ЛТД». - 1993. – 101 С.
2. Власов В. И. Природа человека и ее значение для теории эпидемиологии. Юбилейная Всеросс. науч. конф. «Отечественная эпидемиологии в XXI веке: приоритетные направления развития и новые технологии в диагностике и профилактике болезней человека» (к 75-летию кафедры общей и военной эпидемиологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова и 90-летию со дня рождения академика В. Д. Белякова) 19-20 апреля 2012 г. Труды конференции. Санкт-Петербург, 2012. – С. 32.
3. Пирогов Н. И. Вопросы жизни. - М.: «Педагогика». 1985. - Избранные педагогические сочинения. – С. 29-51.
4. Ушинский К. Д. Человек как предмет воспитания. Опыт педагогической антропологии. - СПб.: Тип. М. Меркушева, 1900. – 576 С.
5. Бауэр Э. С. Теоретическая биология. - М-Л.: Издательство ВИЭМ, 1935. – 206 С.

6. Лепешинская О.В. Происхождение клеток из живого вещества и роль живого вещества в организме. 2-е исправленное и дополненное издание. Изд-во АМН СССР. М., 1950. – 211 С.
7. Франк С. Л. Религия и наука. – Брюссель: Изд-во «Жизнь с Богом», 1953. – Электронный ресурс: <http://www.vehi.net/frank/>.
8. Елифанов А. Г. Природа облитерирующего эндартериита. Новое в патогенезе и лечении. - Рязань, 2003. – 129 С.
9. Биология учебник в 2 Т./ под ред. В. Н. Ярыгина. – М.: ГЕОТАР-Медиа. 2011. – Т. 1. – С. 415.
10. Сэхлян В. Химия, физика и математика жизни. - Научное издательство. Бухарест, 1965. – С. 55-59.
11. Василевская В. Я. Н. И. Пирогов и вопросы жизни. /В сб.: Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. Сборник памяти профессора Д. Е. Мелехова. Свято-Филаретовский православно-христианский институт. М., 2011. – 165 С.
12. Власов В. И. Теоретические основы духовной эпидемиологии. Часть I. Духовные аспекты заразности в патологии человека и общества. (Взгляд на проблему с позиций теоретической эпидемиологии и Христианской антропологии)./В. И. Власов. Российский научный журнал. – 2011. -№4(23). – С. 246-266.
13. Власов В. И. Основы учения о педагогическом процессе как эпидемическом процессе информации. Сообщение 1. Информация как инфекция в широком смысле слова и ее значение в педагогике. Труды Рязанского института управления и права. Вып. 14. «Современные проблемы гуманитарных и естественных наук». М-лы Международной научно-практ. Конф. 4 декабря 2010 года. – Рязань: Узорочье, 2011. – С. 243-248.
14. Власов В. И. Воспитание как врачевание информацией (синтез положений науки и религии). В сб.: Современная система воспитания студента медицинского вуза: состояние и направления развития. //В. И. Власов. Материалы научно-практической конференции. Рязань, 2016. – С. 65-73.
15. Святитель Николай Сербский. Миссионерские письма. Изд-во Московского подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры. М., 2005. – С. 5-6.

16. Ле Бон Гюстав. Возникновение и исчезновение материи. Пер. с франц. Александр Чайкель. С предисловием и под ред. проф. А. Копняева. - Харьков, 1909. – 55 С.

17. Власов В.И. Процессы инфекции в эпидемиологии и педагогике – эпидемический и педагогический: общий корень и антропологические параллели. Часть I. Природа эпидемического процесса. «Российский научный журнал», 1(44), 2015. - С. 302-317.

18. Осипов А.И. Путь разума в поисках истины. – М.: Издательство Сретенского монастыря, 2003. – С. 156.

19. Спенсер Г. Опыты научные, политические, философские. – Минск: Современный литератор, 1999. – С. 265-307.

ВОПРОСЫ ЭТИКИ В ВОСПИТАНИИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА

(взгляд православного врача)

С.И. Глотов¹, В.И. Власов², В.Е. Рыбаков³

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

¹- кафедра терапии ФДПО с курсом семейной медицины

(зав. кафедрой – проф. Абросимов В.Н.)

²- кафедра эпидемиологии

(зав. кафедрой – доц. Здольник Т.Д.)

³- настоятель Никольского храма с. Сапково

**Рыбновского района, председатель АНО "Рязанский Центр
охраны материнства и детства "Право на жизнь"**

В формировании личности будущих врачей велика роль этики и деонтологии. Этой тематике посвящено немало научных трудов великих русских врачей (Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, В.Ф. Войно-Ясенецкий и др.) и мыслителей (И.А. Ильин). В последнее время нам навязывают западный взгляд на этику и деонтологию. Согласно ему врачи учат формальному, юридическому отношению к больным и коллегам, т.е. таким вопросам, как правильно получить информационное согласие на диагностику и лечение, избежать жалоб, судебных разборок. При этом забывают о высоком предназначении врача, о духовно-нравственных основах русской медицины, о богатейшем опыте, накопленном

русскими врачами в области христианской этики и деонтологии. По статистике христианство в России исповедуют около 70% населения.

12 октября 2007 г. Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей благословил деятельность Общества православных врачей России, присвоив ему имя святителя Луки, архиепископа Симферопольского, - исповедника и врача. Председателем общества является проф. Недоступ А.В. Большую роль в создании Общества православных врачей России сыграл академик РАМН, главный терапевт РФ, директор Московского НИИ пульмонологии Чучалин А.Г. За прошедшее время создано 43 региональных православных обществ, состоялось 5 съездов православных врачей России, на которых активно обсуждались проблемы биомедицинской этики, выработана концепция подготовки личности врачей, создан кодекс профессиональной этики православного врача.

В преподавании основ медицинской этики и деонтологии нужно обратиться к ее христианским истокам, взять лучшее из сокровищ богатейшего опыта русских врачей и применить к требованиям нашего времени. Христианская этика в медицине – это следование христианскому учению, христианским добродетелям.

Выдающийся русский религиозный философ, правовед, публицист Ильин Иван Александрович в известном сборнике «Путь к очевидности», написанном в начале 50-х годов XX века, поместил статью «О призвании врача». В ней содержится «исповедание старого русского врача», личного доктора его семьи. Эта статья актуальна и в настоящее время - она до сих пор являет собой образец основных принципов христианской этики врача русской медицины.

Автор освещает ряд постулатов, которые невозможно сбросить со счетов, не перестав быть при этом «человеком».

Во-первых, пишет И.А. Ильин, принципы христианской врачебной этики «укоренены в традициях русской духовной и медицинской культуры и должны быть переданы, по возможности, новым подрастающим поколениям русских врачей». И это понятно, потому что преемственность в этом деле основа добродетели.

Во-вторых, это необходимо, чтобы диагностика проходила «лучше, зорче, глубже, ласковее...».

Тогда и лечение будет осуществляться «всегда с большим успехом». И это, в-третьих.

Получение наилучшего результата лечения - высшая цель клинической медицины. А оно возможно при усвоении будущими врачами основных этических норм, высказанных в указанной статье. Переосмысление этических отношений врача и больного, сложившихся в условиях навязанных России принципов врачевания, в системе христианских координат, является важной задачей медицинского образования.

Предлагаем ряд принципов, которые можно положить в основу духовно-нравственной подготовки будущих врачей.

Первый принцип обучения состоит в том, чтобы следовать «прочной и сознательной русской медицинской традиции». Это, в первую очередь, убеждение в том, что **«деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода»**. Это служение состоит в том, отмечает И.А. Ильин, чтобы «быть человеколюбивым и готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимым; он обязывался безотказно являться на зов, по совести помогать каждому страдающему». При этом гонорар врача должен ставиться «в скромную меру», т.е. вознаграждение не должно быть главной побудительной причиной того, будет ли оказана помощь больному и насколько внимательно он будет исследован врачом.

Вторым принципом врачебной этики ставится **любовь к больному**. Без этого лечение будет малоэффективно. «Служение врача, есть служение любви и сострадания», - пишет И.А. Ильин. Врач «призван любовно обходиться с больным. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «души» и «сердца» у самого процесса врачевания. Тогда все вырождается, а врачебная практика становится отвлеченным «подведением» больного под абстрактные понятия болезни (*morbus*) и лекарства (*medicamentum*)... «Я всегда чувствую, что если пациент мне противен и вызывает во мне не сострадание, а отвращение, то мне не удастся вчувствоваться в его личность, и я не могу лечить его как следует. Это отвращение я непременно должен преодолеть».

Отсюда следует, что между врачом и пациентом должны возникнуть отношения христианской любви, построенные на доверии и взаимопонимании. Врач, любящий пациента, относящийся к нему как «к страдающему и зовущему брату», может рассчитывать на ответные чувства со стороны больного. «...Врач, которого пациенты не любят, к которому они не питают доверия, похож на «паломника», которого не пускают в святилище, или на полководца, которому надо штурмовать совершенно неприступную крепость».

Третий принцип хорошо известен и в мировой, и в отечественной медицине. Он являлся основополагающим при формировании основных правил медицинской этики в целом. Речь идет о *принципе лечения*. Он гласит, что лечить надо не «**болезни, а больного**», как неповторимого сознательного индивида с присущими только ему особенностями течения болезни. «Мы, врачи, призваны увидеть каждого пациента в его индивидуальности и во всем его своеобразии и постоянно созерцать его, как некий «уникум». Это значит, что я должен создать в себе — наблюдением и мыслящим воображением — для каждого пациента как бы особый «препарат», особый своеобразный «облик» его организма». Любой симптом болезни «является лишь поверхностным исходным пунктом; он дает исследователю лишь дверь, как бы вход в шахту. Он должен быть поставлен в контекст индивидуального организма, чтобы осветить его и чтобы быть освещенным из него».

Уже на заре врачевания лучшими врачами был выдвинут **принцип профилактической медицины**. Он состоит в формировании правильного образа жизни, позволяет включить скрытые резервы организма — «самоврача» в своем роде. «Настоящее врачевание не просто старается устранить лекарствами известные неприятные и болезненные симптомы, нет, оно побуждает организм, чтобы он сам преодолел эти симптомы и больше не воспроизводил их».

Четвертый принцип - главный принцип всей православной медицины. Он призывает врача оценить *духовное состояние* пациента как личности. «Горе тому из нас, кто упустит в лечении духовную проблематику своего пациента и не сумеет считаться с нею! Врач и пациент суть духовные существа, которые должны совместно направить судьбу страдающего духовного человека.

Только при таком понимании они найдут верную дорогу», - пишет И.А. Ильин.

«Старые» врачи особо обращали внимание на эту проблему, которая всегда и **особенно в наше время**, имела и имеет огромное значение в практической медицине. Психосоматические расстройства, связанные с ужесточением эмоционального климата, нарастанием объема патогенной информации и заражению ею внутреннего человека как личности, обрели особое значение в современной патологии. «Нельзя лечить тело, не считаясь с душой и духом, но дух очень часто и знать не желает о том, что его «лечат»... Поэтому каждый из нас, врачей, должен иметь доступ ко многим тонкостям душевных болезней, всегда иметь при себе «очки» нервного врача и применять их осторожно и молчаливо...Только на этом пути мы можем осуществить синтетическое, творчески живое диагностическое созерцание и врачевание. Только так мы постигнем страдание нашего пациента в его органической целокупности и сумеем верно облегчить его таинственную болезнь».

Старая врачебная школа «совсем не отрекается от инструментальных и лабораторных методов диагностики, - всех наших лабораторий, анализов, просвечиваний, рентгеновских снимков, от наших измерений и подсчетов. Но все эти арифметические и механические подсобные средства нашей практики получают свое настоящее значение от верного применения: все это только начальные буквы нашего врачебного текста, это естественнонаучная азбука наших диагнозов, но отнюдь еще не самый диагноз».

В связи с высоким развитием медицинских технологий, диагноз в настоящее время часто ставят на основании исключительно инструментальных исследований, которые технически превосходят возможности классического терапевтического осмотра больного. Это привело к представлению, что ставить диагноз и назначать лечение можно практически не глядя на больного и не разговаривая с ним. Представителем такого подхода является популярный киногерой доктор Хаус в исполнении Хью Лори (нам активно навязывают подобный идеал западного врача). Презрение к пациентам, которые "всегда врут" и отношению к диагностике как к

увлекательной детективной задачке, вызвало бурный энтузиазм у зрителей, особенно молодых. Однако, несмотря на фантастические достижения диагностики, нельзя не согласиться с тезисом И. А. Ильина, что «диагноз осуществляется в живом художественно-любовном созерцании страдающего брата, и врачебная практика есть индивидуально-примененное исследование, отыскивающее тот путь, который восстановил бы в нем утраченное им органическое равновесие». Только нужно избегать крайностей и найти тот оптимальный баланс между высоким профессионализмом врача, владеющего современными технологиями и человека любящего свое дело и своих пациентов, обладающих массой несовершенств и пороков.

Пятый принцип врачебной этики – учет **мировоззренческой проблемы** в деле врачевания. Он состоит в том, что основой врачебной этики является религиозная, а именно православно-христианская мораль. И.А. Ильин неоднократно говорит о «врачебной присяге, которую приносили все русские врачи, и которой мы все обязаны русскому Православию». Но, нужно помнить, что основные принципы врачебной этики были сформулированы Гиппократом задолго до появления христианства, при этом подчеркивалось, что любой врач «связан обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому».

Ряд принципов христианской морали (любовь к ближнему, смирение, сострадание, милосердие и др.) совпадает с общими критериями гуманизма, на которых основана этика любого врача. Но эта «общечеловеческая» мораль отнюдь не универсальна. А в ряде случаев она противоречит общечеловеческой морали, которой должен руководствоваться всякий врач как человек. Православный врач в ряде случаев пользуется нравственными принципами, которые в светском государстве считают недопустимыми. Председатель «Союза православных врачей Москвы» профессор А.В. Недоступ утверждает: «Особое отношение у православного врача с больным, когда он осознает, что причина заболевания его пациента в духовной ущербности. Он должен суметь объяснить это больному, аккуратно спросить, крещеный последний или нет, если да, то давно ли причащался и исповедовался и т.д., и подсказать ему путь духовного исцеления». Другими словами, врач, пользуясь своим

положением, должен проводить миссионерскую работу у постели больного и врачевать, таким образом, не только тело, но и душу своего пациента.

Один из ключевых вопросов религиозной этики – вопрос о том, что «болезнь - это наказание за грехи». Ответ на него состоит в том, что не Бог наказывает человека грешника, потому что «Бог есть любовь» (Иоан. 4:16), а в том, что, как гласит Святая Библия: «Накажет тя отступление твое» (Иер.2:19). Другими словами, бесстрашно нарушая вечные духовные законы бытия, человек сам ввергает себя в пучину болезней – духовных, душевных и телесных.

Принципы врачебной этики, которые изложил в своем письме И.А. Ильину старый семейный врач, предполагают как необходимое условие следования его советам высокую культуру поведения, широкую образованность врача, умение анализировать свой и чужой опыт, и, конечно, высочайший профессионализм. Без этих качеств невозможно следовать Евангельским заветам служения своей многотрудной профессии, которые блестяще отразил в своем произведении И.А. Ильин.

Эти принципы вечны как их источник - Евангелие, они не могут устареть. Поэтому следование им необходимо современному врачу для наиболее эффективного выполнения своего профессионального долга.

Литература:

1. Н.А. Бердяев. О назначении человека, Опыт парадоксальной этики: / М, 1998. С. 56-57.
2. Гольбах Поль – Мари. Галерея святых или исследование образа мыслей, поведения, правил и заслуг тех лиц, которых христианство предлагает в качестве образцов: / М. 1956. С 4.
3. Информационный листок православного медико-просветительского центра "Жизнь". - ПМПЦ "Жизнь", Выпуск №18,
4. Врачевание вчера, сегодня, завтра (взгляд православного врача).
5. Гиппократ. Избранные книги. - М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1936. С. 87-88.

6. И.А. Ильин. Призвание врача // «Путь к очевидности». М: Русский колокол, 2005.
7. А.Г.Чучалин. Кодекс профессиональной этики православного врача. // «Церковь и медицина»: -2013. - №1(а).

**НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В
СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ**

В.В. Давыдов, С.А. Шустова, С.П. Лобанов, Т.Е. Филатова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра патофизиологии

(Зав. кафедрой – проф. Ю.Ю. Бяловский)

**Кафедра внутренних болезней и
поликлинической терапии**

(Зав. кафедрой – проф. А.А. Низов)

Введение. Уровень развития современного общества предъявляет высокие требования к образованию в высшей медицинской школе, опираясь, с одной стороны, на модернизацию профессионального образования, а с другой, – на его содержательное и структурное обновление.

Как известно, воспитательный аспект в деятельности врача восходит к «Афоризмам» великого Гиппократ. Заслуги Гиппократ в становлении деонтологических принципов зарождающейся научной медицины огромны. После смерти ученого прошло более 23 веков, и если о специальных работах великого грека, к сожалению, знают не многие врачи, то о принципах клятвы Гиппократ, например, знают почти все.

Цель работы: характеристика некоторых проблем воспитательного процесса в системе высшего медицинского образования.

Содержание работы. Эффективная медико-профессиональная подготовка будущего специалиста – врача XXI века требует детального анализа современной системы высшего медицинского образования, выявления и определения ее основных проблем.

Высшей медицинской школе, в рамках реализации национального проекта совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации, предстоит решение важной задачи –повысить уровень образования при подготовке высококвалифицированных специалистов-медиков и прежде всего врачей общей практики, которые работают в непосредственном контакте с населением страны [1] .

Специфика врачебной деятельности предполагает знание своеобразного свода этических правил, запретов и ограничений, которые должны приниматься во внимание теми, кто неизбежно по роду своей деятельности вмешивается в жизнь больного человека.

Профессионально-личностная культура врача должна пронизывать все аспекты его многообразной деятельности в целях формирования основ современного образования студентов медицинских вузов страны.

Продуктивное решение проблем формирования профессионализма и культуры будущего специалиста медицинского профиля, всестороннее развитие его социальных качеств возможно лишь на основе анализа учебно-воспитательной, организационной и других видов работ медицинских вузов.

Высшее медицинское образование рассматривается как многогранная деятельность, цель которой – развитие интеллектуально-нравственной личности с целью сохранения жизни человека и улучшения качества медицинской помощи пациентам.

Главной целью формирования профессионально-личностной культуры является развитие социально значимых качеств у студентов-медиков как высшей ценности образования в медицинских вузах.

Объектом творчества, милосердия, сочувствия и доверия могут выступать образы и цели, символы и понятия, поступки и отношения, ценности и убеждения специалиста-медика.

Системно-ценностный подход в процессе подготовки специалистов медицинского профиля – это высшее проявление человеческой образованности врача и его профессиональной компетентности.

На каждом этапе формирования профессионально-личностной культуры студентов медицинских вузов необходимо не только бережное, но и уверенное создание врачом здоровьесберегающей атмосферы в медицинских учреждениях страны.

Процесс формирования профессионально-личностной культуры студентов-медиков можно создать с учетом оценки работы специалиста медицинского профиля и его медико-культурных способностей, в частности, грамотно вести диалог врача с пациентом, контролировать уровень профессиональных и интеллектуальных знаний, грамотно организовывать практическую работу, использовать различные медико-педагогические подходы в практической врачебной деятельности.

Становление профессионально-личностной культуры будущего врача в процессе его подготовки исходит из новых форм отношений между преподавателями и студентами: совместная продуктивная деятельность, конструктивное общение в процессе профессионального образования и т.д. [4].

Рассматриваемая в профессиональном образовательном процессе высшей медицинской школы социокультурная толерантность – это важное моральное качество личности врача, характеризующееся терпимым отношением к пациентам, независимо от их социального статуса, этнической, национальной либо культурной принадлежности, терпимости к иному рода взглядам, нравам, привычкам.

Развитие у студентов медицинских вузов социокультурной толерантности является признаком уверенности в себе и сознания надежности своих собственных позиций, признаком эффективности образования специалистов медицинского профиля, характеризующегося комплексом профессиональных умений, способностей к милосердию, сочувствию, состраданию, доверию и т.д. [3].

Одной из важнейших составляющих профессионально-личностной культуры является медико-педагогический такт врача – это умение выбрать правильный подход и стиль общения с больным, определить для себя и реализовать на практике разумную степень сопереживания, а также предъявить комплекс медико-образовательных требований, способность предвидеть

различные отрицательные ситуации и умение найти оптимальную меру ее решения.

Процесс подготовки студентов – медиков включает комплекс целенаправленных медико-педагогических компонентов и индивидуально-профессиональной заинтересованности студентов высшей медицинской школы, который, реализуясь в рамках учебно-воспитательного процесса, способствует формированию личности будущего врача путем развития культурно-нравственного, эстетического и этического потенциала студентов [5].

Для эффективного достижения конечной цели высшего медицинского образования – подготовки профессионально грамотных и гармонично развитых специалистов процессы образования и воспитания должны идти параллельно и взаимосвязано.

В последнее время в сфере высшего, в том числе медицинского образования в России, предприняты серьезные качественные изменения, одним из направлений которых является гуманизация и гуманитаризация.

Безусловно, главным направлением воспитательной работы в вузе является профессиональное воспитание через предмет. В случае медицинского образования огромная роль принадлежит как фундаментальным, так и специальным медицинским кафедрам, а также гуманитарным кафедрам вуза, которые непосредственно осуществляют профессиональную социализацию. Традиционно в нашем обществе в практике подготовки врача всегда сочетались образование и воспитание. Так, например, обучение и воспитание будущего врача у постели больного считалось великим благом еще и по причине нравственного звучания данной профессии. В этой связи трудно переоценить важность производственной практики для студента медицинского вуза.

Таким образом, современное общество предъявляет к врачу более широкие требования, чем в прежние десятилетия. Сегодня для любого профессионального, в том числе медицинского, образования недостаточно только прагматического подхода.

Врач сопровождает человека от момента рождения до смерти. У врача, как ни у какого другого специалиста, необыкновенно широкий спектр общения с людьми различных

социальных групп, личностных установок и т.п. Врачу необходимо учитывать определенное изменение психологии больного человека, находить соответствующий подход не только к каждому пациенту, но и его родственникам. Кроме того, в нашей стране, где институт социальных работников только переживает фазу своего становления врачу приходится частично выполнять еще и эти функции.

Определенные требования к медицинскому образованию диктует возрождающаяся специальность семейного врача, а также профессиональная конкуренция, порожденная частной врачебной практикой.

Сегодняшний студент должен выполнять в обществе множество не только профессиональных, но и социальных ролей, интегрировать себя в различные сферы общественной жизни. Поэтому необходимо формирование мировоззренческих, гражданских основ личности, учитывая также традиционно активную роль медицинских работников в общественной жизни [4].

Все эти требования могут быть успешно реализованы не только через профессиональное обучение и внутривузовское воспитание, но и через широкий воспитательный процесс, проводимый во внеучебное время.

Определение воспитательного процесса как внеучебного, на наш взгляд, является условным. Практически каждая учебная тема несет информационно-значимую воспитательную нагрузку. Аналогичные примеры можно привести из области каждой учебной дисциплины медицинского вуза. Кроме того, аудиторная учебная и научная работа частично обеспечивается внеаудиторной работой, поскольку, например, для проведения как вузовских, так и межвузовских научных конференций или заседания кружков СНО кафедр нужна большая подготовительная работа.

Уже несколько лет воспитательная работа в медицинских вузах проводится согласно плану, основными направлениями которого являются:

повышение квалификации профессорско-преподавательского состава по воспитательной работе; информационное обеспечение; формирование патриотического сознания студентов; развитие научно-профессиональных

способностей студентов; духовно-нравственное воспитание студентов; формирование здорового образа жизни.

Огромная роль в этой связи принадлежит профессорско-преподавательскому составу. Преподаватель в вузе всегда являлся одним из основных звеньев воспитательного процесса, что предопределяет эффективное использование творческой деятельности каждого преподавателя.

Одним из приоритетных направлений воспитательного процесса является патриотическое воспитание. В этой связи особую актуальность приобретает формирование патриотического сознания, на что неоднократно обращал серьезное внимание Президент России В.В. Путин. Не лишним в данной связи будет напомнить о еще одной замечательной российской традиции, когда высшие учебные заведения не только обучали, но и воспитывали истинных интеллигентов – гордость России [2].

Недаром русские врачи считались лучшими в мире. Вспомним, например, профессора Н.И. Пирогова и святителя Луку (профессора Войно-Ясенецкого) и других русских врачей, навсегда оставивших свой позитивный след в российской и мировой медицине.

Стоит также вспомнить и великих русских ученых, открывших новые направления в науке, выдающихся людей своего времени, И.И. Мечникова, И.М. Сеченова, И.Н. Павлова, Н.П. Кравкова и еще десятков и сотен имен.

Общеизвестно, что в нашей стране была создана одна из лучших в мире систем здравоохранения. Отечественные врачи высоко ценились за профессиональные и морально-нравственные качества не только в России, но и за рубежом.

Литература:

1. Психология и педагогика / под ред. А.А. Радугина. – М.: Центр, 2001.– 256 с.
2. Реан А.А. Психология и педагогика / А.А.Реан,С.И. Розум,Н. В. Бордовская.– СПб.: Питер, 2002.– 432 с.
3. Тарарышкина М.А. Вопросы формирования личности студентов-медиков в аспекте культурообразования / М. А. Тарарышкина // Актуальные проблемы фармации: межрегион. сб. науч. тр., посвящ. 40-летию основания

- фармац. фак. РязГМУ им. акад. И.П. Павлова. – Рязань, 2006. – С.335-337.
4. Тарарышкина М.А. К вопросу развития культурообразовательного аспекта при становлении личности студента-медика / М.А. Тарарышкина // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2006. – № 2. – С.92-96.
 5. Тарарышкина М.А. Формирование толерантности студентов-медиков в рамках культурообразовательного аспекта / М.А. Тарарышкина // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2006. – № 3. – С.96-98.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ

**В.В. Давыдов, И.В. Матвеева
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра биологической химии с курсом КЛД
(Зав. кафедрой – доц. И.В. Матвеева)**

Настоящий этап развития общества происходит в эпоху бурного научно-технического прогресса, который, в свою очередь, предопределяет возникновение революционных изменений в медицинской науке. Проявлением того становится появление в арсенале современного врача новых эффективных подходов к диагностике и лечению целого ряда ранее считавшихся фатальными заболеваний.

С каждым годом повышается профессиональный уровень врачей различных специальностей. Однако при этом остается открытым вопрос о необходимости углубления представлений о медицинской деонтологии в процессе подготовки специалиста-медика. Причиной, к сожалению, служат отнюдь не малочисленные случаи грубого отношения врача к больным, в результате которых страдает не только процесс их лечения, но даже появляется необходимость во вмешательстве правоохранительных органов. Поэтому, даже высокая

профессиональная подготовка специалиста не всегда гарантирует излечение больного. Ведь процесс лечения должен быть направлен не только на коррекцию сдвигов в организме, которые возникают в процессе соответствующего заболевания, а на лечение больного.

Медицинская деонтология определяет характер поведения врача в процессе его повседневной профессиональной деятельности, вопросы взаимоотношения врача, больного и родственников больного, врача и коллектива больницы, устанавливает определенные профессиональные требования к врачу.

Согласно воззрениям деонтологии, медицина, в значительной мере, должна базироваться на духовности, доброжелательности, добросовестности, строгом выполнении норм нравственности. Учитывая это, представляется целесообразным еще со студенческой скамьи развивать у будущего врача гуманистические принципы отечественной медицины отношение к больному и его близким как к личности. Падение нравственности у медицинских работников влечет за собой риск повышения профессиональных ошибок.

В процессе обучения в медицинских ВУЗах перед преподавателями разных кафедр открываются неограниченные возможности для воспитания студентов на принципах гуманизма, на которых базируются традиции русской медицины. В то же время, внедрение в учебный процесс принципов медицинской деонтологии на первых курсах университета, несомненно, сопряжено с определенными сложностями. Однако они могут быть эффективно решены. Так при обучении студентов на кафедре биологической химии, т.е. на том этапе, когда студенты еще не контактируют с больными, в процессе лекций и практических занятий мы акцентируем их внимание на необходимости соблюдения этических норм во взаимоотношении друг с другом и с преподавателями. В свою очередь, преподаватели обязаны подавать пример своим студентам в плане отношения к выполняемой работе, культуре взаимоотношений в коллективе, пунктуальности. Им следует терпимо относиться к студентам,

высказывающим свою точку зрения, отличающуюся от общепринятой. И конечно же, именно преподаватель должен неустанно развивать у студента представление о том, что работа врача требует высокой самоотдачи и даже самопожертвования. В процессе обучения в медицинском университете это должно проявляться в отношении студента к учебе, своевременной сдаче зачетов и экзаменов.

Важным деонтологическим аспектом в обучении на кафедре биохимии является формирование у студентов эстетических представлений о работе в учебных лабораториях. Их внешнее оформление, чистота, наличие наглядных средств обучения, способствуют формированию у них понятия о месте предмета в развитии врачебного мышления, профессиональном долге врача. Именно эстетическое окружение формирует мотивацию получать удовольствие от выполняемой работы, что в свою очередь, способствует стремлению повысить ее качество.

Занимаясь на кафедре, студенты должны постоянно ощущать атмосферу высокой культуры, соблюдения этических норм поведения. Они тонко чувствуют внимание со стороны преподавателя, его стремление помочь им и не только в вопросе повышения уровня знаний по предмету.

Таким образом, углубление представлений студентов о медицинской деонтологии в процессе обучения в медицинском ВУЗе приобретает чрезвычайно высокую актуальность в плане повышения качества здравоохранения. Залогом успеха в этом направлении является не только хорошая профессиональная подготовка будущего врача, но и чувство долга, любви к профессии, внимательное отношение к больному, готовность к самопожертвованию, высокая культура поведения в коллективе коллег. Данные качества целесообразно формировать уже с первых курсов обучения и всесторонне углублять далее при обучении на клинических кафедрах.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ БОЛЬНОГО И ВРАЧА В КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

В.Л. Добин

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра фтизиопульмонологии

с курсом лучевой диагностики

(Зав. кафедрой – проф. В.Л. Добин)

Фтизиатрия до недавнего времени оставалась достойным примером сочетания трех важнейших врачебных принципов: исторически сложившегося гуманизма, индивидуального подхода к пациенту и технологического прогресса.

Современная тенденция к преобладанию высоких технологий в большинстве медицинских специальностей хорошо известна. Она свидетельствует о возрастании роли третьего принципа и снижении влияния первых двух.

Несмотря на это, российская клиническая школа взывает к необходимости обратить внимание на недопустимость разрыва между технологическим прогрессом и гуманитарным компонентом во фтизиатрии. Поэт Андрей Вознесенский образно заметил, что «все виды прогресса становятся реакционными, если рухнет человек».

Существенные предпосылки для успеха лечения — это доверие больного к медицине и авторитету конкретного лечащего врача. Идеалом последнего является высокий профессионал, который оказывает больному не только квалифицированную, но и чуткую, согретую человеческим обаянием и теплом, медицинскую помощь. Иначе не миновать обличающей характеристики со стороны пациентов: "Доктор-то знающий, но бездушный". И.П. Павлов, Б.Е. Вотчал вспоминали рассказы учеников С.П. Боткина о том, что в их руках оказывались недейственными те рецепты, которые делали чудеса в руках учителя. Это подтверждает старую врачебную истину: «Важно не только, что назначено, но также как и кем».

Недопустим подход к больным людям как к совокупности "случаев болезни", которую можно достаточно

просто лечить нумерованными стандартными режимами лекарств. Ведь каждый больной — это личность со своими генетическими особенностями, полом, возрастом, особенностями аллергии и иммунитета, метаболизма, психики и очень многими другими факторами. Остается в полной силе старое положение великого терапевта М.Я. Мудрова о том, что "врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин — врачевание состоит в лечении больного". Поэтому в пределах стандартов совершенно необходима индивидуализация врачебной тактики с объяснением больному свойств и механизма действия лекарств. Тогда больной, писал М.Я. Мудров, "будет принимать сие лекарство с восхищением".

При заболевании туберкулезом пациент оказывается в состоянии стресса, который может быть причиной психологического кризиса, особенности преодоления которого определяют типы реагирования пациента на заболевание, степень сотрудничества с медицинским персоналом. Результаты лечения во многом зависят от того, как построены взаимоотношения в системе врач - пациент, насколько активен пациент в своих действиях, направленных на выздоровление. По мнению М. Hadley, D. Maher повышение доверия к врачам и положительные результаты лечения побуждают больных не прерывать его. По оценке Всемирной организации здравоохранения, примерно половина больных с хроническими заболеваниями не выполняют рекомендаций врача. Е.М. Богородская и др. отмечают, что гуманитарная работа медицинского персонала с больными туберкулезом проводится в недостаточном объеме, следствием чего является недоверие к своему лечащему врачу у 16% впервые выявленных больных туберкулезом.

Пациенты, страдающие любым заболеванием, должны не только ознакомиться с информацией о нем, но и понять, осознать, удержать в памяти и применить эти знания в жизни. Только в этом случае можно добиться соблюдения медицинских рекомендаций и понимания пользы терапии, превышающей неудобства, связанные с ней. Однако, по данным М.Э. Гурылевой, О.И. Герасимовой больные

туберкулезом отмечали наличие достоверно меньших возможностей концентрации внимания, запоминания, обучения и приобретения новых навыков, чем здоровые лица.

Работы зарубежных исследователей, посвященные изучению приверженности больного назначенной терапии, как правило, основываются на оценке комплаентности, под которой понимают степень готовности пациента следовать врачебным рекомендациям. Это понятие описывает поведение больного в отношении любых врачебных медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций. Однако, чаще всего под комплаентностью понимают следование пациентом режиму лекарственной терапии. Н.Ю. Сенкевичем и др. введено понятие «кооперативность», учитывающее не только выполнение пациентом врачебных рекомендаций, но и его мнение о заболевании.

Предпочтения пациентов при определении степени своего участия в принятии решений по вопросам лечения различны. Некоторые предпочитают более активное участие в процессе, а другие хотят полностью полагаться на решения, принимаемые врачами. Согласно результатам исследования Л.Г. Дукова и др., пациенты отвергли информационную модель взаимоотношений с врачом, предусматривающую полную автономию больного и минимальную роль врача, Из 4 предложенных моделей взаимоотношений 27,9% лиц выбрали интерпретационную модель, когда врач информирует пациента о болезни и помогает сделать правильный выбор лечения. На совещательную модель, где все вопросы решают на основе доверия, диалога и взаимного согласия, указали 28,7% больных. Патерналистскую модель, когда метод лечения выбирает врач и рекомендует его больному, избрали 24% опрошенных. По мнению 41,1% больных, между врачом и пациентом не должно быть никаких тайн, 32,6% больных полагали, что врач должен скрывать от больного неблагоприятный исход заболевания, а 25,3% пациентов затруднились дать ответ. Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что доверие к врачу не утрачено.

Пациенты, которые чувствуют к себе благоприятное расположение со стороны врача и активно вовлекаются в

принятие решений, касающихся их собственного лечения, как правило, более мотивированы для его продолжения. Следовательно, авторы считают оптимальным подходом применение совещательной и контрактной моделей взаимоотношений.

Развитие коммуникативных навыков врача многими исследователями видится ключевым моментом в установлении партнерских отношений в системе врач – пациент. По мнению L.C. Zandbelt, врачи должны иметь гибкую позицию и адаптировать стиль своего поведения к личности пациента. В результате исследования, проведенного M. Stewart среди врачей общей практики, показано, что, с одной стороны, они были более склонны апеллировать к интеллекту больного с высшим образованием, подробно рассказывая о механизме действия лекарств, а с другой - предлагали более эмоциональную поддержку пациентам с низким уровнем образования. При совещательной модели врач и пациент совместно принимают решение. E. Murrayetal отметили, что на выбор модели взаимоотношений влиял социально-экономический статус пациента: чем он ниже, тем больше пациенты привержены патерналистской модели взаимоотношений. Однако обнаружено, что поведение больных в процессе терапии динамично и его модели могут меняться на различных этапах лечения. В. Бройтигам и др. при описании динамики взаимоотношений врача и больного туберкулезом отмечали важность регламентации поведения пациента именно на первом этапе терапии, а для этого во всех случаях необходимо знание особенностей личности больного. Обо всем, что касается противотуберкулезной терапии, больной должен узнавать от врача, а не из других источников, поэтому многие исследователи подчеркивают важность гибкости в процессе принятия решений с учетом индивидуальных различий образовательного уровня пациентов.

Еще больше стиль поведения врача влияет на отношение к лечению пациента. Н.Д. Творогова отмечает наличие такой составляющей, как мотивационный кризис, вызванный неудовлетворенностью медицинских сотрудников своим

трудом, положением в обществе и другими факторами. В исследовании Н.А. Стоговой и О.П. Калининой проведена оценка профессионального выгорания (ПВ) у врачей-фтизиатров. ПВ представляет собой совокупность эмоциональных, когнитивных, мотивационных, поведенческих и соматических нарушений у врача-фтизиатра. Его можно охарактеризовать как процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся симптомами эмоционального и физического утомления, личной отстранённости и снижения удовлетворения исполнением работы. Синдром профессионального эмоционального «выгорания» (СЭВ) — это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Показательно, что современные нагрузки приводят к формированию синдрома эмоционального выгорания у 16% фтизиатров, что может неблагоприятно отразиться на здоровье самих врачей и на качестве эффективности выполняемой ими работы. Это требует проведения в противотуберкулёзных учреждениях комплекса профилактических индивидуальных и организационно-административных мероприятий по улучшению психоэмоционального и физического состояния здоровья врачей-фтизиатров. Авторы отмечают, что одной из причин СЭВ является общение с пациентами, не приверженными лечению, злоупотребляющими алкоголем, наркотиками, а также работа с хроническими неизлечимыми и умирающими больными. Особой категорией пациентов врача-фтизиатра являются больные туберкулезом с ВИЧ-инфекцией, которые отличаются анозогностическим и эйфорическим отношением к болезни. Особое отношение необходимо и к пациентам с хроническими неизлечимыми формами (IIб группа диспансерного учета), сопровождающимися, как правило, глубокой социальной дезадаптацией, низкой мотивацией к диспансерному наблюдению и нахождению в стационаре, которое обычно заканчивается нарушением больничного режима. М.В. Каковским предложен такой термин, как «трудный пациент», для тех больных, с которыми не удастся

установить нормальные взаимоотношения, проявляющих негативное отношение к лечению, не выполняющих врачебных рекомендаций.

Некоторые авторы отмечают наличие проблемы стигматизации и дискриминации больных туберкулезом со стороны окружающих, что в связи с желанием пациента скрыть свое заболевание от окружающих может приводить к позднему обращению за медицинской помощью, поздней диагностике заболевания и уклонению от лечения. В результате социальной изоляции пациента, когда он лишается поддержки семьи, друзей и знакомых, усиливается психологический дискомфорт, что требует повышения роли врача. R. Liefogheela доказали, что врачебное вмешательство имело положительное влияние на уменьшение восприятия больным туберкулезом стигмы, что повышало число пациентов, завершивших терапию. А.А. Дегтярев описал положительный опыт привлечения к работе по формированию приверженности лечению больных туберкулезом психолога, психотерапевта, нарколога, социального работника. Предложено использование «мультипрофессиональной команды», модель которой успешно используют для ведения ВИЧ-инфицированных пациентов. В качестве преимуществ такой работы автор отмечает повышение приверженности лечению больных туберкулезом, значительное снижение нагрузки на врача-фтизиатра, а также профилактику СЭВ у медицинских работников.

Согласно Этическому кодексу российского врача (1994, ст. 9) «врач должен строить свои отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности, предпочитая всем моделям взаимоотношений модель терапевтического сотрудничества. Однако больной туберкулезом не только пациент, требующий медицинской помощи, но и источник инфекции, представляющий опасность для окружающих. В этой связи во фтизиатрической специальности появляется особый аспект взаимоотношений в диаде «врач-пациент», который может усиливать долю патернализма наряду с саморазрушающим поведением определенной части больных туберкулезом с низкой приверженностью лечению. Д. С. Данилов отмечает,

что при лечении больных туберкулезом взаимоотношения врача и больного во многом основаны на патернализме. О. А. Чеботаревой на основе опроса 500 врачей и более 1000 пациентов различных лечебно-профилактических учреждений сделан вывод, что патернализм в системе отношений врач - пациент не носит характера диктата, а ассоциирован с протекционизмом, эмпатией и заботой. В настоящее время в отечественной литературе отсутствуют исследования роли патернализма во фтизиатрической практике.

Еще одна сторона врачебной деятельности это работа с близким окружением пациента, влияние которого на процесс лечения мало изучено. Исследование Б.В. Приз и др., проведенное среди общесоматических больных, показало, что врачи предпочитают в отношениях с родственниками пациента патерналистскую модель поведения. Во фтизиатрии работа с близким окружением имеет особое значение, поскольку несет в себе не только цель укрепления терапевтического сотрудничества в системе «врач – больной», но и профилактическую деятельность по предотвращению развития заболевания туберкулеза у контактных лиц. Однако, в доступной литературе практически отсутствуют упоминания о вопросах взаимодействия врача-фтизиатра и родственников пациента. Неизученными остаются и вопросы выбора оптимальной модели профессионального поведения врача-фтизиатра, взаимосвязи с психологическими особенностями пациента.

В заключение следует отметить, что эффективное взаимодействие между врачом и пациентом является существенным фактором, влияющим на успех терапии. Учитывая, что больной туберкулезом это не только пациент, требующий медицинской помощи, но и источник инфекции, представляющий опасность для окружающих, фтизиатрическая специальность отличается от всех прочих необходимостью постоянного контроля над приверженностью лечению, активному взаимодействию не только с самим пациентом, но и членами его семьи. Данная работа осложняется тем, что среди пациентов противотуберкулезных диспансеров высока доля

социально дезадаптированных лиц с саморазрушающим поведением, низкой приверженностью терапии, что может явиться причиной профессионального выгорания медицинских работников. Еще одну сложную категорию составляют хронические больные Пб группы диспансерного учета с неизлечимыми формами туберкулеза, в том числе ВИЧ-ассоциированного, нуждающиеся в комплексной паллиативной помощи. В таких условиях от врача-фтизиатра требуются развитие коммуникативных навыков и не только знание особенностей терапевтического поведения больных туберкулезом, но и умение в различных ситуациях применять ту или иную модель поведения во взаимоотношениях с пациентом.

Во фтизиатрических стационарах нужно восстановить ту гуманитарную составляющую, которой всегда отличалась противотуберкулезная работа. Это направление — один из путей к улучшению результатов лечения больных.

Литература:

1. Р.Г.Артамонов. Врач - больной: патернализм или партнерство // Мед.кафедра. - 2004. - № 2. - С. 173-177.
2. Богородская Е. М., Смердин С. В., Стерликов С.А. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. - М.: Нью-Терра, - 2011. – 216 с.
3. Богадельникова И. В.. Пунга В. В. Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне: практическое пособие для врачей / под ред. М. И. Перельмана. - М.; Тверь: Триада. - 2006. - 31 с.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник / пер с нем. - М.: Гэотар медицина, 1999. - 376 с.
5. Валиев Р. Ш., Богатова Э. В., Бурнашов Р. У. Уровень информированности пациентов противотуберкулезных диспансеров и их отношения к лечебному процессу // Казан. мед.журн. - 2002. - №3. - С. 223-225
6. Гурылева М. Э., Герасимова О. И. Характеристика качества жизни больных туберкулезом органов дыхания

- при амбулаторном режиме лечения // Пробл. туб. - 2002. - № 8. - С. 10-11.
7. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008. - №1.
 8. Дуков Л. Г., Варнаков П. М. Биоэтика практикующего врача // Клинич. медицина. - 1998. - № 8. - С. 46-48.
 9. Ильина Т. Я., Муминов Т. А., Колдыбаев С. К. Туберкулез органов дыхания и эффективность его лечения в некоторых группах // Пробл. туб. - 2000. - № 4. - С. 9-11.
 10. Наумова Е. А., Шварц Ю. Г. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя? // Междунар. журн. мед. практики. - 2006. - № 1. - С. 48-60.
 11. Носачев Г. Н., Гусарова Г. И., Павлов В. В. Психология и этика общения с пациентом. Психология и этика общения в системе «врач - пациент». - Самара, 2003. - 68 с.
 12. Майоров М. В. Лечебный комплаенс гинеколога и пациентки // Провизор. - 2005. - № 11. - С. 16-22.
 13. Макиева В. Г., Калинина М. В., Богадельникова И. В. и Психологическая оценка больных с впервые выявленным туберкулезом легких при различных организационных формах лечебного процесса // Пробл. туб. - 1999. - № 4. - С. 7-9.
 14. Перельман М. И. Больной туберкулёзом и врач-фтизиатр // Пробл. - туб. - 2006. № 5. - С. 3.
 15. Приз Е. В., Мажаренко В. А., Волобуев Е. Н. Дифференциация отношения врачей к пациентам и их родственникам / Социология медицины. - 2011. - № 1. - С. 42-46.
 16. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни и кооперативность, больных бронхиальной астмой: - автореф. дис. д-ра мед. наук: - М., 2000. - 36 с.
 17. Соловей С. Д. Социально-психологическая характеристика впервые выявленных больных туберкулезом легких (по материалам ГУЗ ЛО «Зелеиохолмская туберкулезная больница Фтизиатрическая служба Ленинградской области –

- состояние перспективы развития: сборник научных трудов. — СПб., 20.-С.271-284.
18. Стогова Н. А., Калинина. Оценка профессионального выгорания у врачей-фтизиатров // Туб. - 2012. - № 9. - С. 22.
 19. Сухова Е. В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. - 2005. - С. 34-36.
 20. Творогова И. Д. Развитие коммуникативных навыков // Главврач. - 2003. - №6. - С. 32-36.
 21. Чеботарева О. А. Современные проблемы в системе взаимоотношений врача и пациента // Материалы 64-й научной политической конференции студентов и молодых ученых ВолГМУ Волгоград: Изд-во ВолГМУ. - 2006. - 34 с.
 22. Adherent's to long-term therapies: evidence for action. Gen World Health Organization. - 2003. - 110 p.
 23. Barley R. A. A comparison of global questions versus the S-TAQ questionnaire as measures of the severity and impact of asthma / *Euro. Respir. J.* - 1999. - Vol. 14. - P. 591-596.
 24. Barley R. A., Quirk F. H., Jones P. W. Asthma health status measurement in clinical practice: validity of a new short and simple instrument. / *Respir. Med.* - 1998. - Vol. 92. - № 10. - P. 1207-
 25. Caldos Tanguis H., Cayla Y. A., Garcia P et al. Factors predicting non-completion of tuberculosis treatment among HIV-infected patients in Barcelona (1987-1996) // *Int. J. Tuberc. Lung Disease.* - 2001 - Vol, 4. № 1. - P. 55-60.
 26. Hadley M., Maher D. Community involvement in tuberculosis control // *Int. J. Tuberc. Lung Disease.* - 2000. - Vol. 4, № 5. 401-408.
 27. Lee Y. Y., Lin J. L. Do patient autonomy preferences matter in patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes // *Social Science & Medicine.* - 2010. - Vol. 71. - P. 1811-1818.
 28. Liefvooght R. [et. al] A randomised trial of the impact of counseling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* - 1999. - Vol. 3. - P. 1073-1080.

29. Macqa J. [et al]. An expolation of the social stigma of tuberculosis in five «municipios» of Nicaragua to reflect on local interventions // Health Policy. - 2005 Vol. 71 - P. 205-217.
30. Myray E., Pollack L., White M. [ct al]. Clinicaldecision-making: patients' preferences and experiences // Patient Educat. Counsel. - 2007. -Vol. 65. - P. 189-196.
31. Parker R. M., Gazmararian J. A.Health literacyessential for health communication // J. Health Commun. - 2003, - Vol. 8 (Suppl. 1).-P. 116-118.
32. Stewart M. Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction // Fam. Pract. - 1984. - Vol. 1. - P. 30-36.
33. Street R. L. Jr., Millay B. Analyzing patient participation in medical encounters// Health Commun. - 2001. - Vol. 13. - P. 61-73.
34. Zandbelt L. C. [et al]. Medical specialists' patient-centred communication and patient-reported outcomes // Med. Care. - 2007. - Vol. 45. - P. 330-339.

ЮРИДИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

А.Ю. Ефратов, Н.В. Шатрова
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра мобилизационной подготовки
здравоохранения и медицины катастроф
(Зав. кафедрой – доц. Н.В. Шатрова)

Ежегодно, только в России, жертвами катастроф и несчастных случаев на производстве становятся десятки тысяч человек. По данным ряда авторов число погибших от неоказания или несвоевременного оказания первой помощи сопоставимо со смертельными исходами от онкологических заболеваний. Подчас предугадать чрезвычайные ситуации сложно, но обеспечить своевременное оказание первой помощи возможно и необходимо. В течение нескольких последних лет оказание первой помощи в чрезвычайных ситуациях преподается не только в рамках

дисциплины «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» студентам всех факультетов, но и в программе отдельной дисциплины «Первая помощь» при подготовке врача-лечебника на кафедре мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф. Безусловно, кроме освоения практических навыков и получения знаний по приемам первой помощи, в процессе изучения дисциплины часто очень активно обсуждаются юридические и этические вопросы ее оказания в различных ситуациях современной жизни.

Вообще, первую помощь до приезда квалифицированного персонала со специальными средствами способен оказать любой человек: случайный свидетель происшествия, коллега и работодатель пострадавшего. Какими бы сложными ни были возникающие ситуации, каждый может выполнить наиболее важные приемы первой помощи.

Однако, далеко на каждый свидетель происшествия способен безотлагательно броситься на помощь пострадавшему. Когда речь заходит о первой помощи, многие сталкиваются с рядом вопросов: «Имею ли я право оказывать первую помощь, если я не медик?», «Ждет ли меня ответственность, если я наврежу пострадавшему?» и т.д. Опыт стран, в которых созданы действенные системы оказания первой помощи, показывает, что самой надежной гарантией ее эффективности является законодательное закрепление механизма оказания первой помощи.

Является ли обязанностью каждого гражданина оказание первой помощи пострадавшему, ведь по формальным признакам закон обязывает каждого знать и уметь применять знания по оказанию первой помощи? В соответствии с ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», гражданин Российской Федерации не обязан оказывать первую помощь, если он по религиозным, половым, расовым и иным причинам не хочет этого делать. Действительно, оказание помощи - это право, а обязанностью является только для сотрудников ряда органов и служб. Но это не значит, что можно покинуть место происшествия, пройти мимо нуждающегося в помощи и остаться безнаказанным. «Оставление в опасности», предусмотренное ст. 125 УК РФ, это «заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасности для жизни или здоровья

и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние». В этом случае следует определить круг лиц, на которых распространяется действие этой статьи. Это лицо, которое:

- имело возможность оказать помощь потерпевшему;
- было обязано проявить заботу о пострадавшем;
- само поставило пострадавшего в опасное для жизни или здоровья состояние.

Неоказание помощи пострадавшему является также причиной для привлечения к ответственности.

В том случае, если гражданин не хочет и не может оказать первую помощь, он обязан сообщить о пострадавшем в «Скорую помощь» или службу спасения.

Если пострадавший возражает против оказания помощи, никто не в праве ее ему оказывать, так как право на отказ от медицинского вмешательства закреплено в ст. 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Вместе с тем, этот же закон разрешает оказание помощи без согласия пострадавшего в ряде случаев: если пострадавший не достиг 14 лет, и рядом нет законного представителя; если пострадавший находится в бессознательном состоянии; если пострадавший страдает заболеваниями, представляющими опасность для окружающих или тяжелым психическим расстройством; если пострадавший совершил общественно опасное деяние.

Можно ли привлечь к ответственности за неправильное оказание первой помощи?

В связи с тем, что жизнь человека провозглашается высшей ценностью, сама попытка защитить эту ценность ставится выше возможной ошибки в ходе оказания первой помощи, так как дает человеку шанс на выживание. Уголовное и административное законодательство не признают правонарушением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии *крайней необходимости*, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности или правам данного лица, если эта опасность не могла быть устранена иными

средствами (ст. 39 «Крайняя необходимость» Уголовного кодекса РФ; ст. 2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса РФ об административных правонарушениях). Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был причинен вред равный или более значительный, чем предотвращенный. Такое превышение влечет за собой уголовную ответственность только в случаях умышленного причинения вреда.

В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют судебные прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи.

Представляет интерес регламентация оказания первой помощи вне медицинской организации в других странах. В частности, в США работают следующие юридические составляющие:

- отказ от реанимационных мероприятий или *DNR* (*DoNotResuscitate*) позволяет выбрать, хочет ли пострадавший, чтобы его оживляли в случае его внезапной смерти (проведение сердечно-лёгочной реанимации и искусственной вентиляции легких) и если нет, то оформляется отказ в виде карточки, браслета, или других *DNR* документов, чтобы иметь их у себя дома или с собой;

- подразумеваемое согласие (*implied consent*), касающееся профессиональной деятельности медиков при исполнении ими служебных обязанностей;

- право хороших самаритян (*Good Samaritan Law*) предоставляет правовую защиту людям (не медикам), которые оказывают посильную помощь тем, кто нуждается в первой помощи или реанимационных мероприятиях.

Принятые нормы призваны способствовать повышению социальной активности людей, предоставляет им возможность принимать участие в предотвращении вреда правам человека, интересам государства и общества, в том числе - оказывать первую помощь пострадавшим, не опасаясь последующего судебного преследования.

По большому счету, обычный прохожий может отказаться от оказания им первой помощи пострадавшему (за исключением обстоятельств, рассмотренных выше). Может ли отказаться от выполнения приемов первой помощи прохожий, если он является медиком? Цинично – да, если он в данный момент находится не «при исполнении» и если кто-то из других свидетелей не знает о его медицинском образовании и пострадавший уже «окружен вниманием». А практически - руководствуясь своими моральными обязательствами – конечно нет. Как и обычный гражданин, медик без халата и перчаток и других средств защиты может проявить нежелание, опасение или даже брезгливость к неопрятно (мягко скажем) выглядевшему с дурным запахом пострадавшему на улице. Но сделать элементарные вещи (спросить, что случилось, придать боковое положение человеку без сознания, и просто позвонить «03»), он, несомненно, обязан!

Обязаны оказывать первую помощь по закону, кстати, не всегда медики. Это долг и сотрудников противопожарной службы (МЧС), органов внутренних дел (полиции, ГИБДД). Они должны иметь соответствующую подготовку. Но с медиков, понятно, спрос особый.

Безусловно, следует помнить, что гражданин, оказывающий помощь (немедик или медик, не исполняющий свои должностные обязанности в данный момент), не может превышать свою квалификацию в области знаний медицины, то есть назначать и выполнять медицинские манипуляции и применять средства, не входящие в объем первой помощи, так как за подобные действия, если они повлекли тяжкие последствия, предусмотрена уголовная ответственность. То есть, прежде чем сделать какую-либо инъекцию или дать какую-либо таблетку, нужно тысячу раз подумать, насколько вы компетентны в данном случае и насколько это уместно, и сможете ли это потом доказать в суде. А оказывать или не оказывать первую помощь - пусть решают не только органы правосудия, но и суд вашей совести и профессиональной чести.

СМИ И МЕДИЦИНА: МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Л.Н. Жукова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Лечебный факультет

Научный руководитель: преподаватель А.Д. Максакова

В современном мире в связи с развитием общества и современных технологий, потребность людей в информации, в том числе, и в медицинской возрастает.

На данном этапе журналистика имеет не малое значение в жизни общества, в том числе и в формировании общественного мнения. И когда впервые в СМИ подняли медицинскую тематику, встал вопрос о возникновении медицинской журналистики и о правильности подачи информации обществу.

Корни медицинской журналистики уходят к 1727 году и лежат в Санкт-Петербурге. Первое появление медицинской тематики было выявлено в газете «Санкт-Петербургские ведомости». Первым чисто медицинским журналом были «Санкт-Петербургские врачебные ведомости». Редакторами были профессор патологии и терапии Санкт-Петербургского медико-хирургического института Фридрих Уден и доктор Клейнеш.

В основном, там были советы по остановке кровотечений, отсутствии аппетита, при перемежающихся лихорадках, по уходу за новорожденными и воспитании детей.

Особенностью медицинской журналистики является простота изложения материала. Всегда надо понимать, что информацию могут читать люди, далекие от медицины, и краткость и понятность изложения является одним из важных аспектов. В принципе, подходы к освещению медицинской тематики можно разделить на три направления:

- популяризация и продвижение медицинских знаний;
- популяризация и пропаганда здорового образа жизни;
- освещение деятельности медицинских учреждений в том числе и медицинских ВУЗов.

В свете этих трех направлений журналисты пишут статьи, которые тоже можно разделить на ряд групп, то есть, можно выделить круг проблем и тем, освещаемых в журналистике:

- *научный аспект* – новости фундаментальной, теоретической медицины, освещение новых открытий и методов лечения, в том числе еще не проверенных и не подтвержденных;
- *медицинская промышленность* – включает в себя новости фармацевтической промышленности и промышленность медицинских изделий;
- *люди медицины* – врачи, ученые и медработники выступают героями интервью;
- *этический аспект* – поднимаются морально-этические проблемы медицины и вопросы биоэтики (клонирование, аборт, суррогатное материнство и т.д.);
- *здоровье и здоровый образ жизни* – пропаганда и приобщение к ЗОЖ;
- *нетрадиционная медицина* – иначе говоря, народная медицина.

В ряде этого круга проблем встают вопросы морально-этического и медицинского характера.

Первой и, наверное, самой актуальной является фармацевтическая промышленность. Реклама на телевидении, радио, на бигбордах городов, в журналах и интернете, – абсолютно везде мы видим рекламу современных препаратов, которые фармацевтические фирмы стараются продать, даже, зачастую, не проверив его эффект. Нам рассказывают, как плох тот препарат, которым пользуетесь Вы и как много у него побочных эффектов. А потом на фоне страха и растерянности людей преподносят свой новый эффективный препарат, который может быть вреден, не проверен, неэффективен вовсе, а иногда нам выдают абсолютно тот же препарат, только под другим названием. Здесь подключается и экономический аспект журналистики.

Это может касаться такой отрасли фармацевтической промышленности как производство и продажа БАДов. Они являются эффективными препаратами при недостатке в организме некоторых питательных веществ, но проблема в том, что большинство БАДов не проходит клинических и фармакологических испытаний. Консерванты, стабилизаторы, отдушки, красители, улучшители вкуса – все это присутствует и в биологически активных добавках. Правда, производители постоянно «забывают» писать об этом на коробочках с

«натуральными» таблетками. БАДы стремительно заполняют аптечный рынок, все более активно составляя конкуренцию лекарственным препаратам. В настоящее время потребление биологически активных добавок настолько широко распространено, что часто воспринимается как неременная составляющая здорового образа жизни. На мировом рынке БАДов, начиная с 2001 года, наблюдается постоянный рост на 7–8% в год. Во многих развитых странах мира производство и потребление БАДов достигает огромных масштабов. Так, в Японии пищевые биологически активные добавки употребляет около 90% населения, в США – 80%, в Европе – около 50%. Россияне в своем потреблении БАДов пока более консервативны. По разным сведениям, в 2003 г. БАДы употребляли от 7 до 15% населения, а в 2001 году регулярно пользовались БАДами только 3% населения России (по данным НИИ питания РАМН).

Производители активно пользуются некоторыми особенностями продвижения БАДов на рынке. Так как они не имеют строгого показания к применению, это дает возможность производителю свободно выбирать аспекты и эффекты своего препарата и, зачастую, умалчивать о некоторых неприятных свойствах.

Также есть ряд особенностей рекламного продвижения БАДов. Допускается реклама препарата, который отпускается без рецепта врача. Не допускается реклама БАДов, не прошедших государственную регистрацию. Реклама БАД не должна создавать впечатления о ненужности участия врача при применении БАД, в особенности БАД парафармацевтической группы. Недопустимо в рекламе создавать впечатление, что природное происхождение сырья, используемого в составе БАДа, является гарантией их безопасности. Более крупные рекламодатели размещают рекламу БАДов в основном на наиболее массовом носителе – телевидении. Менее крупные рекламодатели активно используют прессу. Радио и наружная реклама в сравнении с ТВ и прессой используются значительно меньше.

Возможно, что даже таким образом фармацевтические компании получают рабочее поле для наблюдения, за эффективностью своего нового препарата.

Еще одной проблемой, освещаемой журналистикой, является деятельность лечебных учреждений и врачей. Здесь ее можно представить в двух аспектах: положительном и отрицательном. Иногда можно встретить рассказ о враче-герое, который спас не одну сотню жизней, который виртуозно проводит множество операций и является одним из лучших нынешнего поколения, что вызывает положительную реакцию. А иногда можно узнать информацию о враче, который не помог нуждающемуся, у которого умер пациент на операционном столе, о халатном отношении врача и т.д., что может сформировать негативное мнение общества о медицине и о системе здравоохранения в целом.

Журналистика оказывает серьезное влияние на формирование общественного мнения, это касается и медицины. Имея в своем арсенале сотни приемов внушения людям необходимой идеи, они являются серьезным средством воздействия на общество. Так СМИ способны формировать мнение людей о врачах и медицине в целом. В частности, что наша медицина совершенно беспомощна и не может оказать должной помощи. Также сформированы две позиции по отношению к врачам:

- пациент верит врачу и полностью выполняет его указания, следуя указанному лечению;
- пациент не доверяет врачу и считает, что врач поставил неправильный диагноз и назначил неправильное лечение.

Также это касается этических вопросов клонирования, аборт, суррогатного материнства, эвтаназии, пересадки органов и т.д. До сих пор это является темой для споров людей медицины, т.к. встает вопрос о ценности личности, человеческой жизни и ее сущности. Какова же может быть реакция общества на то, с чем до сих пор не могут разобраться ученые.

СМИ играет двоякую роль в жизни медицинской науки. С одной стороны – просветительская работа, что помогает работе врачей, с другой же стороны – негативные отзывы, что наоборот может связать руки вовсе.

ПОЧЕМУ МЫ ВЫБИРАЕМ ПРОФЕССИЮ ВРАЧА: ДО И ПОСЛЕ 18?

А.О. Илюкина

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Лечебный факультет

**Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения
и медицины катастроф**

(Зав. кафедрой – доц. Н.В. Шатрова)

«Когда-нибудь он станет врачом и будет спасать людей. Возвращать им счастье. И даже кое-что лучше счастья: покой. И все будут его уважать. Когда-нибудь...» (Чак Паланик, «Удушье»).

Я училась в школе и передо мной, как и перед другими детьми, часто вставал вопрос: кем же я хочу стать? Родители, учителя, знакомые интересовались: «Кем же ты станешь, когда вырастешь?»

Задумываясь над этим вопросом, я долго выбирала себе профессию: смотря на маму, я хотела стать учителем, смотря на папу, - юристом. Но в какой-то момент меня стали интересовать люди в белых халатах, которые приходят на помощь, когда ты себя плохо чувствуешь, которые с помощью лекарств, различных инструментов и даже с помощью доброго слова облегчают твои страдания. К счастью, мне не приходилось много и тяжело болеть, но мне удалось разглядеть то невероятное, что может сделать врач: помочь человеку справиться с его болезнью, исцелить его, вернуть к жизни.

И мне захотелось стать врачом, захотелось делать людям добро, облегчать их страдания, бороться за их жизни и видеть их счастливые лица.

С 9 класса я твердо решила, что буду поступать в медицинский. Упорно готовилась к экзаменам, углубленно изучала химию и биологию. В итоге мои старания оказались ненеправильными: я узнала, что поступила в РязГМУ в первую волну.

Вот уже третий год я учусь в нашем университете. Третий год я иду к своей цели, к своей мечте – стать добропорядочным врачом, грамотным специалистом.

Почти каждый знает, какой это тяжелый труд – грызть гранит науки, а еще сложнее делать это в медицинском университете, но истинную цену данного образования знает лишь тот, кто окунулся в медицину с головой.

Поэтому я решила задать вопрос «Почему ты выбрал профессию врача?» одиннадцатиклассникам, желающим поступить в медицинский университет, и нашим студентам.

Многие ребята хотят поступить в медицинский, так как увлекаются химией и биологией и мечтают помогать людям, например, ученики школы № 44 г. Рязани Викулов Михаил, Афонина Анастасия, Мацур Мария.

На выбор Мацур Марии повлиял и пример ее мамы, которая связала жизнь с медициной.

Устьян Мария, также ученица данной школы, ответила на этот вопрос так: «Стать врачом – моя мечта с самого детства. Главным примером для меня была моя бабушка. Она долго работала медсестрой, и даже сейчас, после выхода на пенсию, она отзывается на все просьбы нуждающихся в ее помощи людей. Я хочу стать таким же надежным человеком, на которого можно положиться, как и моя бабушка».

На выбор профессии многих студентов нашего вуза, в значительной степени, также повлиял большой интерес к профильным предметам. Среди них студентка 1 курса лечебного факультета Хаустова Лилия, студенты 3 курса лечебного факультета: Саморукова Анна, Тараскин Иван, Хорошилова Наталья. Важно отметить, что на наш выбор учебного заведения повлияли высокий престиж вуза и профессии, а также желание помогать людям, принимать участие в поиске средств для лечения болезней, облегчения состояния больных.

Некоторых из моих коллег-студентов привлекает внешний вид врача (белый халат), запах процедурного кабинета и сама атмосфера больницы. Даже спустя почти 3 года после поступления в вуз их мнение практически не поменялось. Все также манит больничная атмосфера Кузину Оксану, белый халат - Куликову Юлию, хотя со временем Юля поняла, что внешние атрибуты - не самое главное. У нее появился новый мотив: «После первой практики я поняла, что бесценно видеть счастливые лица выздоровевших людей. Хочу приносить им это счастье».

Ханаева Александра ответила так: «В школьные годы я считала, что профессия врача уважаема в обществе. Расценивала доктора, как супергероя, который окажет любую помощь при любых обстоятельствах безвозмездно. Однако сейчас понимаю, что врачебная деятельность воспринимается сегодня как сфера услуг или как коммерческая отрасль. И редко, кто окажет должную помощь, если у тебя нет денег».

Но также среди студентов есть и те, которые выбрали профессию лишь благодаря случаю. «До 9 класса я мечтал стать ветеринаром, и я упорно учил химию и биологию, чтобы осуществить свою мечту. Но в один момент все изменилось. На моих глазах произошла авария, в которой пострадали люди. Прибывшая бригада «Скорой помощи» приступила к реанимационным мероприятиям, спасая жизни пострадавших. Увидев все это, я осознал, что огромное число людей нуждается во врачебной помощи, и решил, что должен стать врачом, спасать жизни, помогать людям. Сейчас, обучаясь на 3 курсе, я понимаю, что сделал правильный выбор. Врач – благороднейшая профессия. И я горжусь, что когда-нибудь смогу стать врачом», - поделился Андреев Максим.

Но больше всего меня впечатлила история моей одноклассницы Цветковой Александры. «Когда у меня заболел дедушка, мне стало очень обидно, что я ничем не могу ему помочь. После этого я задумалась: в семье нужен тот, кто сможет помочь в трудную минуту. Я начала готовиться к поступлению в медицинский, одновременно заботясь о дедушке. Я следила за тем, правильно ли он принимает таблетки, помогала восстанавливать функциональное состояние организма. Мы с ним разрабатывали моторику, заново учились говорить. Я была очень рада, что могу чем-то помочь, но я хотела большего. Я поняла, что если бы у меня было медицинское образование, то я бы обязательно его вылечила. Моего дедушки уже нет, но до сих пор, перелистывая его историю болезни, я нахожу ответы на старые вопросы. И теперь, я надеюсь, что, когда закончу университет, смогу побороться за жизнь другого».

Каждый раз, сталкиваясь с трудностями при получении знаний, я задаюсь вопросом: почему я выбрала профессию врача? Ведь я и не могла подумать, насколько это будет тяжело и трудно... Трудно, потому что твой учебный день начинается

ранним утром, а заканчивается поздней ночью... Потому что количество литературы для одного предмета исчисляется сотнями, тысячами страниц... А это лишь верхушка айсберга, лишь малая часть тех знаний, которыми я должна обладать... Трудно..., потому что с каждым новым семестром появляются новые предметы и легче не становится...

Но если бы я не поступила в медицинский, то я бы не узнала, насколько многогранной может быть мелодия стука сердца, я бы не узнала истинную цену каждой уходящей секунды в палате реанимации, я бы не узнала, насколько сильным может быть наш организм. Если бы я не пошла учиться на врача, то я бы никогда не узнала, что медицина – это не просто наука, это образ жизни.

Поэтому, отвечая на данный вопрос сейчас, я могу с большой уверенностью и необычайной гордостью сказать: я выбрала профессию врача, потому что она достойна огромного уважения, признания и является одной из самых трудных и благородных профессий на земле. И я надеюсь, что «когда-нибудь стану врачом и буду спасать людей, возвращать им счастье. Когда-нибудь»...

ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В.А. Инкина

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра философии и истории

(Зав. кафедрой – проф. П.В. Акульшин)

Биоэтика возникла для защиты прав и достоинства человека в условиях нарастания массива «опасного знания», антропологического и ценностного кризиса. Среди причин ее возникновения числятся недоверие к научному разуму в вопросе различения «хорошего» и «плохого», оторванность традиционной этики от насущных проблем современности, множественность и разнообразие этических учений. Биоэтика возникла как прикладная этика, на которую возлагалась задача поиска решений моральных проблем, имеющих пограничный и

открытый характер, в контексте глобального философского осмысления жизни и смерти человека, и шире - всего живого. То есть, биоэтика сформировалась как наука, внутренне неоднородная. При наличии философской и этической составляющих, биоэтика тяготеет к нормотворчеству и созданию специальных социальных институтов, которые закрепляют выработанные нормы и контролируют их исполнение в медицинской деятельности. Биоэтика, по сути дела, транслирует нормы морали в правовое поле. Отдельные нормы биоэтики уже получили юридическое оформление, другие имеют аналогичную тенденцию. К примеру, взаимоотношения врача и пациента, которые строятся на основе информированного согласия пациента на медицинское вмешательство, - это правовые отношения, предполагающие взаимовыгодный договор с обоюдной ответственностью. Это означает, что правовая регуляция все больше распространяется на ту область, где прежде первенствовала мораль и фигурировали такие ценности, как благо пациента, милосердие, сострадание, забота, помощь. Естественно, право не отменяет мораль, а правовые нормы имеют также и моральное содержание. Но в реальной медицинской практике в отношениях врача и пациента (испытуемого) все большую весомость приобретает правовой аспект, а моральная составляющая нивелируется. Особенно актуально это для России, где длительное время существовала традиция противопоставления морали и права. Когда сфера принятия решения очерчивается правовым полем, то внутренние личностные механизмы морального выбора и моральной ответственности далеко не всегда участвуют в этом процессе. То есть, мотивация врача (исследователя) все в большей степени приобретает внеморальный характер.

Стандартизация, которая свойственна современной медицине, также не способствует актуализации моральной мотивации. Доказательная медицина предполагает, что достижения биомедицинской науки применяются после основательной проверки (соответствующей установленным требованиям) как утвержденный официальными инстанциями стандарт диагностики или лечения. Соответственно стандартизируются процедуры, обеспечивающие этическую корректность. В этом случае действия врача или исследователя,

применяющего стандарты, приобретают характер функциональной рациональности. Целью становится само выполнение предписанных действий в надлежащей последовательности. О ценностном смысле этических требований и границах моральной ответственности думает тот, кто разрабатывает стандарт, а тому, кто его применяет, размышлять о ценностной нагруженности стандарта не обязательно.

Однако, специфика медицинской практики такова, что действия врача или исследователя, по крайней мере, в настоящее время, не могут быть полностью формализованы. Правовые нормы не охватывают всех частных случаев; требования, вытекающие из принципов биоэтики, которые работают до закона, в конкретных ситуациях могут вступать в противоречие друг с другом; стандартизация в медицинской деятельности имеет определенные ограничения. Так что пациент обычно рассчитывает на моральные качества врача, его сознательность и самоотдачу. Представляется, что насущным становится вопрос, чем будет руководствоваться врач в своих действиях, когда ситуация не подлежит правовому регулированию, стандарт отсутствует, а внутренние механизмы моральной регуляции недостаточно задействованы.

В преподавании биоэтики необходимо уделять повышенное внимание философскому и аксиологическому аспектам биоэтических проблем, способствовать усвоению ценностей, которые выработала биоэтика и стараться поддерживать и развивать свойственные студентам моральное чувство и способность к эмпатии.

НАТУРАЛИСТИЧЕСКО-ПРАГМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ:

ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ
Р.С. Кавгиев, А.А. Малыгин, А.К. Чупахин
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Лечебный факультет

Научный руководитель: доц. Д.С. Логинов

*В какой бы дом я ни вошел,
я войду туда для пользы больного,
будучи далёк от всякого намеренного, несправедного и
пагубного...*

Клятва Гиппократова

Со времен появления медицины существуют разногласия во многих ее аспектах. Связанная с отношениями между людьми, в частности, в отношении к пациентам, она затрагивает многие вопросы философии и нравственности.

Современная медицина стремительно развивается, однако мало кто представляет, что в фундаменте заложены не только открытия великих врачей и ученых, но и страницы истории, о которых порой умалчивают.

Тема нашей работы связана с натуралистическим и прагматическим подходами в медицине.

Факты доказывают, что после визита доктора нуждающиеся больные не всегда отправлялись в лечебные учреждения. В Средневековой Европе известны случаи жестокого обращения населения с душевнобольными. Людей привязывали к столбам на площадях, а проходящим мимо горожанам разрешалось издеваться над ними: закидывать камнями, обливать отходами и т.д. Страх людей перед психическими заболеваниями выливался в ненависть и жестокость по отношению к больным, причем врачи того времени такими способами пытались найти лекарство от этих болезней.

Однако тот же самый страх перед болезнями, казавшимися неизлечимыми, мог возвысить врача в глазах людей. Они считали, что люди, способные исцелить страшные заболевания, обладают сверхъестественными способностями. Поэтому суеверия людей часто становились инструментами для

достижения цели, например высокого положения в обществе. Яркий пример – Григорий Распутин. Свидетельств чудесных исцелений много – от генеральши Лохтиной до дочери Столыпина. Дар исцеления Распутина признавало даже скептически настроенное к нему Временное Правительство. В 1905 году слава о Распутине дошла до ушей царицы. Ее сын Алексей страдал гемофилией, но к 1907 году был вылечен Распутиным. После этого у сибирского крестьянина практически не осталось конкурентов при дворе. Вся царская семья верила ему и молилась на него.

Среди врачей тоже существуют люди, считающие что цель всегда оправдывает средства, и на пути к своим целям они не берут в расчет человеческие жизни. В конце 18 века европейские врачи захотели переправить вакцину от оспы в Новый Свет, однако в то время не было холодильников. В 1803 году стартовала экспедиция под руководством испанского доктора Франсиско Хавьера де Бальмиса. Он использовал 22 мальчиков-сирот в возрасте от 8 до 10 лет в качестве живой цепочки: примерно каждые десять дней из созревших на их руках пузырьков забиралась лимфа и прививалась следующим мальчикам. Таким образом вакцина была доставлена в Мексику, страны Центральной и Южной Америки, а затем с помощью новой партии мальчиков - в Филиппины и Китай.

Далеко не все открытия совершались во благо пациентов, и уж тем более соответствовали деонтологическим и моральным нормам.

Все мы принимаем лекарства, когда заболеем, но мы даже не задумываемся о том, каким образом было изучено их биологическое действие. Нет ни одной фармацевтической компании, которая бы не проводила эксперименты на людях, ни одной. И мы молчим, поскольку знаем: если сегодня новое лекарство не испытают на добровольцах, значит, завтра не выпустят на рынок, и кто-то умрёт, потому что этика перевесила логику и здравый смысл. Но не на всякий эксперимент найдётся доброволец. Обратимся к истории.

Жил когда-то в Японии человек по имени Исии Сиро. Он родился в 1892 году, окончил медицинский факультет Императорского университета в Киото, а затем аспирантуру по проблемам серологии, бактериологии, эпидемиологии и

патологии. Он избрал военную стезю и к 1935 году дослужился до подполковника медицинской службы. А в 1936 году впервые был назначен начальником Управления по водоснабжению и профилактике частей Квантунской армии. Он дважды покидал этот пост – и снова возвращался. Известен он тем, что возглавлял Отряд 731.

В одно время на территории сопок Маньчжурии начал работать страшный завод. В качестве «сырья» там использовали живых людей. А «продукция», которая изготавливалась в этом месте, могла стереть с лица земли все ее население за сравнительно короткий промежуток времени. Крестьяне никогда не приближались к этой территории без особой надобности. О том, что скрывают японские «лагеря смерти» («Отряд 731» в том числе) не было известно никому. Но ходило множество жутких слухов о том, что там происходит. Рассказывали, что там над людьми проводят страшные и мучительные опыты. Особый «Отряд 731» был секретной лабораторией смерти, где японцы изобретали и апробировали самые ужасные варианты мучений и уничтожения людей. Здесь был определен порог выносливости человеческого организма, граница между жизнью и смертью.

Велись чисто научные исследования, создавались вакцины против риккетсий и вирусов тифа, маньчжурской лихорадки, эпидемической геморрагической лихорадки, клещевого энцефалита, бешенства, натуральной оспы. Изучались способы лечения обморожений и ожогов, определялись потолки для лётчиков в различных условиях и так далее. Вопрос этики: стоило ли оно того? Сколько людей нужно уничтожить, чтобы спасти от чумы остальных?

Подопытных называли «брёвнами». Осуждённые преступники, шпионы, пленные русские – все они служили материалом. Больше всего пострадало, конечно, китайцев. На полигоне близ станции Аньда проводили испытания бомб, начинённых чумными блохами и возбудителями газовой гангрены. Подопытных привязывали к столбам на определённом расстоянии от места планируемого сброса. Некоторых – одетыми, некоторых – с обнажёнными частями тела. И измеряли время, за которое чумная блоха способна преодолеть расстояние от точки взрыва до обездвиженной жертвы...

Некоторые военные врачи отряда получили уникальный опыт, к примеру, вскрытия живого человека. Живое вскрытие состояло в том, что у подопытных под наркозом или под местной анестезией постепенно извлекали все жизненно важные органы, один за другим, начиная с брюшины и грудной клетки и заканчивая головным мозгом. Ещё живые органы, называемые «препаратами», уходили на дальнейшие исследования в разные отделы отряда.

После войны деятельность «Отряда 731» расследовалась в ходе «Хабаровского процесса», который завершился осуждением ряда военнослужащих Квантунской армии, причастных к его созданию и работе, к различным срокам лишения свободы.

Позднее многие сотрудники этого отряда получили учёные степени и общественное признание, например Масадзи Китано. Многие переехали в США, где ценились за свои знания, приобретённые в отряде. Американские власти не призвали этих преступников к ответу, потому что, как указывается в книге Моримур, информация о японских экспериментах в области бактериологического оружия представляла большую ценность для американской программы по его разработке. Многие из врачей впоследствии (после войны) стали успешными, известными врачами в мирной жизни; некоторые из них основали свои клиники и роддома.

Параллельно со зверствами японских ученых печальную славу заработали ученые Нацистской Германии.

В отличие от Японии, где все эксперименты проводились в одном месте, в специально оборудованном лабораторном комплексе, немецкие опыты имели несколько хаотичный характер. Если при лагере можно было создать лабораторные условия для экспериментов – они создавались. Яды испытывались в Бухенвальде, горчичный газ – в Заксенхаузене, гипотермия – в Дахау и так далее. С 1942 года Зигмунд Рашер занимался экспериментами по обморожениям. В первой серии опытов узников погружали в ледяную воду – одних по грудь, других – по шею, третьих – вниз затылком. В разных условиях смерть наступала в разное время. Некоторых пытались реанимировать – в итоговом отчёте Рашер подробно описывал методы спасения людей, переживших тяжёлую общую гипотермию.

Во второй серии опытов исследовались местные обморожения и холодные ожоги. Людей обливали холодной водой и выставляли на мороз, доводили конечности до обморожения различной степени тяжести и пытались вернуть их в нормальное состояние.

Тот же Рашер инициировал серию опытов по выяснению практического потолка для лётчиков путём заключения подопытных в герметичные камеры и создания там разрежения. В барокамере моделировались условия, существующие на различных высотах – до 20 километров. Отряд 731 проводил точно такие же опыты, только порой доводил их до абсурда. Воздух из камеры выкачивали до такой степени, что человека изнутри просто разрывало.

Стоит заметить, что мы намеренно не акцентируем внимание на печально знаменитых опытах доктора Йозефа Менгеле. В процессе исследования материалов нам не удалось найти никакого обоснования большинства его экспериментов, проведённых в Освенциме и других лагерях смерти. Значительную часть работы Менгеле составляли опыты над заключёнными, включая анатомирование живых младенцев; кастрация мальчиков и мужчин без использования анестетиков. Он подвергал женщин ударам тока высокого напряжения с целью тестирования их выносливости. Однажды он стерилизовал группу польских монахинь при помощи рентгеновского излучения.

За 21 месяц своей работы в Освенциме заработал репутацию одного из самых опасных нацистов, получил кличку «Ангел Смерти». Лично встречал поезда узников, приезжавших в лагерь, и сам решал, кому из них предстоит работать в лагере, кто пойдёт на его опыты, а кто сразу же отправится в газовую камеру.

Особый интерес Менгеле вызывали близнецы. В 1943 году Менгеле выбирал близнецов из общего количества прибывавших в лагерь и поселял их в специальных бараках. Из 3 тысяч близнецов выжили только 300. Среди его экспериментов были попытки изменить цвет глаз ребёнка впрыскиванием различных химикатов в глаза, ампутации органов, попытки сшить вместе близнецов и пр. Люди, оставшиеся в живых после этих опытов, умертвлялись. Менгеле также проявлял интерес к физиологическим аномалиям, в частности, к карликам. Проводил

эксперименты над оказавшейся в Освенциме семьёй Овиц — музыкантов-лилипутов из Румынии. Жертвами Менгеле стали десятки тысяч человек.

Самое спорное медицинское «событие» в истории США — даже не принятие и оправдание японских медицинских преступников из Отряда 731, а собственные американские опыты, направленные на исследование развития сифилиса. С 1932 года Подразделение венерических заболеваний Службы общественного здравоохранения США проводило исследование сифилиса на темнокожем населении города Таскиги, штат Алабама. Почему на чернокожем? Потому что малограмотные и необразованные негры не знали, что существуют способы лечения этой пагубной болезни.

Более того, когда для лечения сифилиса стали повсеместно использовать пенициллин (примерно с 1947 года), врачи намеренно скрыли этот факт от пациентов, продолжая исследования. Отношение врачей к подопытным чётко выразил доктор Джон Хеллер. «Они были предметами, а не больными, клиническим материалом, а не пациентами», — сказал он в одном из интервью, данных после прекращения проекта.

Конец опытам положила в 1972 году пресса. Специалист по исследованиям венерических заболеваний Петр Бакстун опубликовал разгромную статью об алабамском эксперименте. Статья вышла на передовицах крупнейших американских газет, в том числе New York Times, и под давлением общественности эксперимент был прекращён, выжившим предоставлена медицинская помощь, а все участники-врачи были лишены права на медицинскую практику.

В 18 веке Российскую Империю захлестнула эпидемия оспы — люди умирали тысячами. С таким положением вещей не могла смириться русская императрица Екатерина Вторая. В 1768 году при дворе Екатерины произошел ужасный случай. От оспы заболела и вскоре умерла графиня А. П. Шереметьева, невеста Н. И. Панина, который был наставником великого князя. Жизнь цесаревича Павла Петровича оказалась в опасности. Екатерина Вторая, видя, что положение становится опасным, вынуждена была рискнуть. Разработав грандиозный план, целый ритуал привития оспы, она сначала решила привить оспу себе, потом передать «оспенную материю» для прививки сыну-наследнику, а

от него и всем приближенным. Используя старинное поверье о том, что, отдавая свою «оспенную материю» другим, человек подвергался при этом смертельной опасности, императрица представила себя в образе заботливой матери, жертвующей своей жизнью ради здоровья сына и всех подданных. 12 октября 1768 года вечером английский врач Димсдейл с больным оспой ребенком и сыном-ассистентом были тайно проведены в покои императрицы. Там ей была сделана прививка от оспы. Через 6 дней у Екатерины появились признаки оспы, и она уединилась в свои покои до полного выздоровления. Только в Петербурге от оспы привились около 140 аристократов. А 10 ноября прививку сделали и цесаревичу Павлу Петровичу.

Женевский врач и зоолог Жак Понто вводил себе сыворотку, а затем сам подставлялся под укус гремучей змеи – итогом экспериментов было открытие работающего противоядия.

В 1982 году австралийский профессор Барри Маршалл заявил, что гастрит вызывает, в первую очередь, плодящаяся в организме культура бактерий *Helicobacter pylori* (хотя, конечно, она не является единственной причиной). Научная общественность высмеяла учёного. Маршалл ставил опыты на свиньях и других лабораторных животных, но это ни к чему не приводило.

И тогда Маршалл поставил эксперимент на себе, приняв дозу культуры *Helicobacter pylori* и таким образом заразившись. Результаты эксперимента были опубликованы – и стали одной из самых известных медицинских статей 1980-х годов. Немец Эммерих Ульман на себе доказал работоспособность вакцины Пастера от бешенства, француз Николаус Миновицци на себе исследовал симптомы асфиксии.

15 февраля 1921 года американский хирург Эван О'Нил Кейн лежал на операционном столе в ожидании, пока ему удалят аппендикс. Внезапно ему пришла в голову идея проверить, сможет ли он самостоятельно провести эту операцию. Коллеги не стали спорить с начальником и неохотно отошли от стола. Воспаленный аппендикс нашелся быстро, и даже небольшая паника коллег по поводу выпавшей наружу петли кишечника не помешала хирургу быстро закончить работу. Кейн полностью восстановился за две недели и вернулся к своим обязанностям в больнице. Позже он объяснял, что решился на

такой рискованный эксперимент, чтобы лучше понимать ощущения больного и научиться правильно использовать местную анестезию. Вдохновившись успехом, Кейн решил повторить эксперимент на себе в 1932 году. Он нуждался в удалении грыжи и вновь взялся за скальпель. К сожалению, вторая операция оказалась не такой удачной. Семидесятилетний хирург так и не поднялся с постели и умер от пневмонии три месяца спустя.

Английского невролога Генри Хэда очень интересовали последствия повреждений периферических нервов. Вот только пациенты ему попадались сплошь необразованные – они никак не могли четко описать свои ощущения и совершенно не владели медицинской терминологией. Полагаться в этом нелегком деле можно было только на себя, и 25 апреля 1903 года сэр Генри попросил помощника перерезать ему на левой руке лучевой нерв. «Я буду знать многое о боли к тому времени, как эксперимент закончится», – написал Хэд, лишившись чувствительности в одной из конечностей. Способность ощущать боль вернулась к левой руке сэра Генри довольно быстро – в течение трех месяцев. Но это не помешало ему вместе с коллегой по фамилии Риверс еще около четырех лет экспериментировать с поврежденной рукой до ее полного выздоровления. В результате Хэд весьма преуспел в самоанализе и изучении ноцицепции – восприятию стимулов, вызывающих ощущение боли. А про его эксперимент теперь можно прочесть во всех учебниках по нейрофизиологии.

В ноябре 1933 года профессор университета Алабамы Аллан Уолкер Блэр взял пинцетом самку паука каракурта (ее еще называют «черная вдова»), и дал ей укусить себя за палец. Через несколько минут после укуса мышечные спазмы были настолько сильными, что мистер Блэр практически не мог дышать. А через два часа, покрытый кровавым потом, в судорогах и шоковом состоянии, был доставлен в больницу. Несмотря на страшную боль, Блэр требовал подключить его к электрокардиографу, чтобы зафиксировать, как яд каракурта воздействует на сердце.

Кардиограмма, ко всеобщему удивлению, оказалась нормальной: видимо, яд каракурта не повлиял на работу сердца. Но ученый промучился еще несколько дней, периодически

погружаясь в бредовое состояние. И лишь через неделю врачи сочли возможным отпустить его домой.

Вполне очевидный вывод о том, что яд самки каракурта может быть очень опасен для человека, впрочем, не стоил мучений мистера Блэра. Двенадцатью годами раньше его коллега-энтомолог Уильям Бэрг провел аналогичный эксперимент с «черной вдовой», страдал три дня и подробно задокументировал свой опыт. Цели у него были те же – подробно описать симптомы отравления ядом каракурта.

Во время Первой мировой войны Джозефа Баркрофта призвали служить на Королевскую инженерную станцию. Там молодой физиолог решил проверить на себе действие синильной кислоты, которую как раз в это время начали использовать в качестве химического оружия. Ученый подошел к делу серьезно и закрылся в газовой камере. Собака, которую Баркрофт взял с собой, умерла через девяносто пять секунд. Экспериментатор чудом продержался десять минут и самостоятельно вышел с трупом животного на руках.

Десять лет спустя ученый решил проверить, как влияет на здоровье низкое содержание кислорода в воздухе. В качестве модельного объекта Баркрофт, разумеется, выбрал себя. В стеклянной камере исследователь создал разреженную атмосферу, примерно такую же, как на высоте пять километров над уровнем моря, и провел в таких условиях шесть дней. Его извлекли из камеры посиневшим, но не сдавшимся.

В 1931 году Баркрофт приступил к исследованию влияния низких температур на деятельность мозга. Конечно, опять на себе. Ученый разделся догола и забрался в морозильную камеру. Примерно час он мужественно пытался согреться и боролся с желанием закончить эксперимент. А затем холод отступил и экспериментатор заметил, что «ощущение холода закончилось и его сменило прекрасное тепло». Скорее всего, Баркрофт вплотную приблизился к смертельной гипотермии, но его коллеги вовремя заметили неладное и примчались с одеялом и горячим чаем. Организм естествоиспытателя оказался поистине железным, и скончался он только в возрасте 74 лет от сердечного приступа.

10 октября 1878 года сицилийский врач Джованни Баттиста Грасси при вскрытии очередного трупа обнаружил, что толстая

кишка покойного набита аскаридами и их яйцами. Медик решил заразиться этими паразитами сам – все ради науки, чтобы подтвердить оральный путь передачи аскарид. Однако просто так глотать яйца червей доктор Джованни не стал и решил подойти к эксперименту со всей научной скурпулезностью.

В течение года Грасси рассматривал свои экскременты под микроскопом, чтобы удостовериться, что своих собственных паразитов у него нет. И лишь 20 июля 1879 года он проглотил 100 яиц аскарид. Через месяц, к собственной радости, Грасси почувствовал первые признаки дискомфорта в кишечнике и обнаружил в стуле яйца «собственных» червей. Эксперимент удался, а рецепт травяного антигельминтного сбора доктор знал «назубок».

Обряд «глотания червей» с тех пор стал популярен в рядах паразитологов, которые, как и Грасси, считали, что лучший опыт – это свой собственный. Так, например, в 1887 году Фридрих Чокке из университета Базеля сознательно вырастил у себя в кишечнике ленточного червя длиной немногим менее двух метров.

Евгениуш Лазовский и Станислав Матулевич в довоенное время проводили опыты, активно изучая существующие бактерии. Тогда же они и открыли поразительное свойство мертвой бактерии *Proteus OX19*. Оказывается, что если человеку вколоть вакцину с *Proteus OX19*, последующий анализ крови покажет положительную реакцию на тиф. При этом самой болезни у человека нет. И вот в годы немецкой оккупации Евгениуш и Станислав решили воспользоваться своим открытием. Они тайно сделали прививки всем евреям городка Розвадов и его окрестностей, после чего отправили немцам пробы крови. Увидев положительный результат теста на тиф у более чем 8 тысяч людей, немцы побоялись въезжать в городок, думая что это эпидемия. Таким образом эти евреи спаслись от неминуемой гибели и издевательств в концлагерях.

В 1944 г. Роджер Смит из штата Юта испробовал на себе действие яда кураре. После инъекции стал развиваться паралич. Сначала парализовались мышцы горла, Смит подумал, что захлебнется слюной. Затем паралич распространился на мышцы конечностей, затруднилось дыхание. Только срочная реанимация смогла спасти Смита. Но врач рисковал собой не напрасно. В

результате исследований стало возможным применение кураре для расслабления мышц брюшной полости при хирургических операциях.

Благодаря этим людям медицина двигалась и продолжает двигаться вперед.

Медицинские исследования осуществляются людьми, поэтому не стоит забывать про человеческий фактор. Часто видя пациентов, нуждающихся в помощи, и одновременно возможность легкой прибыли, врачи и фармацевтические компании используют несчастья людей в своих целях, назначая, например, ненужные анализы, лекарства-пустышки и дорогостоящие необоснованные обследования. Они не задумываются, что это не только не принесет пациентам пользы, но и может нанести вред.

Итак, в своей работе мы рассмотрели как положительные, так и отрицательные аспекты практической медицины. Однако, одержимые высшей целью, многие часто пренебрегают этическими и нравственными ценностями, и готовы положить на алтарь медицины слишком много. И все же, на все эти действия нельзя смотреть лишь под одним углом. Каждый сам для себя оценивает эти события, и судит о людях, совершивших их.

В будущем будет сделано еще множество открытий, проведено экспериментов и создано препаратов, однако, какие бы цели ни преследовались, врач должен помнить о своей главной задаче – сохранении человеческой жизни...

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДИНАСТИИ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

История РязГМУ в лицах: медицинские династии вуза

Р.Е. Калинин, В.А. Кирюшин, Н.А. Козеевская

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Ректорат, библиотека РязГМУ

На вопрос, какая профессия самая важная, каждый ответит по-своему. А если спросить, какая самая трудная и напряженная, пожалуй, в первую очередь, назовут тяжелые мужские специальности, вспомнят о пожарниках, спасателях,

милиционерах. Самыми знающими назовут учёных, всех работников умственного труда. Но существуют люди, работа которых объединяет все названные характеристики. Дело их жизни - самое необходимое, самое трудное, самое ответственное, требующее постоянного совершенствования. И эти люди - врачи, перед которыми стоят важнейшие задачи - распознавать, лечить, предупреждать болезни, обеспечивать сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности людей, спасение жизни.

С давних пор именно им принадлежит заслуга продления жизни. Во времена, когда опустошительные эпидемии и войны уносили жизни миллионов людей, врачи упорно искали способы избавления и защиты от опасных заболеваний, старались снизить осложнения после ранений и оперативных вмешательств. Они создавали все новые лекарства и вакцины, часто испытывая их на себе, чтобы не подвергать опасности других людей. Благодаря им, появилась возможность предупреждать и лечить огромное количество заболеваний, ранее считавшихся смертельно опасными.

В мире постоянно появляются новые, ранее неизвестные болезни, вспыхивают эпидемии. И как всегда на выручку приходят «стражи здоровья» - смелые, решительные люди, которые подвергаются неведомым опасностям, вступая в борьбу с вирусами, микроорганизмами и другими возбудителями заболеваний. Врачи, как и раньше, спасают людей, охраняют жизнь на Земле.

Как часто представителям этой нелегкой профессии приходится спасать человеческие жизни! И врачи каждый день делают все возможное, а порой и невозможное, помогая нам снова вернуться к нормальной, привычной жизни. А успех зависит от их квалификации, способности принять правильное и своевременное решение. Ошибиться нельзя, так как цена ошибки - человеческая жизнь. Самоотверженность и бескорыстие, любовь к людям и стремление им помочь - неотъемлемые качества современного врача. Через всю свою жизнь он должен пронести слова из клятвы Гиппократов: **"В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного"**.

Существует традиция считать профессию врача искусством. А передается она по наследству ненавязчиво. И выбор происходит сам собой.

В современном мире "династией" принято называть людей, выходящих из одной семьи, которые продолжают дела своих родителей, идут по их стопам в профессии. То есть под словом "династия" подразумевают выражение «трудовая династия».

В силу специфики медицинской деятельности профессиональная преемственность посредством династий в системе здравоохранения очень распространена. Медицинские династии представляют собой особую форму организации потомственных медиков - работников здравоохранения и соответствуют определенным условиям: наличие медицинского образования и осуществление профессиональной деятельности в лечебных учреждениях, принадлежность к разным поколениям общего семейного рода, осуществление профессиональной преемственности.

В условиях модернизации здравоохранения значение медицинских династий возрастает многократно, так как кадровый потенциал является одним из условий, влияющих на эффективность функционирования лечебно-профилактических учреждений. Число потомственных медиков в кадровой структуре современной системы здравоохранения представляется социально значимым - около 50 %.

Одной из важнейших проблем российской медицины является нехватка квалифицированных кадров. В подобных условиях возрастает роль популяризации профессиональной преемственности. Представители медицинских династий, сохраняющие верность профессии на протяжении нескольких поколений, являются основой медицины и здравоохранения.

Процесс профессиональной династийности представляет собой практику передачи трудовых навыков, ценностных ориентаций и норм профессионального поведения посредством родственной связи через разные поколения медицинских работников. Накопление ценностей и норм профессионального поведения, опыта и знания своих родных, процесс преемственности поколений делает его уникальным и отличным от внединастийного освоения медицинской профессии. Студенты, относящиеся к медицинским династиям, лучше овладевают профессиональными навыками, более удовлетворены процессом обучения, поскольку выбрали медицинскую профессию самостоятельно и осознанно.

Основными характеристиками потомственных медиков, являются: отлаженность механизмов адаптации к медицинской деятельности и изменяющимся условиям её осуществления; выработка эффективных поведенческих установок; накопленный опыт; эмоциональная приверженность к профессии.

Преемственность профессиональных знаний и опыта является залогом развития здравоохранения. На современном этапе это содействует формированию инновационного здравоохранения, так как внедрение инновационных процессов предполагает опору на традиции.

Возрождающийся интерес отечественных учёных к осмыслению роли династий свидетельствует о том, что изучение этой темы обладает большим потенциалом для понимания социальной структуры современного российского общества. Значение профессиональной преемственности для современного российского здравоохранения огромно - оно является механизмом формирования адаптационной стратегии к трудовой деятельности медиков, ускоряющим процесс овладения профессиональными знаниями и мануальными навыками, выступает кадровым ресурсом здравоохранения.

Работа по изучению истории РМИ/РязГМУ, издание сборника материалов по истории кафедр, включающего биографические данные об ученых нашего вуза, составление биобиблиографических указателей к юбилейным датам сотрудников последовательно привела к выявлению медицинских династий, внесших большой вклад в становление и развитие Рязанского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Наш вуз богат славными медицинскими династиями – это династии Сутуловых, Узбековых, Низовых, Никулиных, Сауткиных и др.

В 2013 г. сотрудниками библиотеки совместно с отделом по воспитательной работе начат новый проект по выявлению медицинских династий вуза и выпуск изданий из серии «Династия». Всего издано 5 выпусков. Сейчас готовится издание «Династия. Вып.6. Сутуловы», посвященное 110-летию со дня рождения ректора РМИ в 1953-1961 гг. Л.С. Сутулова (1906-1981).

Каждый из выпусков серии «Династия», представляет собой отдельное издание и включает в себя подробную

родословную семьи, страницы биографии, воспоминания, библиографический указатель трудов ученого, фото разных лет.

К 90-летию профессора А.А. Никулина, ректора РМИ в 1961-1983 гг., заведовавшего кафедрой фармакологии с 1959 по 1990 гг., и проведению Вторых Никулинских чтений было подготовлено издание **«Династия. Вып.1. Никулины»**.

«Династия. Вып. 2. Узбекивы». В семье Узбекивых 3 профессора. Г.А. Узбекивы – д-р мед. наук, профессор, зав. каф. биохимии Рязанского мед. ин-та им. акад. И.П. Павлова с 1952 по 1974 гг. Д.Г. Узбекивы – д-р мед. наук, профессор в 2008 – 2010 гг. возглавляла кафедру клинической фармакологии с курсом фармакотерапии, где преподает и поныне. Профессиональная деятельность Д.Г. Узбекивы предопределила ее интерес к личности выдающегося уроженца Рязани академика Н.П. Кравкова и истории его семьи. М.Г. Узбекивы - д-р мед. наук, профессор, биохимик.

«Династия. Вып. 3. Чекурины». Посвящена 100-летию начала Первой мировой войны. Василий Петрович Чекурин – д-р мед. наук, первый заведующий кафедрой оториноларингологии Рязанского медицинского института им. акад. И.П. Павлова (1951-1956). Четыре поколения врачей семьи Петровых – Чекуриных проработали в медицине 250 лет, а вместе с их близкими родственниками – в общей сложности более 400 лет.

«Династия. Вып. 4. Сауткины». Посвящена 70 – летию Победы в Великой Отечественной войне. Михаил Федорович Сауткин с 1976 – 1985 гг. – заведующий кафедрой физического воспитания, лечебного контроля и лечебной физкультуры. Указом Президента РФ от 5 декабря 2014 г. награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством 2-й степени». Три дочери ученого стали врачами, а всего в роду Сауткиных 14 человек стали медицинскими работниками.

Личные воспоминания фронтового врача А.М. Ногаллера были записаны и обработаны мною для выпуска издания **«Династия. Вып. 5. Ногаллер»** к 70-летию Победы в Великой Отечественной войне. Ногаллер Александр Михайлович – д-р мед. наук, профессор, академик Нью-Йоркской академии наук и Международной академии информатизации, терапевт, гастроэнтеролог. С 1967 по 1993 гг. – зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Рязанского медицинского института им.

акад. И.П. Павлова (с 1993 г. – РязГМУ), с 1993-1996 гг. – профессор кафедры.

Краеведческая работа является одним из главных направлений деятельности справочно-библиографического отдела библиотеки. Целью ее является расширение знаний, прежде всего, у обучающихся, об истории университета на примере жизни и деятельности династий медиков и оценка их практического и научного вклада в российскую медицинскую науку, как достойный пример для формирования личности врача и ученого.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ: ВЗГЛЯД МОЛОДОГО ВРАЧА

А.А. Камаев

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

**Кафедра сердечно-сосудистой,
рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и
топографической анатомии
(Зав. кафедрой – проф. Р.Е. Калинин)**

Вопросы этики и деонтологии неразрывно связаны с личностью врача, в частности, хирурга. Личность врача принято отождествлять с самыми высокими понятиями о честности, преданности, самоотверженности, милосердии, доброте и гуманности.

Есть общие принципы деонтологии и, безусловно, профессиональные отличия. В медицине множество профессий, и каждая из них имеет свои особенности.

Начиная свою врачебную деятельность, молодой сосудистый хирург сталкивается с различными проблемами и сложными ситуациями. Во-первых, это тяжёлые больные с множеством сопутствующих патологических состояний. Атеросклероз является одной из важнейших проблем современной медицины, прежде всего, вследствие его бесспорного лидерства среди причин смерти. Первое ранговое место занимает ишемическая болезнь сердца, второе – цереброваскулярные заболевания, ведущую роль в патогенезе

которых играет атеросклероз. Атеросклероз является системным заболеванием, поэтому в значительной части случаев поражение не ограничивается одним сосудистым бассейном. Патогенетические механизмы атеросклеротического поражения сосудов различных бассейнов едины, поэтому аналогичным является и набор факторов риска. В то же время значимость различных факторов риска не идентична. Наиболее важный фактор риска коронарного атеросклероза – высокий уровень холестерина, при инсульте – артериальная гипертензия, а при атеросклерозе артерий нижних конечностей – сахарный диабет и курение. Наиболее важным и модифицируемым фактором риска всех трёх сосудистых заболеваний является курение. Поэтому молодой врач, в первую очередь, должен найти подход к пациенту, объяснить важность отказа от курения. Для молодого специалиста важно, чтобы к нему прислушивались, не обращая внимание на возраст и возможное отсутствие опыта. Для этого необходимо заработать авторитет и уважение как у больных, так и в коллективе. Авторитет в большей степени основывается на отношении к больному, чуткости, соучастии. Хорошо известно, что равнодушие врача снижает доверие к нему больного и может резко сказаться на ходе заболевания. Если же врач пользуется большим авторитетом и уважением, если больной видит его участие, живое желание помочь, избавит от страданий, то нередко лечение оказывается гораздо эффективнее, чем при тех же назначениях врача, которому больной не доверяет. Хирург, несмотря на плотный график работы, должен найти время не просто успокоить больного, а внушить уверенность в успехе хирургического лечения. Учитывая специфику пациентов с сосудистой патологией, это бывает очень не просто. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей является хроническим, неуклонно прогрессирующим заболеванием, и даже успешно проведённая операция может привести в последующем к печальным результатам. Сосудистым хирургам нередко приходится предлагать больным операции в период, когда те не чувствуют проявления болезни. Однако, вмешательство им необходимо, оно должно исключить дальнейшее катастрофическое течение болезни. В этом случае выбор пациента затруднителен, и здесь очень важно, что он услышит от своих друзей, соседей, других врачей. У пациентов

сейчас нет полного доверия к медикам, поэтому воспитание доверия к врачу в нашей стране должно быть государственной задачей. Разумеется, на подрыв этого доверия влияет поведение недобросовестных докторов, и мы должны внимательнее относиться к проблемам медицинского образования, этического воспитания. Кроме того, должно быть выработано общее мнение о хирургии как о средстве не только для спасения человека от смерти, но и для облегчения его жизни, улучшения её комфортности. При тяжёлых же стадиях заболевания единственным выходом для пациента является ампутация конечности, которая будет хоть и калечащей операцией, но сохраняющей его жизнь. И этот самый главный аспект молодой хирург должен донести до пациента.

Из всех врачебных специальностей профессия хирурга является самой ответственной, трудоёмкой, вызывающей сильные эмоциональные переживания и стрессовые состояния. От хирурга требуется эмоциональная устойчивость, самообладание и совершенное клиническое мышление. Хирург также должен отличаться большой выносливостью, так как специфика его деятельности требует работать столько, сколько нужно для больного, в противном случае жизнь последнего окажется в опасности.

К деонтологическим аспектам деятельности врача-хирурга относится отношение к коллегам. Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать, при необходимости, с глазу на глаз, не подрывая авторитета врача.

Хирург в своей работе не должен замыкаться в себе. Хирургия более чем другая отрасль медицины является коллегиальной. Хирург, особенно молодой, должен не гнушаться любым советом: при постановке диагноза, определении показаний и противопоказаний, выборе метода операции. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. То же относится к выбору тактики в ходе операции. Если во время операции хирург сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участия в дальнейшем ходе операции.

Как не вспомнить слова врача и писателя А.П. Чехова, который, определяя, каким должен быть врач, сказал, что профессия врача – это подвиг, который требует самоутверждения, чистоты души и помыслов; врачу необходимо иметь ясный ум, нравственную чистоту и физическую опрятность. Ясный ум – это постоянная учёба и совершенствование в своей специальности. Необходимо всегда быть на уровне современных научных знаний, быстро ориентироваться в сложной обстановке, в любых условиях прийти на помощь больному человеку, трезво принять правильное решение.

**ВОСПИТАНИЕ СПЕЦИАЛИСТА
ЧЕРЕЗ ОБЩЕСТВЕННУЮ РАБОТУ
И.В. Кирсанова
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Лечебный факультет**

Каким должен быть медицинский работник? Он должен быть хорошим специалистом в своей сфере: без знаний правильно поставить диагноз и назначить лечение невозможно. Именно этому нас учат в Университете. В РязГМУ у обучающихся помимо основного учебного плана есть возможность занятий в новейшем симмуляционном центре, работы в лабораториях и виварии, поэтому можно надеяться, что знаний и навыков для дальнейшей работы у выпускников достаточно.

Казалось бы, что еще нужно?

Врач - профессия, которая требует организаторских способностей. Развить их помогает работа в Совете обучающихся. Студенты организуют и проводят мероприятия, прописывают положения, собирают рабочие группы, ищут спонсоров. Такая работа помогает налаживать коммуникации как с другими студентами, так и с администрацией и, возможно, даже со своими "подчиненными"

Пациенту нужно стремиться помочь, относиться к нему снисходительно. На занятиях этому не научишь, именно поэтому

в Рязанском Государственном Медицинском Университете так развито волонтерское движение.

Волонтерские отряды "Рука об руку", "Друзья" и "Не ради славы" занимаются с детьми из школ-интернатов и рязанского дома малютки. Волонтеры играют с детьми, учат их играть на гитаре, вышивать, делать фигурки из бумаги, разговаривают с ними о здоровом образе жизни, проводят спортивные игры.

Волонтерский отряд "Звезда" оказывает адресную помощь ветеранам. Ребята помогают им в проведении уборки в доме, подготовке к праздникам и особым событиям в их семьях, в весенне-летний период работают на приусадебных участках, общаются с ветеранами. Ребята учатся уважать пожилых людей, понимать, что это раньше они были сильными и здоровыми, а сейчас им очень нужна наша помощь и забота.

Наши «Звездные отряды», помимо общения с детьми и ветеранами, организации концертов и дискотек, проводят медицинские осмотры населения сельских районов Рязанской области.

"Донор" проводит акции безвозмездного донорства крови и адресную помощь пациентам.

Но работа волонтерских отрядов нужна не только тем, кому они призваны помогать, но и студентам-волонтерам, которые развивают в себе патриотизм, гуманизм и милосердие, так необходимые в работе любого медицинского работника.

"Талантливый человек талантлив во всем". В нашем Совете есть все возможности для самореализации: студенты пишут стихи, снимают фото и видео, поют, танцуют, участвуют в конкурсах талантов.

Чтобы думать о здоровье пациента, врач, прежде всего, должен быть сам здоров. Это понимают практически все наши обучающиеся, именно поэтому в нашем вузе особенно популярно волонтерское движение "ЗОЖ в РязГМУ".

Ну а помимо всего вышеперечисленного, общественная работа дарит огромный опыт общения, много новых друзей, и делает студенческие годы незабываемыми!

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ

МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В.А. Кирюшин, С.В. Сафонкин, Т.В. Моталова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

**Кафедра профильных гигиенических дисциплин
с курсом гигиены, эпидемиологии и организации
госсанэпидслужбы ФДПО**

(Зав. кафедрой – проф. В.А. Кирюшин)

Медицинская деонтология рассматривается как учение о долге медицинских работников не только перед больными, но и перед всем обществом. Эта направленность деонтологических проблем имеет особое значение для отечественной гигиенической науки.

Специфика деонтологических проблем, с которыми приходится сталкиваться специалистам в области гигиены, обусловлена рядом факторов, исходящих не только из интересов отдельных больных, но и всего общества. Врачи-гигиенисты должны не просто констатировать возникновение отклонений в состоянии здоровья людей вследствие воздействия на них факторов окружающей среды, но и своевременно и на высоком научном уровне разрабатывать рекомендации по предупреждению возможных вредных последствий от воздействия факторов окружающей среды для здоровья, а также выявлять возникшие неблагоприятные ситуации и оперативно их ликвидировать.

В профессиональные обязанности врача-гигиениста входит контроль за проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение загрязнения окружающей среды, оздоровление условий труда, обучения, быта и отдыха, организацию здорового питания, а также предупреждение и снижение заболеваемости. В соответствии с этим, деонтология санитарного врача должна предусматривать принципы его поведения, которые максимально способствуют предупреждению ухудшения качества окружающей среды, сохранению здоровья и трудоспособности человека.

Деонтологическая составляющая сопровождает все звенья работы санитарного врача – будь то участие в управлении

деятельностью объектов, которые могут оказать неблагоприятное влияние на здоровье людей, или в процессе принятия решений и в осуществлении контроля за реализацией принятых решений.

Важным в деятельности врача-гигиениста является принятие ответственных решений, затрагивающих судьбы тысяч людей. При этом, санитарный врач должен обосновывать свои действия, формировать общественное и официальное мнение о необходимости осуществления своих мероприятий. Особенно важно соблюдение вопросов деонтологии, когда решаются вопросы о приостановке строительства или эксплуатации объектов, представляющих опасность для здоровья людей. В этих ситуациях санитарный врач выступает как представитель санитарно-эпидемиологической службы и именно по его действиям, обычно, судят об эффективности ее работы. Вот почему большое значение имеют личность врача-гигиениста и строгая аргументированность его действий.

Например, деонтология санитарного врача как организатора профилактической работы по гигиене труда на производстве включает налаживание деловых отношений с должностными лицами, с которыми он контактирует - администрацией промышленных и сельскохозяйственных объектов разных форм собственности, инженерно-техническим персоналом службы охраны труда и техники безопасности, членами фабрично-заводских комитетов и т.д. Особенно сложными являются взаимоотношения с администрацией предприятий, которая должна обеспечить работающим безопасные условия труда и предвзятать в жизнь предписания органов государственного санитарного надзора, направленные на профилактику общей и профессиональной заболеваемости, укрепление здоровья и повышение работоспособности и эффективности труда.

Развитие гигиенической науки привело к формированию новой комплексной дисциплины – гигиены окружающей среды с характерными для нее процессами дифференциации и интеграции. Целью гигиены окружающей среды является научное обоснование общих принципов и подходов к оздоровлению условий жизни, быта и отдыха, охране и укреплению здоровья населения в непрерывно изменяющихся условиях окружающей среды. Поскольку гигиена окружающей среды, как комплексная междисциплинарная наука интегрирует

знания отдельных гигиенических дисциплин, её этико-деонтологические аспекты включают как общие, так и частные вопросы. Частные вопросы, представляющие интерес с точки зрения деонтологии, являются более традиционными. К ним относится вопрос о гигиенической оценке химических веществ с целью выявления их возможного неблагоприятного действия на организм человека, что является обязательным компонентом исследований по гигиеническому регламентированию содержания химических веществ в различных объектах окружающей среды.

Ученые, проводящие исследования факторов окружающей среды, получают в процессе своей деятельности научные данные, представляющие самостоятельный теоретический и практический интерес. В то же время они выступают в роли основных «поставщиков» научной информации органам, ответственным за принятие конкретных решений в этой области. Поэтому, информация должна быть абсолютно точной, а рекомендации – научно обоснованными.

Важная роль в изучении влияния факторов окружающей среды на здоровье населения принадлежит эпидемиологическим исследованиям. При проведении эпидемиологических исследований гигиенисты последовательно решают три задачи: а) установление факта, характера и величины изменений в состоянии здоровья обследуемого контингента населения; б) идентификация причин (т.е. факторов окружающей среды) установленных изменений в состоянии здоровья; в) идентификация источника (или источников) возникновения причин установленных изменений в состоянии здоровья. При проведении эпидемиологических исследований на популяционном уровне получаемые данные о заболеваемости населения являются объективным доказательством неблагоприятного влияния факторов окружающей среды. Этим объясняется высокая социальная ответственность, которую берет на себя врач-гигиенист при проведении эпидемиологических исследований. В таких случаях главная задача санитарного врача – добиваться от административных органов проведения соответствующих мероприятий по оздоровлению окружающей среды.

Другие этико-деонтологические вопросы возникают перед исследователем при изучении изменений состояния здоровья на групповом и индивидуальном уровнях, когда врач-гигиенист имеет дело непосредственно с обследуемым населением.

Первая группа вопросов, возникающих при этом, – это обследование практически здоровых людей с целью выявления неблагоприятного влияния на них факторов окружающей среды, которое возможно лишь при полном согласии и доверии населения к медицинским работникам, а также при понимании необходимости проведения такого рода обследований.

Вторая группа вопросов – это сложность выбора методов обследования населения: с одной стороны, эти методы должны быть достаточно информативными, чтобы судить о наличии или отсутствии предпатологических изменений, а с другой стороны, они не должны наносить физического или психического ущерба здоровью обследуемых.

Третья группа вопросов – традиционные этико-деонтологические аспекты медицины: способность оказать помощь больному на основе правильно поставленного диагноза. Применительно к массовым обследованиям населения – это способность медицинских работников дать квалифицированные рекомендации и оказать посильную помощь лицам с отклонениями в состоянии здоровья, связанными с неблагоприятным действием факторов окружающей среды. При этом, обязанность санитарного врача – организация оздоровительных мероприятий для определенного контингента населения, коррекция же изменений здоровья на уровне индивида – это уже задача лечащего врача. Вопрос оказания необходимой медицинской помощи практически здоровым людям, но с предпатологическими отклонениями в состоянии здоровья, является одним из наиболее острых в медицинской деонтологии, поскольку речь может идти о десятках, сотнях тысяч людей, подвергающихся неблагоприятному воздействию факторов окружающей среды [1].

Все изложенное выше свидетельствует о важности деонтологических аспектов работы, как гигиениста-исследователя, так и санитарного врача. Очевидно, что основные представления об этих вопросах мы формируем у выпускников медико-профилактического факультета еще на студенческой

скамье. Именно здесь закладываются деонтологические основы их будущей работы, воспитывается сознание их профессионального долга и ответственности за охрану здоровья людей и предупреждение заболеваний.

По аналогии с классической деонтологической формулой «врач-больной» в других медицинских дисциплинах, в гигиене можно выделить триаду «гигиеническая наука – санитарное законодательство – здоровье людей». В последние годы существенно изменились организационно-правовые условия осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора, формы его документального сопровождения. В связи с этим, особую сложность для студентов представляет экстраполяция теоретических знаний о порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в реальные условия работы Управления Роспотребнадзора в современных условиях. Умение пользоваться положениями законодательных актов, четкость изложения вопросов, убежденность в важности выполняемой работы, установление доверительных отношений по вертикали – от руководителя до простого исполнителя – эти качества наши преподаватели формируют у студентов как в ходе учебных занятий и лекций, так и в период летних практик. В помощь будущим специалистам на кафедре с участием специалистов Роспотребнадзора в Рязанской области был издан ряд учебных пособий и справочников для студентов и интернов [2-6]. Эта методическая работа нашла положительный отзыв у пользователей.

Деонтологическая составляющая профессионального воспитания будущих специалистов на кафедре включает ряд форм обучения, позволяющих освоить теоретические и практические аспекты деятельности. Несмотря на нерешенные вопросы юридического характера при посещении объектов, используемых в качестве баз для обучения студентов как в период учебных семестров, так и летней практики, практический компонент образовательного процесса на кафедре существует постоянно, совершенствуется и реализуется благодаря успешному взаимодействию с учреждениями и организациями Роспотребнадзора в Рязанской области. На этих занятиях студенты самостоятельно, под руководством преподавателя и

врача-куратора, проводят обследование объектов с составлением актов обследования, предписаний должностного лица, определением мер административного воздействия и указанием порядка привлечения виновных к юридической ответственности, разрабатывают план оперативных и перспективных профилактических мероприятий. Этот вид деятельности способствует формированию у студентов коммуникативных качеств, поскольку перед каждым занятием преподаватель формирует цель, которую надо достичь в ходе посещения объекта, задачи, которыми достигается цель, представляет документы и материалы по объекту, необходимые для анализа, а также данные получаемые в ходе инструментальных исследований. Данная форма работы требует значительных организационных усилий, однако ее реализация дает возможность студентам приобретать бесценный опыт и позволяет ещё на додипломном уровне сформировать базу реальных практических навыков. Для облегчения освоения студентами данного раздела на кафедре издан ряд учебно-методических пособий, утвержденных УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, и Министерством образования и науки РФ [7-9].

При подготовке врачей-гигиенистов, кафедра имеет опыт использования деловых игр с моделированием конкретных, в т.ч. конфликтных производственных ситуаций, возникающих в работе главного врача, его заместителя, заведующих отделами, врачей и специалистов. В ходе принятия решений и последующего анализа действий в ходе игры решаются отдельные деонтологические вопросы (профессиональная постановка вопросов перед работниками различного должностного уровня - руководителями предприятий, организаций и учреждений; задействованные силы и средства санитарно-эпидемиологической службы; оповещение руководства по вертикали службы, администрации территории; привлечение специалистов заинтересованных ведомств; время приема решений; конкретные разработанные мероприятия по каждой ситуации и вопросы по их реализации). Применение деловых игр повышает эффективность учебного процесса, приближает его к реалиям практической деятельности молодого специалиста.

При жестком учебном плане часть материала учебной программы остается студентам для самостоятельного изучения. Самостоятельная работа студентов на кафедре носит многогранный характер. Одной из форм является обучение на различных ситуационных моделях, формируемых в т.ч.в ходе нескольких учебных занятий, проводимых на базе Управления Роспотребнадзора и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»: надзор за производственными условиями; за коммунальными объектами и средой обитания, пищевыми объектами, качеством и безопасностью пищевых продуктов, организацией питания различных групп населения; надзор за организацией обучения и воспитания детей и подростков. Большое внимание уделяется решению ситуационных задач (анализ конкретных производственных ситуаций), охватывающий многие разделы гигиены - от вопросов технологии производства, формирующих структуру и уровни вредных производственных факторов, их гигиенического нормирования, юридического сопровождения в случаях неблагоприятных воздействий на организм работающего - до разработки гигиенических рекомендаций по профилактике заболеваний. Особое внимание на кафедре отводится задачам с использованием компьютерного моделирования (расчет рисков для здоровья различных групп населения, производственных шумов различной природы, уровней интенсивности, временных характеристик.).

Повышению уровня профессиональной подготовки будущих специалистов способствует проведение предметных олимпиад. В настоящее время коллектив кафедры работает над вопросами подготовки олимпиады «Проблемы и перспективы профилактической медицины» для студентов медико-профилактического факультета. Разработаны «Положение о предметной олимпиаде, методика и система оценивания олимпиадных заданий, определены три этапа проведения олимпиады. Первый этап – решение кроссворда, составленного с помощью компьютерной программы и включающего 50 вопросов по основным разделам гигиены; второй - подготовка устного сообщения, с обязательной мультимедийной презентацией (видеоматериал) на одну из заданных актуальных тем современной гигиены; третий – решение кейс-задачи.

Таким образом, исходя из понятия «деонтология как учение о должном», кафедра профильных гигиенических дисциплин использует как традиционные хорошо зарекомендовавшие себя формы работы, так и новые подходы проведения обязательных и факультативных занятий, в целях повышения качества подготовки врача медико-профилактического профиля.

Литература:

1. Сидоренко Г.И. Деонтология при решении санитарно-гигиенических и эпидемиологических задач / Г.И. Сидоренко, Ю.И. Прокопенко, И.В. Сутокская. – М., 19 . – 313 с.
2. Организационно – правовые аспекты деятельности федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и ее территориальных органов: учебное пособие / В.А. Кирюшин, С.В. Сафонкин, Г.П. Гелевая. – Рязань, 2010. – 246 с.
3. Лицензирование деятельности в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих): учебное пособие / В.И. Чередникова, В.А. Кирюшин, В.Ф. Панин, Г.П. Гелевая. – Рязань, 2011. – с.
4. Организация информационного обеспечения радиационной безопасности населения: справочник / Чередникова В.И., Кирюшин В.А., Сафонкин С.В., Панин В.Ф., Гелевая Г.П. – Рязань, 2011. – 355 с.
5. Федеральные государственные гражданские служащие Роспотребнадзора: учебное пособие / О.В. Дмитриева, С.В. Сафонкин. – Рязань, 2013. – 88 с.
6. Актуальные вопросы деятельности Роспотребнадзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: / В.А. Кирюшин, Т.В. Моталова, Л.А. Сараева, С.В. Сафонкин. – Рязань, 2016, 160с.
7. Кирюшин В.А. Гигиена труда. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие для студентов медико-профилактического факультета / В.А. Кирюшин, А.М. Большаков, Т.В. Моталова. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 400 с.
8. Гигиена труда в отраслях промышленности и сельского хозяйства: учебное пособие / В.А. Кирюшин, Т.В. Моталова, Е.Е. Груздев. – Рязань, 2014. – 172 с.

9. Гигиена труда: учебное пособие / В.А. Кирюшин, А.М. Большаков, Т.В. Моталова. - Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 332 с.

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

О.А. Клейменова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра философии и истории

(Зав. кафедрой – проф. П.В. Акульшин)

На современном этапе отмечается повышенное внимание международных российских правительственных и неправительственных организаций к формулированию принципов медицинской этики и биоэтики. Такая тенденция во многом обусловлена стремительным развитием общества, прогрессом в биомедицинских разработках, генетических исследованиях. В свою очередь, констатируется возникновение новых сложных морально-этических дилемм, дискуссий о том, должно ли быть разрешено все, что технически возможно.

Европейская традиция врачебной этики существует непрерывно около 2400 лет. В древности целитель был подобен божеству. В то же время, с расширением знаний и увеличением спроса стали появляться люди, дискредитирующие эту профессию. В.Даль в «Толковом словаре живого великорусского языка» отмечал, что лекарем зовут и неученого врача, всякого, кто лекарит, лекаричит – занимается лечением, не будучи врачом. Отсюда и пошло «та душа не жива, что по лекарям пошла».

В различные исторические периоды система этических ценностей медика дополнялась и обогащалась. Первые специальные труды по медицинской этике появились в Англии еще в XVIII в.: «Лекции по обязанностям и квалификации врача (Дж.Грегори), «Медицинская этика» (Т. Персиваль).

Становление и развитие медицинской этики в России, зачастую, связывают с М.Я. Мудровым, врачом-исследователем, учителем, деканом медицинского факультета Императорского Московского университета, благодаря которому этическое наследие Гиппократов стало доступным в России. Он

ориентировал каждого вступающего на путь врачевания на несение тяжких трудов и строгое исполнение должностных обязанностей, достижение гражданского благосостояния и получение благородного имени, подчеркивая, что «человек должен быть достоин служению врача». Нравственные качества, как и медицинские, по мнению М.Я. Мудрова, должны постоянно совершенствоваться и находить свое проявление в свойствах внешних, наружных. К ним относятся приветливость, способность сохранять спокойствие лица и духа при опасностях больного, чистоплотность во всем и, прежде всего, в одежде, умеренность в пище. К числу несомненных добродетелей М.Я. Мудров отнес благодарность своим учителям, отделяя и считая неприемлемым угодничество, чиновничество и лицемерие. На основе идей Матвея Яковлевича Мудрова создается «Факультетское обещание русских врачей» (1845 г.), которое вплоть до 1917 г. принимали отечественные медики.

Большую роль в развитии деонтологии в России сыграл Б.В. Петровский – соавтор коллективной монографии «Деонтология в медицине». Он был инициатором введения преподавания курса деонтологии в медицинских учебных заведениях. В 90-х гг. XX в. создано пять центральных комитетов по биоэтике. По инициативе врачебных и сестринских общественных объединений принят Кодекс врачебной этики (1997 г.), Этический кодекс российского врача (1997 г.), кодексы медицинской сестры, фармацевтического работника. Основной задачей этики является обоснование того, почему именно эти ценности получают статус основных, как они соотносятся с другими нравственными ценностями и применяются в практической жизни.

Безусловно, врач, как представитель светской профессии, носитель знаний и опыта, был и остается авторитетной фигурой. И «вряд ли найдется еще профессия, которой бы так повезло, как врачебной, с точки зрения внимания к ней со стороны общества». Мы наблюдаем изменение социального положения врача, который становится свободным субъектом рыночных отношений в обществе и в связи с этим более значимыми и принципиально новыми становятся его отношения с пациентами. Важнейшим мотивом профессиональной деятельности медицинских работников должно быть желание помочь людям. У больного

ожидание компетентности врача сочетается с традиционной установкой на понимание и сочувствие. Но, зачастую, мы можем стать свидетелями недостаточной общей и коммуникативной культуры с обеих сторон, отсутствия взаимопонимания между врачом и пациентом, что сказывается и на процессе лечения. Гуманность личности проявляется в ее сопереживании, сочувствии, сострадании, помощи. Любовь к ближнему должна стать основополагающим критерием выбора врачебной профессии. Ведь «где любовь к людям – писал Гиппократ, - там и любовь к своему искусству».

Сегодня мы можем говорить о том, что изменяется и стиль врачебного мышления, возрастает потребность в его фундаментализации и гуманизации. Современный специалист должен обладать разнообразными знаниями, без этого не может быть и речи об эффективности деонтологического воздействия на пациента. Но, главное, без любви к своей профессии, без понимания важности ее роли в социуме, стать хорошим врачом невозможно.

**ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЕ
СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В
СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ
И.В. Клушина, Н.А. Пронина, Т.И. Панькова
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж»
(Директор – Н.А. Литвинова)**

В силу особенностей медицинской деятельности - важнейшим понятием деонтологии, как учения о принципах поведения медицинского персонала в общении с больным и его родственниками, является профессиональная медицинская тайна. Медицинская деонтология учит тому, что медицинский работник часто оказывается обладателем наиболее сокровенных, интимных сведений, получаемых от обслуживаемых им пациентов. Такая информация о сокровенных мыслях и переживаниях больного оказывается наиболее исчерпывающей и точной, и особенно

ценной тогда, когда пациент убежден в доверительном характере своих сообщений и сохранении излагаемых сведений в глубокой тайне, т.е. в строгом сохранении профессиональной тайны.

В связи с появлением в социальных сетях фотографий пациентов и комментариев их физического и психического состояния в оскорбительной и унижительной форме с употреблением нецензурных выражений, сделанных медицинскими работниками, проблема профессионального этического воспитания медицинских работников становится особенно актуальной. Подобные деяния медицинского персонала являются недопустимыми не только с точки зрения медицинской этики, но и с точки зрения общечеловеческой морали.

Интернет переполнен «медицинскими селфи» с соответствующей «медицинской атрибутикой». Как правило, медицинские работники снимаются на рабочих местах, в больницах и амбулаториях. Можно ли считать такое увлечение безобидным? Практика показывает, что «медицинские селфи» могут иметь серьезные негативные последствия и вызывать нешуточные конфликты. Очевидно, что если на селфи в кадре обнаружен пациент, то речь может идти о разглашении профессиональной медицинской тайны.

Под профессиональной медицинской тайной четко понимается информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (статья 61 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан").

Вольно или невольно, но профессиональная медицинская тайна, как часть этики медицинского работника, стала жизненной реальностью в его повседневной деятельности. Соблюдение или несоблюдение медицинской тайны больше относится к профессиональному долгу медицинского работника. Возможно, существующее законодательство призывает и накладывает более сильную ответственность, чем внутренние моральные и психологические переживания медицинского работника о разглашении медицинской тайны пациента. Но не зря считается, что работать в профессиональной медицинской среде должны люди с высокими морально - этическими нормами, способные сохранить их на протяжении учёбы и всей профессиональной

деятельности, так как огромная ответственность за жизнь наших сограждан лежит на плечах этих людей.

И в заключение хочется вспомнить высказывание Гиппократ: «Чтобы при лечении, а также без лечения, я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС КАК ОСНОВА ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОВИЗОРА

**Т.А. Коваленко, И.В. Григорьева
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра фармакологии с курсом фармации ФДПО
(Зав. кафедрой – проф. Е.Н. Якушева)**

Одной из задач в подготовке провизора является формирование его морального облика через приобщение к нравственным традициям фармацевтической науки и практики.

Основы этических норм и морально-нравственных принципов поведения фармацевтического работника отражены в Этическом кодексе фармацевтического работника России, разработанного в 1996 г. в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Этический кодекс определяет отношения между фармацевтическим работником, обществом, пациентом и медицинским работником и направлен, в первую очередь, на обеспечение прав, достоинств и здоровья личности и общества в целом, а также прав и моральной ответственности специалистов фармацевтической организаций[1].

В нашем университете в 2015 г. разработан и принят «Этический кодекс обучающихся медицине и фармации», в котором высшей целью провозглашены служение человеку, спасение его жизни и сохранение здоровья[2].

Этические кодексы обучающихся и фармацевтических работников имеют много общих аспектов. Овладение знаниями и

навыками по спасению жизни и сохранению здоровья человека, глубокое и серьёзное изучение медицины и фармации – обязанность каждого обучающегося. Фармацевтический работник на протяжении всей профессиональной деятельности должен постоянно совершенствовать свои специальные знания, умения и навыки, регулярно подтверждать свою компетентность, владеть полной информацией о лекарственных средствах для оказания фармацевтической помощи, в том числе консультационных услуг по выбору наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств, способов их хранения, использования и т.п.

Формирование взаимоотношений между студентами и сотрудниками университета является основой для дальнейшего становления взаимоотношений в трудовом коллективе, базирующихся на взаимоуважении и сотрудничестве, тактичности и корректности, вежливости и взаимопомощи, высокой требовательности к уровню своих знаний и моральному облику.

Как обучающийся не вправе допускать проявлений дискриминации личности по гендерному и социальному признаку, так и фармацевтический работник должен оказывать лекарственную помощь независимо от национальности, политических и религиозных убеждений, имущественного положения, пола, возраста и социального статуса пациента.

Требования к внешнему виду студента и фармацевтического работника совпадают: аккуратный внешний вид, чистый медицинский халат, медицинская шапочка и сменная обувь, длинные волосы должны быть собраны. Этически не одобряется использование косметических средств и парфюмерии с резким запахом, маникюр с наращиванием ногтей, неуместные ювелирные изделия и бижутерия, обувь на высоких каблуках. Психологи отмечают, что почти в 80% случаев мнение о человеке составляется по первому впечатлению. Белоснежный накрахмаленный халат, скромная причёска, внешняя подтянутость и аккуратность, опрятность и скромность сотрудника аптеки создают предпосылки для установления доверительных отношений с пациентами.

Фармацевтический работник должен работать в тесном контакте с врачом, выполняя общую задачу – возвращение

здоровья пациенту. Деловые отношения между ними должны строиться на взаимном уважении: фармацевтический работник не должен допускать бестактных высказываний в адрес врача, а врач не должен умалять достоинство фармацевтического работника. Их содружество должно быть нацелено на выбор наиболее эффективных лекарственных средств, оптимальной лекарственной формы, дозы, рациональной схемы лечения и способа применения. Фармацевтический работник как специалист в области лекарствоведения обязан информировать врача о новых лекарственных препаратах, врач должен строго соблюдать установленные правила выписывания рецептов.

Как студенты, так и фармацевтические работники должны уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного и сохранять втайне известную им медицинскую информацию о пациенте.

Обучающиеся должны уважительно относиться к профессорско-преподавательскому составу, персоналу медицинских и аптечных организаций, на базе которых проходит учебный процесс. Студент не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию лечащего врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Фармацевтический работник при выявлении ошибок в рецептах вправе обсуждать их только с врачом, не должен подменять врача в выборе лекарственных средств и предлагать пациенту лекарственные препараты по своему усмотрению. Фармацевтический работник обязан обеспечить пациента лекарственными средствами, прописанными ему врачом, в указанной в рецепте дозе и соответствующей лекарственной форме.

Важнейшими требованиями, предъявляемыми к подготовке провизора в условиях рыночной экономики, является формирование этики бизнеса: при осуществлении фармацевтической деятельности должны приниматься профессионально обоснованные решения в интересах пациента независимо от экономической выгоды, следует придерживаться принципов этичной конкуренции, этичного маркетинга и рекламы [3].

Таким образом, совпадение целей и задач «Этических кодексов» показывает преемственность воспитательного процесса студентов фармацевтического факультета и фармацевтических работников. Формирование общекультурных и профессиональных компетенций ФГОС в области этики крайне важно для специалиста с высшим фармацевтическим образованием, так как учит строгому соблюдению субординации, умению в дальнейшем правильно строить взаимоотношения с коллегами и пациентами, с руководством и подчиненными, сочетать экономические цели бизнеса с этическими нормами общества и экономическими интересами пациента.

Литература:

1. Этический кодекс фармацевтического работника России (провизора и фармацевта) // Фармация. – 1997. - № 2. - С. 37-39.
2. Этический кодекс обучающихся в ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России: утвержден Приказом ректора ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России № 159-д от 19.05.2015 – Рязань, 2015.
3. Коваленко Т.А. Воспитание специалистов на курсе фармации ФПДО / Т.А. Коваленко, И.В. Григорьева: // научно-практическая конференция «Воспитание специалиста – приоритетная задача педагога» / под ред. М.А. Бутова; РязГМУ им. акад. И.П.Павлова.-Рязань, 2007.-С. 154 – 159.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ПРОВИЗОРА ПРИ ОБУЧЕНИИ

Д.Г. Кокина

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии

(Зав. кафедрой – доц. Г.Ю. Чекулаева)

Фармацевтическая этика является наукой о морали, нравственных ценностях и нормах поведения фармацевтических работников всех уровней в процессе их деятельности.

С учетом особенностей профессиональной деятельности в сфере лекарственного обеспечения специалист с фармацевтическим образованием должен обладать определенными социально-психологическими характеристиками личности, отвечающими потребностям общества, принципам фармацевтической этики и деонтологии. Провизору необходимо правильно строить и регулировать свои взаимоотношения с посетителями аптеки и коллегами и уметь пользоваться методами психологического воздействия на пациента. Кроме того, конкурентная среда требует от провизоров успешного применения стандартов обслуживания, владения коммерческими технологиями, психологией продаж, навыками умелой презентации, умением управлять конфликтными ситуациями, понимать язык мимики и жестов и т.д. [2]

В связи с этим, обязательным условием профессиональной подготовки специалистов является не только формирование знаний и умений (таких, как определение физико-химических характеристик отдельных лекарственных форм и проведение контроля их качества; умение готовить реактивы для анализа лекарственных средств; интерпретировать и оценивать результаты анализа), но и необходимость уделять большое внимание процессу профессионального становления, развития личности будущего провизора, способствовать повышению эффективности труда и мотивации на достижение максимальных результатов [3].

В процессе обучения специалистов все большую роль играет развитие социокультурных навыков, таких как, умение создать мотивирующую атмосферу, провести анализ психологического состояния пациента, организовать различные формы общения с ним. На первый план выходит личность и ее интегральные характеристики: социально-профессиональная направленность, компетентность, психофизиологические свойства. Немаловажным фактором становления специалиста является умение работать в коллективе, принимать решения как самому, так и в команде. Лучшим способом достижения указанных навыков является деловая игра. Являясь активной формой обучения, деловая игра служит для студента лучшим способом моделирования проблем и условий, имитирующих реальность. В ходе деловой игры воспроизводится деятельность

специалистов, выявляются проблемы, причины их появления и пути решения. Процесс адаптации в коллективе облегчается, ведь студент во время обучения получает возможность моделирования должностных ролей: заведующего контрольно-аналитической лабораторией, провизора-аналитика. Важнейшая задача высшего учебного заведения – помочь молодому специалисту адаптироваться в современных условиях, найти свое место в фармацевтической отрасли, осмыслить и принять ответственность за свое профессиональное становление и развитие, и деловые игры служат важным фактором для решения этих задач.

В процессе обучения преподаватель помогает обеспечить не только осознанность, прочность, глубину, системность знаний, но и умение применять эти знания и умения в различных жизненных условиях и ситуациях. Поэтому на занятиях особенно важно подкреплять теоретические знания решением практических заданий, которые моделируют реальных случаи, взятые из практической деятельности фармацевтических работников.

В период прохождения производственной практики в аптеках студенты сталкиваются с реальными условиями работы провизоров, проблемами и задачами, стоящими перед ними в процессе профессиональной деятельности, и учатся применять полученные знания и умения на практике.

Своим примером преподаватель вносит значительный вклад в формирование положительных качеств, таких как добросовестность, трудолюбие, исполнительность, ответственность, коммуникабельность. Ведь соблюдение учебной дисциплины, неукоснительное выполнение педагогического долга, ненавязчивая демонстрация заинтересованности в успехах обучающихся, правильная речь, приверженность здоровому образу жизни, хорошие манеры, опрятный внешний вид - все это имеет положительное воспитательное значение [1].

В настоящее время подготовка провизоров осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация (квалификация (степень) "специалист"). И можно отметить, что программы подготовки специалистов во многом

отвечают требованиям современного фармацевтического рынка. В первую очередь, это достигается путем включения в профессиональные образовательные программы общекультурных компетенций, которые развивают у специалиста способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм[4].

Профессиональное становление будущих специалистов – одна из важнейших задач современного фармацевтического образования. Организация подготовки провизоров должна основываться на компетентностном подходе, неразрывной связи с практической деятельностью и осуществляться системно. Фармацевтические работники должны иметь возможность реализоваться как целостные личности, их профессиональное развитие не должно носить декларативный характер, а быть осознанно сформированным. Ведь совершенствование знаний и умений, а также методов работы является одним из главных принципов фармацевтической деонтологии, потому, что от квалификации специалиста аптечной организации зависит здоровье человека.

Литература:

1. Винниченко Н. Л. Влияние воспитательного пространства вуза на профессиональное становление будущих специалистов //Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. – №. 4. — С.34-38
2. Гаврилина Н.И. Этика, деонтология и психология в работе фармацевта и провизора /Н.И.Гаврилина, В.И. Шульженко, Г.П. Бурова // - Новая аптека. — 2007. — № 9. — С. 58-61.
3. Троицкая А. В. Вопросы профессионального становления будущих специалистов коммуникативных профессий в процессе обучения в ВУЗе / А. В. Троицкая // Психология: проблемы практического применения: материалы междунар. науч. конф. (г. Чита, июнь 2011 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2011. — С. 58-63.
4. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по

направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация
квалификация (степень) «Специалист». – М., 2011

СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В БАКТЕРИОЛОГИИ

В.И. Коноплева, О.В. Евдокимова, Т.М. Гусева

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

(Зав. кафедрой – доц. В.И. Коноплева)

Медицинская этика и деонтология – совокупность принципов поведения и этических норм медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей, предполагающая оказание больному максимально возможной помощи и способствующая повышению эффективности лечения больного. Выполнение и соблюдение принципов медицинской деонтологии включает различные аспекты профессиональной деятельности: правила выполнения своих должностных обязанностей, принципы и формы взаимоотношений с коллегами по профессии, а также правила общения с больными, его родственниками и близкими. Деонтологические принципы и требования распространяются на работу всего медицинского персонала и не могут быть одинаковыми для всех медицинских специальностей, так как каждая из них имеет свою профессиональную специфику. «Деонтология призвана изучать нравственное содержание действий и поступков врача в отдельных его специальностях, т.е. в конкретной деятельности» (А.И. Смольняков, Г.И. Царегородцев, 1973), поэтому, вопросы деонтологии рассматриваются отдельно в хирургии, акушерстве, психиатрии, клинике внутренних болезней, инфектологии, педиатрии и т.д. Деонтологические принципы работы врачей-бактериологов практически не обсуждаются, литературные данные отсутствуют вообще. Вместе с тем деонтология в бактериологии, кроме общих для всех медицинских дисциплин моральных принципов, теоретических основ и практических целей, имеет отличия, обусловленные спецификой работы персонала бактериологической лаборатории. Одна из особенностей медицинской деятельности бактериолога –

отсутствие прямого контакта с пациентом. Врач, лаборант, проводящие исследование, как правило, не видят обследуемого, и в таких условиях анализ может приобретать абстрактный характер. Важно помнить о том, что за каждым лабораторным исследованием стоит конкретный человек со своими особенностями психо-эмоционального восприятия окружающего мира. В тех случаях, когда больной особо интересуется диагнозом своей болезни, целесообразно сообщить ему о результатах лабораторных исследований, подтвердивших диагноз или выявивших излечимое заболевание. Это сообщение снимает психологическую тревогу, тем более, что многие больные особо остро переживают неуточнённый диагноз своей болезни, и именно лабораторное подтверждение диагноза для многих является особенно убедительным. В этом ключе максимально будут востребованы не только профессиональная подготовка бактериолога, но и его морально-нравственные качества, требующие проведения максимально полного, внимательного и корректного исследования. Бактериологическое исследование проводится без участия «свидетелей», и врач несёт персональную ответственность за каждый результат. Но, с другой стороны, невнимательное, некорректное отношение к результатам того или иного лабораторного исследования или их неэтичная трактовка может стать причиной трагических последствий. С медицинской деонтологией тесно связана ятрогения, понятие, обозначающее отрицательное воздействие врача на больного, когда вместо терапевтического эффекта у больного создаются представления, усугубляющие его болезненное состояние, или образуется психологический комплекс новой болезни. Подход к любому больному во избежание «психологического стресса» должен отвечать самым высоким требованиям медицинской деонтологии. Общеизвестно влияние слова на человека, особенно на больного. Слово лечит, а может и убить. В.М. Бехтерев говорил, что если после разговора, общения с врачом больному не стало лучше, то это плохой врач. Если человек мнительный, психологически неустойчив, то ему легко внушить, что заболевание у него неизлечимо, это может привести к обострению имеющихся патологий, психическим срывам, депрессии и т.д. Именно нарушение этого этического и нравственного правила усугубило течение болезни Густава Малера, одного из замечательнейших

композиторов конца XIX – начала XX века, что привело к трагическому исходу. Для медиков определённый интерес представляет медицинское досье композитора, особенности имевшихся у него заболеваний, влияющих на его творчество, и, наконец, причина смерти в возрасте наивысшего творческого расцвета. Во многих описаниях современников Густав Малер характеризуется как типичный невротик с многочисленными расстройствами психосоматического характера. Наличие таких расстройств даже заставило обратиться Густава Малера в 1907 году за помощью к самому Зигмунду Фрейдю. Очень тяжёлым выдался для Малера 1907 год, через короткое время после смерти дочери, врачи обнаружили у Малера хроническое заболевание сердца. Диагноз был сообщён композитору, что ещё больше усугубило его подавленность. В ноябре 1910 года Малер приехал на гастроли в Нью-Йорк, где у него возник рецидив тонзиллита, появились признаки недостаточности кровообращения. При осмотре врач обнаружил сильное покраснение всего горла и гнойный налёт справа, не исключено, что уже тогда инфекция приобрела генерализованный характер. Его врач, доктор Йозеф Френкель, предположил у своего пациента наличие инфекционного эндокардита. Бактериологическое исследование крови у Малера провёл ассистент Эммануэля Либмана, лучшего специалиста по данной патологии на тот период. Бактериологические методики к описываемому периоду были достаточно отработаны, поэтому заключение о выделении *Streptococcus viridians* в то время было равносильно смертному приговору. В Париже в Пастеровском институте бактериолог Андре Шантемесс провёл повторное исследование крови, однако при общении с пациентом французский бактериолог продемонстрировал свою чуждость принципам врачебной деонтологии. «Даже я никогда не видел, чтобы стрептококки так сильно расплодились! Посмотрите на эти нити, это же морские канаты!», - так смаковал результаты своего исследования и достижения науки учёный. Ангина дала осложнение на сердце, и без того функционировавшее с трудом. Когда состояние больного стало резко ухудшаться, был вызван профессор Франц Хвостек, который успокоил родственников и сообщил больному, что может его излечить. Тем самым он проявил высокое деонтологическое мастерство и умение создать оптимальный

микроклимат вокруг тяжёлого, даже умирающего больного. У Малера вновь зародилась слабая надежда, что продлило его жизнь на некоторый период времени. Густав Малер скончался в ночь на 18 мая 1911 года.

На медицинских работников всегда будет возлагаться обязанность информировать своих пациентов об их диагнозах, методах диагностики и лечения. И только профессионалы сделают это максимально комфортно, с одной стороны, не нарушая основных принципов этики и деонтологии в медицине, с другой стороны, привлекут пациентов в качестве участников при принятии решений, касающихся их здоровья, поскольку партнёрство является наилучшей моделью взаимоотношений медиков и пациентов для решения серьёзных жизненных проблем (А. Кэмпбелл, 2010).

ПРЕДМЕТНАЯ ОЛИМПИАДА КАК СРЕДСТВО РАЗНОСТОРОННЕГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТА

**О.В. Крапивникова, Н.Е. Трухина
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра гистологии и биологии
(Зав. кафедрой – проф. Ю.И. Ухов)**

Современное научное сообщество, в том числе медицинское, предъявляет огромные требования к специалисту. Знание материала, изученного в системе высшей школы, овладение умениями и навыками работы – вещи насущно необходимые, но не единственные, необходимые врачу.

Медицинское оборудование год от года пополняется новыми образцами и моделями, что является примером взаимодействия, интеграции различных областей научного знания, интеграции науки и практики. Методы визуализации процессов, происходящих в организме, его структур воистину потрясают. Однако любое даже самое современное оборудование требует грамотного пользователя: без знания теоретических дисциплин специалист не сможет правильно интерпретировать полученные данные, польза инновационных технологий низводится к нулю! Кроме того, в последние годы все больше и

больше распространяется другая проблема. Окружающая человека среда становится все более и более агрессивной, наполняется новыми и новыми мутагенными факторами, к которым организм вынужден адаптироваться. Стратегии же адаптации здорового организма бесконечно разнообразны! Какова должна быть реакция врача на это разнообразие? Где граница нормы? Крайняя граница? Патология? Как увидеть тот рубеж, за которым человек нуждается в лечении? Не допустить вмешательств в работу здорового организма и не нарушить ее?

Поставленные нами вопросы риторические. Ясно одно: в наступившем XXI веке пришло время творческих, думающих, рассуждающих специалистов. Но даже этих качеств в современном мире врачу недостаточно. Развитие демократических принципов в российском обществе и в мире ставят на передний план деонтологические и нравственные проблемы. Они связаны, прежде всего, с развитием у будущего специалиста общей шкалы ценностей. Это и умение ставить на первый план интересы пациента, а не меркантильные личные цели; умение отфильтровывать из потока информации наиболее ценностные моменты; умение противостоять часто насаждаемому в СМИ привату денежного мешка! Эти качества не врожденные, и каждый человек обязан развивать их. Выявлению нестандартно мыслящих студентов, их направлению в творческое, нравственное и деловое русло способствуют предметные олимпиады.

В процессе обучения студент развивает с помощью преподавателя готовность к будущей профессии, в которой выявлены несколько компонентов [2] (табл. 1).

Таблица 1. Готовность будущего специалиста-медика и ее компоненты.

№ п/п	Компоненты готовности	Содержание компонентов готовности
1	Мотивационный	Позитивное отношение к профессии, понимание необходимости профессии для общества и государства;
2	Ориентационный	выявление интересов и склонностей к определенным

		отраслям медицины, развитие определенных личностных качеств студента, необходимых для данной профессии;
3	Операциональный	владение способами и приемами деятельности вкупе с высоким уровнем знаний;
4	Психофизиологический	совокупность индивидуально-типологических и физиологических свойств студентов;
5	Социально-психологический	уровень гражданского сознания и культуры специалиста;
6	Социально-профессиональный	совокупность взглядов и убеждений будущего врача.

Описанные компоненты готовности особенно интенсивно развиваются в процессе участия в предметной олимпиаде и подготовки к ней. Таким образом, цель проведения предметной олимпиады - развитие готовности будущего специалиста работать в выбранной профессии. Задачами олимпиады являются:

1. развитие мотивации к приобретению дополнительных знаний по предмету;
2. стимулирование ответственности за результаты собственной деятельности;
3. понимание факта, что знание – необходимый и достаточный фактор материального благосостояния;
4. развитие творческого поиска;
5. развитие умения грамотно, оригинально и максимально полно представить свои достижения.

Часто студенты недооценивают важность теоретических дисциплин в будущей деятельности, знание которых позволяет лучше ориентироваться в происходящих событиях. Так российское общество часто потрясает недобросовестная реклама. Наличие же собственного мировоззрения дает возможность оценить поток фактов. Кроме того, вопросы, задаваемые

пациентами, часто неожиданны. И если раньше специалист мог игнорировать их, ссылаясь на свою недостаточную компетентность в данной области, то сейчас он должен найти достойный выход из любой ситуации и уметь поддержать и развить любую идею. Таким образом, каждый предмет несет развивающую, компетентностную функцию, развить и углубить которую призваны предметные олимпиады.

В течение более 10 лет на кафедре ведется обучение студентов факультета Клинической психологии по курсу «Современные концепции естествознания». Нами предлагается схема проведения предметной олимпиады для студентов гуманитарного направления.

Олимпиада проводится в 3 тура. Первый тур – тестовый, в процессе которого студенты выполняют тестовую работу, состоящую из 15 вопросов повышенной сложности. В данной части олимпиады идет наиболее интенсивное развитие операциональной составляющей готовности. При этом важным воспитательным моментом является отбор участников и его принципы. Мы считаем возможным допустить к участию всех желающих попробовать свои силы, отсекая лишь студентов, не проявивших должного прилежания и не получивших положительных оценок. Серьезным, на наш взгляд, является также этический аспект – нарушение студентом правил поведения и неуважение к коллегам и преподавателям, если студент регулярно получает подобные замечания, это делает невозможным его участие в олимпиаде. Невысокие баллы по дисциплине не являются абсолютным ограничением: в процессе работы на олимпиаде человек должен самостоятельно понять свою недостаточную подготовленность по предмету. Это является мощным воспитательным моментом, который не может быть силой навязан студенту путем авторитарного его недопуска к олимпиаде.

Второй тур – графологический. Студент получает творческое задание наглядно иллюстрировать процесс, изучаемый естествознанием, дополнительно изучить его, представить в виде развернутой схемы. На данном этапе развивается творческая, поисковая активность, умение находить нетрадиционное в обычных, изученных, на первый взгляд, процессах.

Третий тур олимпиады – реферативный. В этом туре воспитательные аспекты выражены значительно сильнее всего. Студент должен не просто раскрыть тему, к нему предъявляются высокие этические требования. Недопустимость дословного копирования материала источника; наличие собственной позиции; нравственная дискуссия – принципы, которые воспитывают идейность и толерантность, научную ориентацию и культуру специалиста. Третий тур – единственный публично проводимый тур, когда участники выступают перед коллегами. Оценка докладов каждого участника 3 тура производится также зрителями, которые оценивают и культуру поведения, доходчивость изложения, иллюстративность схем, умение человека вести дискуссию и заинтересовывать.

Не праздным с точки зрения воспитания является поощрение лучших студентов. Здесь важно избежать погони за бонусами, автоматическими оценками на экзамене и зачете. Поэтому поощрением победителей олимпиады являются дополнительные баллы к завершающему коллоквиуму. Даже если победитель не набирает максимальный для автоматической постановки зачета балл, он должен понимать, что это его собственные недоработки, а не списывать это на товарищей или преподавателя. В дальнейшем студент научится более адекватно оценивать себя самого в реализации различных видов деятельности.

Таким образом, предметная олимпиада, имея выраженную обучающую функцию, является также мощным средством этического воспитания студента. Помимо уже отмеченных в статье ее преимуществ, она поможет человеку понять, что прочные знания и творчество тоже дают возможность заработать, но процесс этот будет происходить честно, поэтапно, без попираания принципов морали.

Литература:

1. Жуков Г.Н. Основы общей и профессиональной педагогики / Г.Н. Жуков, П.Г. Матросов, С.Л. Каплан. – М.: Гардарики, 2005. – 382 с.

2. Попков В.А. Дидактика высшей школы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / А.В. Попков, А.В. Коржуев. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 192 с.

**НИКОЛАЙ АНДРЕЕВИЧ БЕЛОГОЛОВЫЙ – ВРАЧ,
ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ, ПИСАТЕЛЬ,
ПУБЛИЦИСТ. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ**

**Д.А. Кудряшова, Т.Е. Филатова
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра внутренних болезней и
поликлинической терапии
(Зав. кафедрой – проф. А.А. Низов)**

Не вызывает сомнения, что современный врач должен обладать не только навыками высококвалифицированного специалиста, но быть еще и всесторонне гармонично развитой личностью. Этого невозможно добиться, не интересуясь историей медицины, историей жизни и работы ученых-медиков и простых врачей, подающих примеры безграничной преданности своей профессии и своему отечеству.

Н.А. Белоголовый родился в Иркутске 5 октября 1834 г. Начальное образование получил в семье декабриста А.П. Юшневского, позднее его учителем был А.В. Поджио. В 1846 году подросток определен отцом в частный пансион Эннеса в Москве, где познакомился с С.П. Боткиным, ставшим ему учителем, соратником и другом на всю жизнь. В 1855 г. Николай Белоголовый окончил медицинский факультет Московского университета и уехал в Иркутск.

Работая врачом, Н.А. Белоголовый организовал медицинское общество из местных врачей, где обсуждались актуальные проблемы медицины, расширения и доступности медицинской помощи населению.

Спустя несколько лет, Н.А. Белоголовый продолжил свое образование за границей, слушая лекции по медицине в германских университетах. Вернувшись в Россию, в Петербург, начал активно заниматься наукой, защитил кандидатскую, а в 1862 г. и докторскую диссертацию на тему «О всасывании солей кожей».

Н.А. Белоголовый был личным врачом М.Е. Салтыкова-Щедрина, Н.А. Некрасова, И.С. Тургенева.

Еще со студенческих лет Николай Андреевич активно занимался просветительской деятельностью. Он организовал кружок «Общество зеленых полей», придавая слову «зеленый»

символический смысл (зеленый цвет — цвет надежды, молодости). Именно в кружке в 1857 году родилась мысль об издании частной газеты в Иркутске. Члены кружка вели просветительскую работу за создание женской гимназии, открытие воскресных школ.

Кроме того, Николай Андреевич активно занимался литературной деятельностью, печатался в журнале "Колокол", работал редактором газеты народнического направления «Общее дело», издал книгу о враче С.П. Боткине, оставил воспоминания о писателях Н.А. Некрасове, М.Е. Салтыкове-Щедрине, И.С. Тургеневе, декабристах братьях Борисовых, А.П. Юшневском, А.В. Поджио.

Николай Андреевич Белоголовый умер в 1895 году в Москве. В 2005 году в Иркутске на бульваре Гагарина на здании Иркутской областной детской клинической больницы открыли мемориальную доску выдающемуся медику и публицисту, старшему врачу города Иркутска, гласному депутату городской думы Иркутска - Николаю Андреевичу Белоголовому.

БИОЭТИКА. АЛЬТЕРНАТИВЫ ЭКСПЕРИМЕНТАМ НА ЖИВОТНЫХ

В.В. Кузнецова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Стоматологический факультет

Научный руководитель:

преподаватель О.А. Клейменова

На протяжении столетий эксперименты на животных являются основой развития биомедицинских наук. В то же время и дискуссии о допустимости этого не прекращаются. Среди противников экспериментов на животных можно встретить не только активистов, но и философов, биологов, ветеринаров и медиков.

История человечества неотделима от истории взаимоотношения человека с окружающей живой природой, с дикими и домашними животными. Древний человек не отделял себя от природы, свидетельством этому служат дошедшие до

наших дней мифы и такие явления как тотемизм, охотничьи культы. Отношение к животным в Западном мире формировалось под воздействием философии Древней Греции и христианства. Миропонимание развивалось от равноправного, справедливого отношения к животным в учениях орфиков и пифагорейцев до антропоцентризма Аристотеля (384-322 г. до н.э.). В VI в. до н.э. учение о переселении души (метемпсихоз) вошло в философское учение Пифагора и определило его позицию относительно всего живого. В частности, он рассматривал доброе отношение к животным как основу нравственного поведения человека, считая этическое вегетарианство необходимым условием жизни и справедливого отношения к животным.

Новый этап связан с именем известного ученого и философа Рене Декарта (1596-1650 г.), опиравшегося на механистическую философию, согласно которой реакции на боль человека и связанные с этим страдания связаны с наличием у человека особой души, дающей ему способности к рациональному мышлению и сознанию. Считалось, что поскольку животные лишены такой души, то и реакции их на боль можно рассматривать как простые рефлекторные действия, не сопровождающиеся страданиями. Таким образом, болезненные эксперименты на животных, такие как вскрытие заживо, без наркоза и манипуляции с их органами, проводившиеся и ранее и получившие название "вивисекция", более двух веков считались нормой в биомедицинских исследованиях. Особенно большие масштабы вивисекция приняла во Франции.

В Великобритании распространение картезианской философии сдерживалось разработкой И.Бентамом (1748-1832 г.) философии утилитаризма. Согласно этому учению все действия должны оцениваться с точки зрения их последствий для людей. Признавая тот факт, что животные способны чувствовать боль и испытывать отрицательные эмоции, он призывал к минимизации или полному прекращению их страданий.

В XIX в. отношение к животным в Европе начинает меняться. С 1822 по 1824 г. в Великобритании приняты законы, начинает действовать первое в мире общество по защите животных (Королевское общество защиты животных). Разработка теории эволюции приводит к переосмыслению отношения к животным и природе вообще. Способствует этому и

экологический кризис, охвативший к тому времени территорию Западной Европы. В 1875 г. в Лондоне Френсис Кобб организовала общество для борьбы с вивисекцией, преобразованное позднее в Международную ассоциацию против болезненных экспериментов на животных. Аналогичные общества были созданы и в других странах: в 1879 г. в Германии, в 1882 г. во Франции и в 1883 г. в США.

В первой половине XX в. эволюционная теория окончательно завоевывает общественное признание, что способствует пониманию глобальности природных явлений и разработке теорий биосферы и ноосферы, получает распространение новая разновидность утилитаризма – плюралистический утилитаризм, сторонники которого призывали проводить эксперименты на низкоорганизованных животных. Альберт Швейцер обосновывает новую универсальную этику – этику «благоговения перед жизнью», считая, что инстинкт самосохранения, стремления жить заслуживает глубокого уважения независимо от того, человек ли это или одноклеточное существо. Этика, по его мнению, есть ответственность за все, что живет.

В настоящее время нет общепризнанного базисного подхода для выработки единого мнения относительно экспериментов на животных. Так, в Великобритании предпочтение отдается гуманистической позиции, признающей долг перед животными. В США примат имеет защита прав животных. Животные защищаются от произвола, в том числе и со стороны владельцев животных.

Критические мнения о пользе для медицины экспериментов на животных высказывают не только активисты движений по защите животных, но и медики. Независимый Комитет по модернизации медицинских исследований (MRMC), объединяющий американских врачей, опубликовал ряд специальных сообщений, посвященных этому вопросу. На основе анализа достижений современной медицины сделан вывод о том, что прогресс медицины связан с клиническими наблюдениями за больными, а не с экспериментами на животных. Многие важные медицинские открытия были сделаны с опозданием из-за ошибочной информации, полученной в ходе таких исследований (например, полиомиелит). Значительные средства, направленные

на проведение экспериментов на животных при изучении рака, СПИДа, алкоголизма не сопоставимы с полученными результатами, бесполезны для понимания и лечения этих заболеваний. Насколько низка эффективность использования животных в тестировании лекарственных препаратов доказывает тот факт, что примерно 90% новых лекарственных средств забраковываются на ранних стадиях клинических испытаний, хотя они прошли многолетние испытания.

Сегодня существуют методы сравнительной оценки важности проекта и тех страданий, которые при выполнении его будут испытывать животные, позволяющие сказать, насколько оправдан проект (полностью, частично или не оправдан). Во второй половине XX в. была предложена концепция «трех R» («The three Rs»), направленная на то, чтобы облегчить страдания лабораторных животных. Она включает три составляющие, на которые следует ориентироваться при проведении экспериментов на животных – replacement – замена, reduction – уменьшение и refinement – повышение качества. В начале 1985 г. Совет международных медицинских научных организаций (СМННО) опубликовал «Этический кодекс», который содержит «международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных». В Европе активно работает общественная студенческая организация EuroNICHE, выступающая против использования болезненных экспериментов на животных в учебном процессе и за право студентов получать биомедицинское образование без насилия над животными. Движение это поддерживается многочисленными обществами защитников животных. В Италии принят закон, согласно которому учебные заведения биомедицинского профиля обязаны обеспечить возможность желающим учиться по индивидуальным альтернативным программам, исключая эксперименты на животных.

Пересмотр системы обучения в учебных заведениях биомедицинского и ветеринарного профиля предполагает использование живых животных только в самых необходимых случаях. Работа с трупным материалом и муляжами, видеофильмы и компьютерные модели, специальные обучающие программы – вот те альтернативы, которые должны широко применяться в учебном процессе. Большую часть необходимых

практических занятий с животными целесообразно проводить как показательные, и только, когда профессиональная подготовка требует получения специальных навыков, обучающиеся могут самостоятельно работать с животными, но обязательно под непосредственным наблюдением высококвалифицированного специалиста.

ЭВОЛЮЦИЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ВЗГЛЯДОВ В ОНКОЛОГИИ

Е.П. Куликов, И.Б. Судаков, А.И. Судаков
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра онкологии
с курсом лучевой диагностики ФДПО
(Зав. кафедрой – проф. Е.П. Куликов)

Онкопатология является одной из старейших и самых трагичных страниц в истории заболеваний человека. Меняются времена, меняются представления о природе рака, появляются новые методы лечения и диагностики, меняются и деонтологические представления о лечении онкологических пациентов [1,4].

Касаясь общей деонтологии в области медицины, наиболее часто принято рассматривать её с двух позиций. Первая из них связана с вопросами оказания медицинской помощи, идеологической составляющей работы врача. Сюда входят и понятия о благородстве профессии, о бескорыстности, в какой-то мере, самопожертвовании врача, о понимании ценности человеческой жизни и здоровья, о вопросах оказании паллиативной помощи. Ко второй большой группе можно отнести деонтологические аспекты общения с пациентом, его родственниками, отношений с коллегами и младшим медицинским персоналом [9]. В этой статье мы хотели бы более подробно коснуться первой части данной тематики, в частности, самого понятия и принципов оказания медицинской помощи онкологическим пациентам.

Следует понимать, что для многих наших больных слово "рак" звучит как смертный приговор, а направление в

онкологический диспансер, как направление на "страшный суд". Здесь, безусловно, в первую очередь играют роль этические стороны общения с пациентом, корректная формулировка его диагноза и плана лечения. Но это общение невозможно без осознания самим специалистом целей и задач, которые несёт в себе онкологическая помощь. При общении с первичными пациентами, особенно с поздней стадией заболевания, врач-онколог должен быть предельно внимателен и корректен [2]. Опытный онколог уже после осмотра и изучения данных дополнительных методов обследований понимает, что, к сожалению, радикальное лечение весьма сомнительно, и даже при попытке лечения качество жизни данного пациента никогда не будет прежним. Имеет ли он право, напрямую, "в лоб" говорить пациенту: "Вам нужно удалять прямую кишку, выводить пожизненно колостому на брюшную стенку"? Или просто: "Лечение вам уже не показано, готовьтесь - осталось пару недель..." Улучшится ли состояние пациента, после услышанного, повысится ли его "боевой дух"? Согласитесь - вряд ли. Задача любого врача, и онколога особенно - дать человеку надежду, поддержать его моральный дух, заразить его оптимизмом. Конечно же, здесь важно не путать эти понятия с "ложным оптимизмом" относительно выздоровления. При этом, невзирая на неблагоприятный прогноз заболевания, каждый врач должен понимать и уважать право любого пациента на лечение, пусть лишь на паллиативное, симптоматическое, но на уважительное отношение к его жизни, даже на смертном одре.

Можем ли мы полностью излечить наших пациентов, сталкиваясь с какой-либо хронической патологией? Например, хроническую почечную недостаточность, цирроз печени, ВИЧ-инфекцию, ту же самую эссенциальную гипертензию, неврологическую патологию? Современная медицина, зачастую, просто переводит обострение хронического заболевания в ремиссию, постепенно наращивая количество лекарственных препаратов необходимых пациенту, увеличивая каждый раз сроки его госпитализации. Медленно, но уверенно кривая жизни хронического больного спускается к его финалу, когда стадия декомпенсации приводит к тягостному ухудшению качества его жизни и смерти (рис. 1). Что же касается онкологических пациентов, то здесь часто приходится сталкиваться с

экспоненциальным видом этой кривой, когда при манифестации заболевания оно уже находится на IV стадии опухолевого процесса (рис. 2) [12].

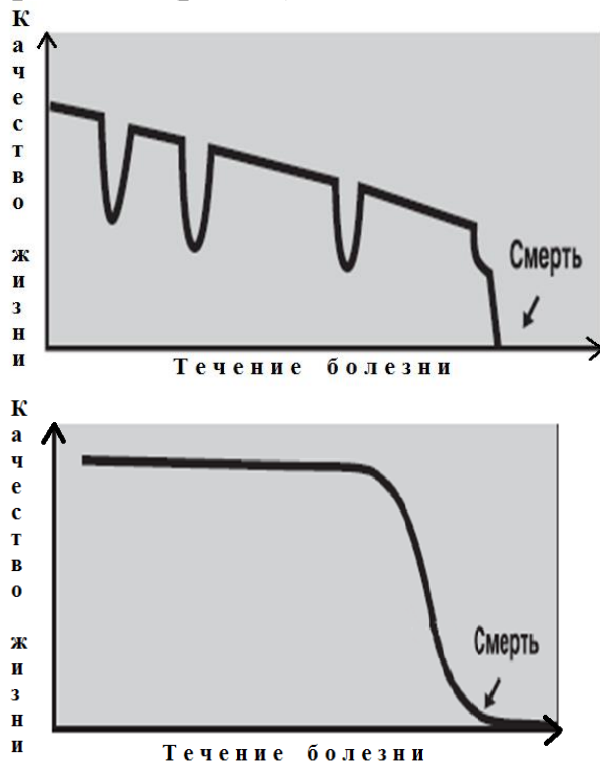


Рисунок 1. Хроническая патология
2. Онкопатология

Рисунок

При этом вопросы о каком-либо радикальном лечении этого пациента, уступают место сохранению качества его жизни, оказанию симптоматического, паллиативного лечения [5]. Как бы прискорбно это ни звучало, но половине из читающих эту статью, рано или поздно потребуется паллиативная помощь. Доля возрастающей роли именно паллиативного лечения при прогрессировании заболевания наглядно представлена на рисунке 3.

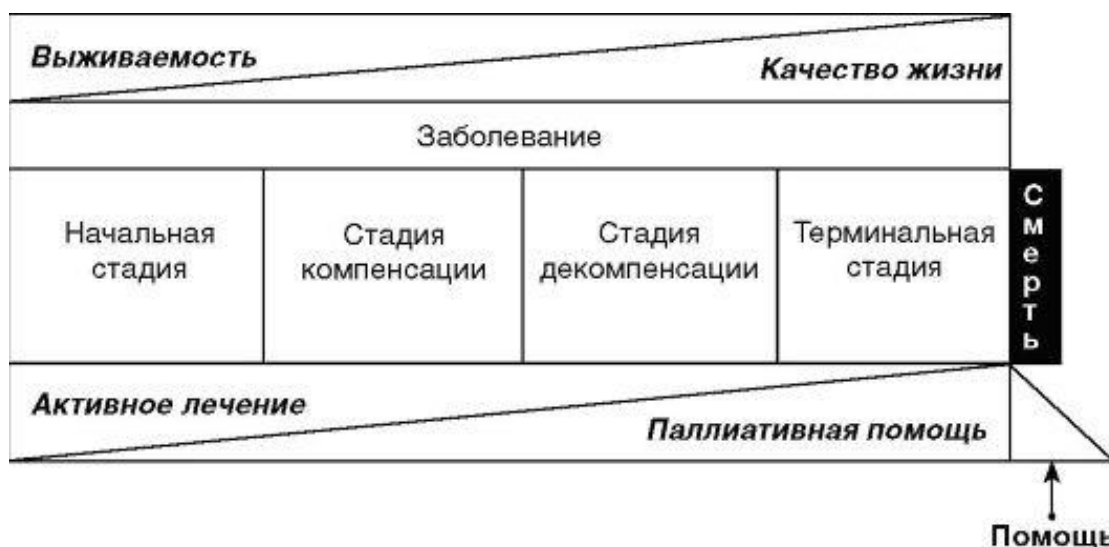


Рисунок 3. Возрастающая роль качества жизни и паллиативного лечения при прогрессировании заболевания

Если говорить непосредственно о цифрах, то ежегодно в России более полумиллиона человек с различными системными патологиями нуждаются в оказании паллиативного лечения, и треть из этих пациентов приходится на долю онкологии [3,11].

В историческом аспекте развития деонтологических вопросов оказания паллиативного лечения следует отметить, что в сознании людей и медицинского сообщества понятия о паллиативном лечении безнадежных больных претерпевали существенные изменения с развитием общества, философской мысли. Если вспомнить, к примеру, Гиппократ, то в своём трактате «О медицине» он чётко говорит нам «медицина не протягивает своей руки тем, которые уже побеждены болезнью» [4]. То есть, видя инкурабельного больного, врач даже не должен подходить к нему и пытаться как-либо помочь! "Дикий" по своему содержанию (по современным представлениям) данный подход господствовал в умах врачей вплоть до эпохи Нового времени (XV век). Объяснения подобной тактики ведения этих пациентов (точнее "не ведения"), можно объяснить и реальным отсутствием каких-либо медицинских препаратов и технических возможностей в те времена, и боязнью "плохой статистики" у конкретного врача, что отпугнёт других пациентов, и даже страхом "гнева богов", которые предначертали смерть этому больному, а врач воспротивился их воле. Оказание помощи безнадежным пациентам зачастую ложилось на плечи христианских общин, монастырей и монашеских орденов. По сути, в Европе именно христианство и создало, следуя

библейским заповедям, первые представления о паллиативной (в первую очередь, пожалуй, больше духовной) помощи. Само слово «паллиативная» происходит от латинского «*pallium*», что имеет значение «маски» или «плаща». Фактически, первые хосписы, где этим самым «плащом» укрывали изнуренных путников, зародились в эпоху раннего христианства и располагались на пути следования паломников. В них оказывалась помощь и местным жителям, но занимались этим отнюдь не медики того времени.

Первые попытки перевернуть представление о принципах именно медицинской помощи зарождаются в трудах выдающихся деятелей и философов Нового времени, например у Ф. Бэкона в 1605 году «О достоинстве и приумножении наук». Ставятся вопросы о самой ценности человеческой жизни, о важности его духовной и медицинской поддержки даже в терминальной стадии. Однако, до открытия хосписов прошло немало лет. Первые серьёзные шаги оказания паллиативной медицинской помощи относятся к 1842 году, когда во Франции мадам Жене Гарнье организовала первый хоспис, он же - «Голгофа». Здесь находились именно онкологические больные. С середины 19 века Орден Сестер Милосердия способствовал открытию и расширению структуры хосписов по всей Европе. Хоспис Богоматери в Дублине (Ирландия), «Дом отдохновения», хосписы «Святой Троицы», «Святого Иосифа» в Лондоне и многие другие [7]. Однако, на этом этапе медицина столкнулась с недостаточным арсеналом способов медикаментозной терапии, в частности, в купировании болевого синдрома. Две Мировые Войны внесли существенные коррективы в развитие хосписного движения, когда, в первую очередь, в умах людей произошла переоценка ценности жизни человека.

Новая глава началась в 1948 году с доктора Сисилии Сондерс, которая возглавила хоспис "Святого Луки" в Лондоне. Именно она ввела один из постулатных принципов современной паллиативной помощи – применение обезболивающих «по расписанию, а не по требованию», а также новый тип хосписов, где пациенту с психологической помощью предлагалось найти свой индивидуальный путь к концу - для кого-то в борьбе, для кого-то в гармонии, в больнице или дома... Также революционно свою роль сыграла книга Элизабет Кюблер-Росс 1969 года

издания «О смерти и умирании», в котором приводились стадии принятия смерти пациентом и его родственниками, утверждалась закономерность, неизбежность и суть последнего этапа жизни.

С 1970 годов главенствующую роль в паллиативной медицинской помощи взяла на себя Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). Компания проходила более чем в 40 странах, группы экспертов всех направлений денно и ночью разрабатывала основные принципы её оказания, этические стороны вопроса, международные нормативные документы. За последние 40 лет были созданы и активно работают такие организации, как Европейская ассоциация паллиативной помощи (ЕАРС), Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи (ИАНРС), Всемирный альянс паллиативной помощи (WPCA) и многие другие. Благодаря им в мире выработаны четкие принципы оказания паллиативной медицинской помощи, провозглашающие данный раздел медицины неотъемлемой частью помощи больным, право на получение которого должно быть доступно всем нуждающимся. Изначально развиваясь лишь на поприще онкологии, паллиативная помощь перешагнула в самостоятельную ветвь медицинской науки, охватывающей все терминальные проявления той или иной патологии. Современной глобальной стратегией развития паллиативной медицины в мире, в том числе, является создание, разработка и внедрение в систему медицинского образования программы обучения по паллиативной помощи для подготовки преподавателей и медицинских работников.

Современна паллиативная помощь пациентам, конечно, не ограничивается лишь медицинским подходом. Это мультидисциплинарная и комплексная задача, включающая и социальные службы, психологическую, духовную поддержку как самому пациенту, так и его родственникам. В саму систему паллиативной помощи включены и хосписы (первый из которых в Москве был открыт ещё в 1903 именно для раковых больных, а ныне является институтом им. П.А. Герцена), и специализированные отделения в онкологических диспансерах, и палаты дневного стационара, противоболевые кабинеты, а также помощь на дому. Последняя приобретает всё большую актуальность, и, если рассматривать количество хосписов и других функциональных звеньев в развитых странах, то

тенденция прослеживается именно в сторону амбулаторной помощи. Это обусловлено в первую очередь желанием самого пациента быть в привычных ему условиях в последний период его жизни, а также экономической целесообразностью [7,13].

Одним из залогов успешного оказания паллиативной помощи, помимо грамотной организации и государственной поддержки, является тщательный подбор и обучение персонала, как врачебного, так и сестринского. Большую роль играет непрерывный процесс обучения [6,8,11]. В России в большинстве случаев кадровые специалисты готовятся по программе постдипломного образования, например на базе МНИОИ им. П.А. Герцена или кафедры паллиативной помощи факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Однако, возрастающая потребность в квалифицированных специалистах, возрастающая роль врачей общей практики и первичного звена в оказании паллиативной помощи требуют обязательного освещения основных вопросов и принципов этого раздела медицины при обучении студентов-медиков, пока ещё пусть и не включенного в стандарты ФГОС ВПО четвертого поколения в РФ [8,11].

В частности, учитывая современные мировые тенденции касательно освещения вопросов оказания паллиативной помощи на уровне додипломного образования, особую актуальность данной проблемы у пациентов онкологического профиля, кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики Рязанского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова выступила с инициативой проведения элективного цикла "паллиативная помощь в онкологии" для студентов 6 курса лечебного факультета.

Целью данной программы является обучение студентов знаниям и навыкам, способствующим обеспечению максимально возможного качества жизни для каждого неизлечимого пациента и членов его семьи. Основные положения программы по паллиативной помощи в онкологии учитывают профессиональную подготовку врачей лечебных специальностей.

Главная задача учебной программы состоит в том, чтобы студенты получили основные сведения, относящиеся к оказанию паллиативной помощи больным онкологического профиля,

необходимые для работы врачами любой специальности, что и преследуется в процессе преподавания данной дисциплины. Освоение предлагаемой программы курса позволит студентам изучить основные вопросы паллиативной медицины, основные принципы, показания для противоболевой терапии, способы введения и дозировки основных анальгезирующих препаратов, понятия и принципы паллиативных операций. Изучение данного курса способствует профессиональному росту будущих врачей, при этом повышает не только их онкологическую грамотность, но и вводит основные понятия и принципы оказания паллиативной помощи неонкологическим больным различного профиля.

Само право онкологического пациента на качественную паллиативную медицинскую помощь во всех её формах – бесспорно, и входит в законодательную базу охраны здоровья граждан РФ [10]. С деонтологических аспектов каждый врач должен помнить о четырёх основных направлениях и постулатах в вопросах биоэтики – принципов автономии пациента, принципов «не навредить», благодеяния и справедливости. Одним из ключевых является как раз принцип уважении автономии пациента и его достоинства. Сюда заложено, что специалист, занимающийся лечением пациента, должен согласовывать приоритеты и цели помощи с самими пациентами и их родными, не отказывать в предоставлении информации касательно диагноза и видов лечения, которую пациент желает получить, обсуждать варианты лечения с пациентом и совместно формулировать планы помощи, и, в том числе, уважать его желание *отказаться от лечения*. И, конечно же, непосредственно помогать ему решать феноменологические и другие (нефеноменологические) интересы. К первым относятся непосредственно тяжкие страдания, симптоматические проявления пациента, его физические страдания. Ко второй группе относят внутренние переживания пациента, которые часто он пытается скрыть. Тревога, депрессия, внутренние страдания, переживания касательно отношений с родственниками, собственной ущербности и неполноценности. Безусловно, здесь уже не обойтись без психотерапевтической [2], психосоциальной и духовной помощи. Возможно ли охватить всё это одному лишь врачу?

Здесь хотелось бы затронуть ещё один, безусловно, спорный деонтологический вопрос. Должен ли врач «болеть» вместе со своим пациентом, сопереживать его состоянию и быть рядом в любую даже предсмертную минуту? Должен ли врач оказывать такую всестороннюю помощь своим пациентам, становиться «другом» пациента, его «Анубисом⁵», провожающим его в последний путь? Казалось бы, бесспорно, нас ведь именно этому учили в стенах университета, именно этому мы и давали клятву быть, помогать своим пациентам! Но, немного поясним.

Представим молодого врача, который фактически вёл своего первого пациента «от» и «до». Здесь наделим юного специалиста и современными знаниями, и искренним желанием помочь, и желанием показать и развить в себе те благородные качества бескорыстного и отзывчивого врача, которым учили авторитетные преподаватели. Первый разговор о диагнозе и современных возможностях лечения рака, переживания после самостоятельно проведённой операции, лечение осложнений от химиотерапии, надежда на то, что действительно дал пациенту шанс и всё получится, наблюдение каждые 3 месяца... А через год - снова назначение химиопрепаратов, тягостные разговоры с родственниками и самим больным, столкновение о бюрократическую стену бесплатной медицины и ... неудача. Общаясь с пациентом, врач фактически с ним переживал все стадии принятия страшного диагноза и неумолимой прогрессии, пытался оказать ему ту самую поддержку, заложенную в биоэтических принципах, а пациент был бесконечно благодарен за подаренную надежду победить рак.

И вот – справка на симптоматическое лечение. Должен ли именно лечащий врач, после выматывающего нервы и силы рабочего дня в стационаре, идти к *своему* пациенту, оказывать ему психологическую и духовную поддержку? Хочет ли этого умирающий? Весьма вероятно. Ведь он в минуты отчаяния и тягостных переживаний находил поддержку в этом заботливом враче, вместе радовался успехам, тому, что боль на время

⁵ Анубис - божество Древнего Египта с головой шакала и телом человека, покровитель и проводник мёртвых в загробном мире, "пристав" на суде Осириса.

отступила, при этом понимая неизбежное? Но, имеет ли врач право становиться настолько близким своему пациенту, впускать его в свой кабинет просто поговорить, обсудить, поддержать... Ведь вышеописанная ситуация приведет лишь к одному – эмоциональному выгоранию молодого врача, его разочарованию в своих силах, его внутреннему переживанию. Имеет ли врач моральное право отказать в этом пациенту? Тоже нет... Так, где же эта грань между всецелым самопожертвованием врача, полной отдачей работе и личной жизнью, личным пространством, где этот психоэмоциональный рубеж между деонтологической биоэтикой врача и профессиональным «выгоранием»?

По нашему мнению, это и является одним из наиболее тонких вопросов современной деонтологии в лечении онкологических больных, этот вопрос и есть та грань, грань между желанием помочь пациенту и твоими возможностями, как физическими, так и духовными. Часто, медицинские работники или те, кто желает чем-то помочь, подбодрить, говорят уже избитую и неоконченную фразу - "Я понимаю, как Вам тяжело..." Это ложь. Невозможно понять чувства другого человека, его переживания, его болезнь. Как измерить его душевные страдания? Это его путь, последний, но путь, который он должен пройти сам. Сам решить для себя - в борьбе или в гармонии, в хосписе или дома... Подсказать ему этот путь - долг каждого врача, вести его по нему до самого конца - удел избранных.

В заключение, хотелось бы отметить, что с экономической точки зрения государству абсолютно невыгодна и не нужна забота об инкурабельном больном. Грубо говоря, он уже ничего не производит, не платит налоги и лишь отнимает силы и деньги у тех, кого ещё можно спасти. Но, к счастью, паллиативная помощь онкологическим пациентам, да и пациентам любого другого профиля, решает главную этическую проблему человечества. Проблему «помощи ближнему и избавлении от мучений страждущего». Она является показателем истинно развитого, гуманного общества. В нашей стране паллиативная медицина находится ещё в стадии относительно раннего развития, но в наших силах способствовать скорейшему продвижению этого направления. И это, в первую очередь, помимо знания медицинских принципов её оказания, задачи

осознать, решить для себя, для молодого врача её деонтологические и биоэтические вопросы.

Литература:

1. Блохин Н.Н. Деонтология в онкологии. / – М.: Медицина, 1977. – 70 с.
2. Володин Б.Ю. Психиатрия и психотерапия в онкологической практике: учеб.пособие / Б.Ю. Володин, С.С. Петров, Е.П. Куликов. – Рязань: РИО РязГМУ, 2006. – 83 с.
3. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Рязанской области в 2004-2014 годах / Е.П. Куликов [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. - 2015. - №4.- С. 109-115.
4. Козлов А. М., Косарев И.И. Гиппократ и морально-этические проблемы медицины: учеб. пособие. М.: I ММИ., 1983. — 84 с.
5. Контроль симптомов в паллиативной медицине / под ред. проф. Г.А. Новикова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с.
6. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение: сборник документов ВОЗ и ЕАПП. - М.: Р.Валент, 2014.- 180 с.
7. Паллиативная помощь. Убедительные факты. — Копенгаген, Дания: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. — 32 с.
8. Перспективы развития и интеграция образовательных программ по паллиативной помощи в Российской Федерации / М.Г. Шарафутдинов [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация.- 2014.- №2.- С. 5-8.
9. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. / - Л.: Медгиз, 1956. – 64 с.
10. Приказ МЗ РФ от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».- М., 2011.
11. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации / Новиков Г.А. и др.; / Фонд «паллиативная медицина и реабилитации больных». / – Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015: №3. – с. 5-12.
12. Department of Health. End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life.- London: DH, 2008.

13. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force / C. Centeno [et al.] // Palliat Med.- 2007.- Vol. 21.- P. 463– 471.

**ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ДЕОНТОЛОГИИ У
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИ
ИЗУЧЕНИИ НОРМАЛЬНОЙ ФИЗИОЛОГИИ
М.М. Лапкин, Е.А. Трутнева, Н.С. Бирченко,
Н.А. Куликова, М.В. Акулина
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра нормальной физиологии с курсом
психофизиологии
(Зав. кафедрой – проф. М.М. Лапкин)**

Термин «деонтология» происходит от двух корней (*греч. deon, deontos* *должное, надлежащее* + *logos* *учение*) и означает совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников. Впервые это понятие предложено английским философом Бентамом (J.Bentham) в 19 в. для обозначения теории нравственности.

Однако, сами правила поведения медиков формировались на протяжении всего времени существования медицины, начиная с работ врачей древности. В этой связи следует отметить неопределимую роль в развитии медицинской деонтологии врача древности Гиппократ. Ему принадлежат максимы: «Где любовь к людям, там и любовь к своему искусству», «Не вредить», «Врач-философ подобен богу». «Клятва Гиппократ» положена в основу «Клятвы» современного врача. Особое место в клятве Гиппократ занимают положения об отношении учеников к своим учителям. Примечательно, что II Международный деонтологический конгресс (Париж, 1967), счел возможным рекомендовать дополнить клятву единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!». Таким образом, современная медицинская деонтология – это свод нравственных норм, которыми должен руководствоваться врач при общении с пациентами, коллегами по работе, учителями, окружающими его людьми при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Примером практической реализации деонтологических принципов может служить жизнь и научная деятельность нашего земляка - академика И.П. Павлова. Учитывая это обстоятельство, сотрудники кафедры на всём протяжении изучения студентами Рязанского государственного медицинского университета физиологии обращаются к научному наследию академика И.П. Павлова, фактам его биографии.

На вводной лекции и первом практическом занятии при освещении истории Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова затрагивается вопрос перевод в Рязань одного из московских вузов по решению правительства СССР как факт увековечивания памяти академика И.П. Павлова в его родном городе в связи с его 100-летним юбилеем. Этим подчёркивается значимость научных заслуг академика И.П. Павлова для государства.

Первое заседание студенческого научного кружка кафедры традиционно проводится на территории мемориального Музея-усадьбы академика И.П. Павлова. На этом заседании заслушиваются доклады о жизненном пути Ивана Петровича, об основных достижениях его научных исследований. По окончании заседания сотрудниками музея проводится экскурсия по дому семьи Павловых и дому-науки, где в экспозициях отражены основные достижения павловской научной школы.

В течение учебного года по заданию преподавателей кафедры студенты готовят реферативные работы в рамках УИРС по различным темам, связанным с научным творчеством И.П. Павлова. Для подготовки таких работ студенты индивидуально посещают научные архивы Мемориального музея-усадьбы академика И.П. Павлова и с помощью его сотрудников проводят необходимую исследовательскую работу.

Международная научная общественность высоко оценила научные заслуги академика И.П. Павлова – в 1904 году ему была присуждена Нобелевская премия за цикл работ в области физиологии пищеварения. Этому важному событию в истории Российской физиологии на кафедре посвящён учебный стенд, с материалом которого студенты знакомятся при подготовке к практическим занятиям по теме «Физиология пищеварения» и экзамену.

Наконец, очень важным моментом в формировании мировоззрения студентов является привлечение их к участию в различных научных форумах, посвящённых развитию научного наследия И.П. Павлова и его научной школы. Ежегодно на базе мемориального музея-усадьбы академика И.П. Павлова проводится научно-практическая конференция под названием «Павловские беседы». На неё приглашаются с докладами и лекциями ведущие физиологи страны (академик К.В. Судаков, академик А.Г. Чучалин, академик В.Г. Зилов, чл.-корр. РАН К.В. Анохин, чл.-корр. РАН С.К. Судаков и др.). Участие в таких конференциях и знакомство с самыми современными достижениями физиологической науки позволяет сформировать мотивацию у студентов-медиков, направленную на занятия научной деятельностью, повысить их заинтересованность в изучении предметов медико-биологического цикла.

Таким образом, обращение к фактам жизни, научному творчеству наших великих земляков может служить основой для формирования деонтологических принципов у будущих врачей. Нам представляется, что такая форма педагогической работы со студентами-медиками достаточно результативна и позволяет уже на этапе изучения ими базовых медико-биологических дисциплин создавать основу знаний в области деонтологии. Эту деонтологическую базу в дальнейшем должны использовать наши коллеги-клиницисты, воспитывая в лучших традициях Российской медицины высококонрастных медицинских работников.

«СОВЕСТЬ РУССКОЙ ХИРУРГИИ...»

(о хирурге А.В. Мартынове)

Н.Е. Ларинский

Главный врач санатория «Солотча»

*Восстановление утраченного,
созидание заново
недостающего — это, может быть,
наибольшее достижение хирургии
А.В. Мартынов*

Поразительно, как много дала российской медицине маленькая, провинциальная Рязань XIX - начала XX века: Дубовицкий и Дядьковский, Павлов и Кравков, Кожевников и Ганнушкин и другие. Но этот список, бесспорно, не будет полным, если не упомянуть имя Алексея Васильевича Мартынова.

1. «Здесь начал складываться мой характер»

Алексей Мартынов родился в д. Ерофеевская слобода Спасского уезда Рязанской губернии 12 июня 1868 г. (по ст. ст.) в семье помещика и врача Василия Алексеевича и Александры Ивановны Мартыновых. Мать хирурга была талантливой пианисткой, ученицей известного московского пианиста А.В. Вильшау. Осенью 1868 г. семья переехала в г.Спасск, где В.А. Мартынов получил место уездного земского врача. Он был членом Рязанского общества врачей и его вице-председателем, а с 1905 по 1914 гг. – председателем и почетным членом. 1873 год семья Мартыновых встретила уже в Рязани. В 1878 г. Алексей Мартынов поступил в 1-ю Рязанскую губернскую мужскую гимназию. Его уже в детстве называли «серьезным мальчиком, из которого выйдет толк». Тогда же он на всю жизнь приобрел вкус к хорошей музыке. Еще в гимназические годы Алексей Мартынов познакомился с Еленой Асеевой, которая в 1894 г. стала его женой. Современники говорили о необычном сочетании в характере А.В. Мартынова двух черт: крайней сдержанности и стремлении «уйти в свою скорлупу» и чувства товарищества, коллектива, «локтя». Алексей окончил гимназию с серебряной медалью в 1886 г. и летом того же года подал прошение о приеме на медицинский факультет Московского университета. Он не

сразу «вышел» на хирургию, сначала увлекся медицинской химией (биохимией), занимаясь у Михаила Павловича Черинова, который заведовал кафедрой общей терапии и диагностики. В 1891 г. свежее испеченный лекарь, как тогда писали, Алексей Мартынов по рекомендации известного профессора-хирурга А.А.Боброва поступил врачом-экстерном в Басманную больницу для чернорабочих в Москве, посещая одновременно Топографический институт, где углубленно изучал анатомию. В 1892 г. А. Мартынов работал в Спасской уездной земской больнице на ликвидации эпидемии холеры, а осенью этого же года становится сверхштатным ординатором клиники факультетской хирургии Московского университета, в Ново-Екатеринской больнице, которую возглавлял А.А.Бобров.

2. «В нашей клинике все подтянуто...»

Осенью 1893 года в Екатерининской больнице была открыта дополнительная госпитальная хирургическая клиника, которой сначала руководил профессор Н.И. Новацкий, затем К.Ф. Клейн. А.В. Мартынов стал ассистентом клиники и в феврале 1894 г. сделал первую большую операцию самостоятельно. После окончания в 1895 г. ординатуры А.В. Мартынов начал работать над докторской диссертацией «Хирургия поджелудочной железы». Это 407-страничный труд, в котором были обобщены 147 историй болезни, а библиография содержала 51 отечественный и 405 иностранных источников. Мартынов закончил работать над ней за 2 года и 19 мая 1897 г. успешно (без единого «черного» шара!) ее защитил. С 1898 г. А.В.Мартынов – приват-доцент госпитальной хирургической клиники. Он увлекся хирургией абдоминальных грыж и перевел на русский язык монографию выдающегося хирурга Т. Кохера «Учение о хирургических операциях». В 1900 г. А.В. Мартынов по правилам того времени стажировался в клиниках выдающихся немецких хирургов Бергмана, Кохера, Кёнига, Зоннебурга, Рауха, Микулича и Вильдебрандта. Вскоре у него формируется собственное хирургическое кредо, которого он придерживался всю жизнь: *«Врожденная ловкость, знания, постоянно обновляемые, находчивость, удовлетворительная техника и сердечное отношение к больному»*. Стоит обратить особое внимание на последнее! В 1904 году А.В. Мартынов короткое время исполнял обязанности экстраординарного (внештатного)

профессора кафедры хирургической патологии Харьковского университета, а осенью того же года возглавил кафедру госпитальной хирургии в Екатерининской больнице. Круг его интересов – хирургия желчных путей, щитовидной железы, абдоминальные грыжи. В 1907-10 гг. он параллельно возглавлял и андрологическую клинику. Вскоре он предложил разработанную им тактику операции по разделению подковообразной почки. В 1908 г. А.В. Мартынов совершенствовался по урологии в знаменитой клинике профессора Альбаррана в Париже, а в 1910 г. после смерти П.И. Дьяконова возглавил госпитальную хирургическую клинику на Девичьем Поле (нынешнего первого ММГУ им. И.М. Сеченова). Клиника была на 80 коек, имела 6 ординаторов и «много экстернов». Во всех клиниках, которыми руководил А.В. Мартынов, как и у А.А. Боброва, действительно, царил порядок и организованность. В этом смысле он многому научился у немецких клиницистов.

3. «Муху было слышно на его лекциях...»

Действительно, так говорили об А.В. Мартынове-лекторе. Он учил главному – дисциплинированному клиническому мышлению. Он хорошо рисовал и во время лекции цветными мелками изображал все этапы вмешательства. Примечательно, что он прямо в аудитории лично производил наиболее ответственные перевязки, справедливо считая, что их должны производить врачи, не перепоручая медицинским сестрам.

После начала Первой мировой войны А.В. Мартынов – консультант-хирург Северо-Западного фронта и консультант московских госпиталей. Побывал в 1916 г. он и на Юго-Западном фронте, где шли особенно жестокие и кровопролитные бои. Потом он стал инициатором организации т.н. «*травматологических институтов*», где раненым оказывалась хирургическая, неврологическая и ортопедическая помощь. В 1918 г. становится членом Ученого медицинского Совета Наркомздрава РСФСР. С 1920 по 1922 гг. А.В. Мартынов был одним из первых деканов медицинского факультета I МГУ, в августе 1919 г. принимал участие в организации медицинского факультета Туркестанского государственного университета, первым деканом которого стал его ученик, доктор медицины П.П. Ситковский. Алексей Васильевич состоял членом различных

комиссий и бюро, являлся одним из основателей журнала «Клиническая медицина», был членом редакционных коллегий еще пяти профильных журналов и редактором ряда сборников. Был он и членом Общества естествоиспытателей при Московском университете и Общества исследователей Рязанского края, как и общества «Старая Москва». Но главным оставалась, все-таки, хирургия. Я убежден в том, что А.В.Мартынов имел идеальный характер для хирурга — вдумчивый, неторопливый, всегда уравновешенный, спокойный и сдержанный во время операций. В тоже время его характеризовали как блестящего оператора, методичного и прекрасно знающего топографическую анатомию. Он был участником почти всех хирургических съездов своего времени, а на семи выступал с докладами. Он методично и вроде бы медленно выполнял все этапы вмешательства и неожиданно быстро его завершал. Он был в числе хирургов, пытавшихся спасти от газового холецистита коллегу – профессора И.К. Спизарного, и вместе с И.И. Грековым и В.Н. Розановым был участником нашумевшей неудачной операции у М.В. Фрунзе. Что бы ни говорили любители конспирологических версий, состав операционной бригады у Фрунзе был идеальным: предпочитавший гастроэнтеростомию В.Н. Розанов, любитель пилородуоденопластики И.И.Греков и отстаивающий резекцию по Бильроту А.В. Мартынов. Каждый из них при благоприятно сложившихся обстоятельствах мог выступить «соло». Но, увы, пришлось ограничиться только разделением спаек. Не судьба... Примечательно, что до 1996 года в биографиях Мартынова, Очкина, Грекова и Розанова об их участии в той злосчастной операции не было ни слова!

Зато в другом случае А.В. Мартынов оказался на высоте!

4. «Я вовсе не считаю немецких хирургов лучше наших...»

...В мае 1927 года консилиум в составе А.В. Мартынова, И.И. Грекова, Н.И. Напалкова, С.П. Федорова и В.Н. Розанова осмотрел 78-летнего И.П. Павлова, много лет страдавшего калькулезным холециститом. Некоторые (С.П. Федоров и Н.И. Напалков) были уверены, что у великого физиолога рак желчного пузыря, но А.В. Мартынов был убежден в наличии «вентильного» камня. 28 мая 1927 года А.В. Мартынов с

ассистирующими И.И. Грековым и А.Д. Прокиным в Обуховской больнице оперировал И.П. Павлова и обнаружил в общем желчном протоке камень величиной «с вишню»! Он ограничился холедохотомией и извлечением камня, учитывая возраст больного и другие обстоятельства. После операции еще какое-то время оставался холестааз, желтуха, ахоличный стул и темная моча (последствия механической желтухи), которые исчезли «после приема слабительного и карловарской соли с «Боржомом»). 19 июня И.П. Павлов покинул больницу в удовлетворительном состоянии. Спустя пять лет И.П. Павлов посвятил А.В. Мартынову одну из своих работ. Примечательно, что в 1927 году на 35-летию врачебной деятельности А.В. Мартынова поток поздравлений был открыт речью ...А.Я. Вышинского, тогда – ректора I МГУ!

...Пластика апоневроза при абдоминальных грыжах, перитонизация культи желчного протока, модификация тиреодиктомии и т.д. – вот вклад А.В. Мартынова в операционную технику. В течение многих лет он был консультантом Лечсанупра Кремля и лечил представителей партийного и государственного истеблишмента. Поглощенный другими делами, Алексей Васильевич писал немного, лапидарно и экономно. Две монографии, главы в руководстве по хирургии и 50 научных работ - таково его научное наследие. Но каждое слово в этих работах взвешено и десятки раз обдумано. Тут нет ничего лишнего. Особняком (я перечитал ее несколько раз) стоит его 567-страничная работа «*Научная и преподавательская деятельность бывшей Екатеринбургской больницы*». Поразительно, с какой симпатией он пишет об ушедших и здравствовавших на тот момент корифеях российской хирургии, хотя с некоторыми он принципиально в чем-то не соглашался. Он ведь не был конформистом, таким уютным добрячком, хотя о его феноменальной бесконфликтности и ходили легенды. Он просто был хорошо воспитан и сохранял трепетное отношение к корпоративной солидарности. Даже по отрывочным воспоминаниям он представляется удивительно обаятельным человеком, добродушно-лукавым и ласково-покладистым, но умевшим настоять на своем! Иначе как можно удержать в течение четверти века в узде одну из самых сложных клинических кафедр и клиник. Таким же он был и с больными,

независимо от их профессий и рангов. Говорят, что его обходы клиники (два раза в неделю) носили характер массовой психотерапии. А ведь в клинике было от 110 до 160 коек, но для каждого пациента он находил доброе и ободряющее слово! Мне кажется, что для хирургии он был тем же, что Д.Д. Плетнев для кардиологии, отличаясь при этом отсутствием амбициозности, самоуверенности и игнорирования чужого мнения, чем грешил Дмитрий Дмитриевич. И это, вероятно, было одним из оснований того факта, что на протяжении 30 лет А.В. Мартынов являлся одним из авторитетнейших руководителей отечественной хирургии и любимым учителем врачей. При всей своей немногословности, за которой нередко скрывалась ирония, А.В.Мартынов иногда изрекал прямо-таки афоризмы: *«Психическая травма подобна электрической искре, взрывающей пороховой погреб. Базедова болезнь есть результат этого взрыва»*. Красиво! Интересно, что будучи редактором и руководителем диссертационных работ, он очень тщательно работал с текстами и требовал абсолютной точности, логичности и убедительности сообщаемых результатов и фактов, ясности выводов, языковой и стилистической грамотности. *«Академической порядочностью»* называл такой подход В.И.Вернадский.

Говорят, что признаком выдающейся личности является наличие учеников и последователей (не эпигонов!) С этим у А.В. Мартынова все было в порядке: В.Р. Брайцев, И.Г. Руфанов, А.Н. Шабанов. Р.М. Фронштейн, В.Н. Терновский, С.М. Рубашов, Е.М. Шахбазян и многие другие были его учениками. Среди них был главный врач Рязанской уездной земской больницы, получившей его имя, доктор медицины А.Г. Смиттен и уже упомянутый профессор П.П. Ситковский. Оба работали в Рязани и оба погибли на боевом посту, заразившись на приме сыпным тифом... Учеником А.В. Мартынова был и участник «дела рязанских врачей» 1953 года, профессор Михаил Аркадьевич Егоров, заведующий кафедрой топографической анатомии РМИ им. И.П. Павлова.

В 1932 году А.В. Мартынову было присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР», а в январе 1934 года грянула беда: 3 января Алексей Васильевич председательствовал на конференции врачей Москвы и Московской области, а через

неделю слег. Говорили о каком-то порезе во время операции и о «криптогенном» источнике инфекции, который вызвал сепсис. 24 января 1934 года, проболев всего две недели, замечательный хирург умер...

Другой выдающийся хирург того времени, внук А.И. Герцена, Петр Александрович Герцен после смерти А.В. Мартынова грустно сказал: *«Ушла совесть русской хирургии»*. Лучше и не скажешь, без ложной патетики о врачебной этике и медицинской деонтологии. Жить по заповедям и говорить о заповедях – абсолютно разные вещи! Вот А.В. Мартынов служил хирургии по вечным, хотя и не написанным заповедям, которые для нас, врачей, должны быть столь же неукоснительными, как вписанные в скрижали!

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС УНИВЕРСИТЕТА

Д.А. Максаев

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Лечебный факультет

Этический кодекс студентов медицинских и фармацевтических учебных заведений был принят на четвёртом Форуме студентов медицинских и фармацевтических вузов страны. Кодекс включает в себя правила поведения, основанные на нормах этики, морали и уважения к коллегам и пациентам.

«Недопустимо, когда в Интернете, в СМИ появляются видеоролики, которые порочат нашу профессию. Принятый на Форуме Этический кодекс будет распространён во всех медицинских вузах», - сказала В.И.Скворцова.

Миссия университета, как известно, заключается не только в подготовке специалиста с высоким уровнем знаний, но и в формировании личности. Особенно важно то, какие нравственные стандарты будущей профессиональной деятельности, какие этические принципы поведения даёт студенту университетская среда, взаимоотношения и традиции.

«Мы, студенты, учащиеся, интерны, ординаторы, аспиранты и докторанты ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, объединённые общим стремлением обучаться медицине,

фармации и врачебному искусству, утверждая высшей ценностью служение человеку, спасение жизни и сохранение здоровья, продолжая многовековые традиции медицинской профессии, чтя память наших предшественников, передавших нам идеалы гуманизма и высокой нравственности, уважение к старшим и любовь к Отечеству, с чистыми сердцами и помыслами принимаем Этический кодекс обучающихся ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России», - такими словами начинается Этический кодекс обучающихся нашего университета, утверждённый учёным Советом и приказом ректора РязГМУ.

Этический кодекс обучающихся - это свод правил и норм, упорядочивающих взаимоотношения внутри сообщества обучающихся, студентов, интернов, ординаторов, аспирантов и докторантов.

Этический кодекс обучающихся:

1. Способствует повышению престижа и авторитета медицинского и фармацевтического работника в обществе.

2. Помогает в решении этических споров и конфликтов.

Этическому кодексу должны добровольно следовать все обучающиеся медицине и фармации, независимо от этапа обучения и направления подготовки. Его действие распространяется на весь период обучения при нахождении на его территории, в структурных подразделениях, клинических базах, а также за их пределами.

Основные принципы Этического кодекса:

1. Высокая нравственность – совокупность социальных правил и норм поведения, которыми люди руководствуются в своей жизни на основе соблюдения морали, поведения с точки зрения добра и зла, справедливости и несправедливости, способности жить по совести, чести.

2. Медицинская этика – учение о морали и нравственном воспитании личности медицинского работника, основанное на гуманизме, научных знаниях и практических мерах по распознаванию, лечению и предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья людей.

3. Медицинская деонтология – совокупность этических норм и правил поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

4. Достоинство – категория этики, означающая особое

моральное отношение человека к самому себе и отношение к нему со стороны общества, окружающих, основанное на признании ценности человека как личности.

5. Совесть – выражение способности личности осуществлять нравственный самоконтроль, формировать для себя нравственные обязанности, требовать от себя их выполнения, производить самооценку совершаемых поступков.

6. Высокое звание медицинского работника – традиционно сформированное отношение общества к представителям всех медицинских профессий как к наиболее грамотным и образованным людям с высокими морально-нравственными ценностями, готовым к самопожертвованию, осознанно принявшим на себя обязанности по борьбе за жизнь и здоровье человека.

Взаимоотношения в коллективе должны соответствовать высокому званию медицинского работника.

Запрещается: унижение чести и достоинства, дискриминация по гендерному и социальному признакам.

Приветствуется: толерантное отношение к представителям разных народов и религиозных конфессий, приём пищи в специально отведённых местах (столовые, буфеты), бережное отношение к библиотечным изданиям университета.

Внешний вид обучающегося. Обучающийся имеет аккуратный внешний вид, соответствующий нормам медицинских организаций и режимам в них. Основной формой одежды является белый халат. Ношение чистого медицинского халата или другого вида медицинской одежды (медицинский костюм), медицинской шапочки и сменной обуви является обязательным. Белый халат должен иметь рукав и полы такой длины, чтобы он полностью закрывал одежду, находящуюся под ним. Допустимой считается длина, прикрывающая 2/3 бедра. Этически не одобряется ношение медицинской одежды из прозрачных тканей.

Обучающийся должен иметь аккуратную причёску, длинные волосы должны быть собраны. При входе в здания и на клинические базы обучающийся снимает головной убор, верхнюю одежду сдаёт в гардероб и приводит себя в надлежащий вид согласно требованиям Этического кодекса. Ношение спортивных костюмов, шорт, коротких юбок, сланцев, а также

иной вызывающей одежды не допускается, так как противоречит нормам врачебной этики и является признаком неуважительного отношения к преподавателям, пациентам и коллегам. Этически не одобряется использование косметических средств и парфюмерии с резким запахом, маникюр с наращиванием ногтей, неуместные (крупные) ювелирные изделия и бижутерия, обувь на высоких каблуках.

Поведение в стенах вуза.

Запрещается: фото- и видеосъёмка с пациентами и на фоне их может производиться только с их согласия. Запрещаются съёмка с анатомическими препаратами и публикация данных о пациентах в публичных источниках.

Приветствуется: уважительное отношение ко всем окружающим. Обращение к старшему и незнакомому человеку на «Вы». Использование техники на занятиях для лучшего усвоения материала, своевременное появление на занятиях.

Обучающийся не приемлет для себя и всеми силами борется с такими видами нарушения учебной дисциплины, как: прохождение процедур контроля знаний подставными лицами; использование шпаргалок, технических средств передачи и получения информации в процессе контроля знаний; подделка и подлог документов.

Всячески поощряется научная работа, помощь кафедрам, работа по сохранению историко-медицинского наследия, работа в музеях истории медицины, участие в волонтерской деятельности, работа по совместительству в лечебно-профилактических и детских учреждениях, участие в дискуссиях по научным и клиническим вопросам на занятиях, конференциях и симпозиумах, проходящих в обстановке высокой требовательности и академичности.

Таким образом, благодаря введению Этического кодекса в вузе формируется особая атмосфера сильной внутренней корпоративной идентичности. Он является важным ресурсом эффективной социализации обучающихся и руководства к действию в процессе подготовки личности специалиста с высоким уровнем сформированности нравственных стандартов профессиональной деятельности на благо общества.

ЗНАЧЕНИЕ ВОЛОНТЁРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА-СТОМАТОЛОГА

**Е.Н. Митина, А.В. Бороздин
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра внутренних болезней и
поликлинической терапии
(Зав. кафедрой – проф. А.А. Низов)**

Слово «волонтёр» происходит от латинского voluntarius — добровольный. В русском языке в течение XVIII—XIX веков это слово долго не могло прижиться, так как первоначально волонтёрами называли исключительно солдат-добровольцев. В России и СССР слово волонтёр употреблялось довольно редко, — ему предпочитали слова «доброволец» и «ополченец». В настоящее время под термином «волонтер» принято понимать человека, добровольно занимающегося безвозмездной общественно полезной деятельностью.

В современном обществе организация волонтерской деятельности, помимо своих прямых задач помощи, является важным фактором развития личностных качеств человека и его социальной активности. Такая деятельность важна с точки зрения решения задач профессиональной самореализации и формирования у человека базовых социально значимых качеств.

Предпочтительнее использовать с этой целью людей, имеющих непосредственные знания в той или иной области. Это выводит реализацию проектов на совершенно другой качественный уровень и позволяет участникам расширить кругозор профессиональных знаний, по-новому воспринимать уже имеющуюся информацию. Прежде всего, это актуально для студенческой молодежи, поскольку добровольческая деятельность способствует раскрытию личностного потенциала человека в наиболее динамичный период возрастного развития. Она является базой социального ориентирования и патриотического воспитания, а также инициатив в разных сферах деятельности.

На базе РязГМУ реализуется Международная детская образовательная программа «Ослепительная улыбка на всю жизнь», направленная на сокращение стоматологических

заболеваний у детей. В настоящее время в г. Рязани этой программой охвачено уже около 400 детей.

Программа направлена на детей младшего школьного возраста, так как именно в этот период у детей закладываются основные навыки, в том числе и гигиенические. Основными ее исполнителями являются студенты-стоматологи нашего вуза. Информация доносится до ребят в форме урока, чтобы подчеркнуть серьезность поставленной задачи, при этом используются и наглядные дидактические материалы, чтобы урок не казался скучным. Для закрепления полученных знаний детям выдаются наборы по уходу за полостью рта для домашнего использования, что значительно повышает мотивацию детей и способствует закреплению правильных гигиенических привычек.

Проведение подобных мероприятий является хорошей базой для формирования студента-стоматолога как личности. В процессе подготовки и проведения уроков студенты осознают значимость и важность своей будущей профессии, это увеличивает стремление к учебе и углублению своих знаний для применения в последующем в профессиональной деятельности.

В настоящее время волонтерство, в нашем вузе, активно развивается. Ведь кому, как не будущему врачу помогать тем, кто в этом особенно нуждается! Говоря о морально-нравственных качествах будущего врача мы подразумеваем духовное богатство тех людей, которые на протяжении всей своей жизни будут постоянно заботиться и бороться за жизнь своих пациентов.

Очевидно, что развитие волонтерского движения как одного из способов формирования личности будущего врача, его морально-нравственных качеств является важным общественным направлением, получившим поддержку и развитие в нашем вузе. Студенты, вовлеченные в волонтерскую работу, всегда с оптимизмом смотрят в будущее. Набираясь жизненного опыта, познавая мир со всеми его гранями, спеша творить добро, они становятся добрее и устойчивее.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО

Г.А. Насибян

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Лечебный факультет

Научный руководитель: преподаватель А.Д. Максакова

Практическое обучение студентов-медиков – один из наиболее существенных элементов в образовании будущего врача. С этим нельзя поспорить, и всякий человек, даже не имеющий никакого отношения к медицине как науке подтвердит это: «Хороший врач – опытный врач!». Важно отметить и то, что этот тезис был провозглашён ещё Гиппократом – отцом медицины как таковой, и неоднократно его поддерживали выдающиеся врачи-гуманисты последующих эпох.

Несмотря на это, нельзя забывать, что обучение искусству врачевания у постели больного вызывает ряд этических проблем. Так, отрицательное отношение к подобному методу обучения нашло отражение в схоластике, которая господствовала в Западной Европе периода классического Средневековья. В то время обучение велось строго по текстам античных и средневековых авторов. Возрождение классического метода связано с именем итальянского врача, профессора Джованни Баттиста Монтано. Он говорил: «Учить можно не иначе, как посещая больных». И Герман Бурхаве, чья клиническая школа стала точкой опоры для развития европейской и мировой медицины, также утверждал, что «клинической называется медицина, которая наблюдает больных у их ложа; там же изучает подлежащие применению средства. Прежде всего, следовательно, надо посетить и видеть больного».

И несмотря на то, что подобный метод обучения необходим и не вызывает сомнений, как уже было сказано выше, он противоречит этике. Чем же объясняются возникающие проблемы? Тем, что иногда пациент может испытывать некоторые неудобства, возможно и боль вследствие неумелых действий студента. Пациенту может быть также неприятно само присутствие не врача, он может ощущать скованность, что, несомненно, способно отрицательно повлиять на сбор анамнеза и эмоциональный настрой больного. Но будущий врач нуждается

в практике как в воздухе! И в художественной литературе мы можем найти массу подобных примеров в произведениях врачей-медиков В.В. Вересаева, А.П. Чехова, М.А.Булгакова.

К счастью, традиции и административный порядок сегодняшних клиник обосновывают право обучающихся на участие в опросе, осмотре и перевязке больных, выполнение ими под руководством опытных профессионалов диагностических и лечебных мероприятий и, следовательно, на доступ к соответствующей медицинской информации. Нередко при этом приходится добиваться согласия у самого больного или его родственников, и это обоснованно.

Не зря многие сегодняшние медицинские образовательные учреждения отказываются проводить практику студентов на трупах и различных муляжах, которые доступны и разнообразны. Всё потому, что нет лучшего обучения и лучшей практики для студента, чем на живом трепещущем человеческом теле.

Побывав на учебной практике, я поняла почему. Всё просто. Каждый человек, записавшись на приём к врачу, надеется прийти к высококвалифицированному специалисту. К специалисту, который знает человеческое тело вдоль и поперёк, который способен «услышать» его руками. К специалисту, который не только с закрытыми глазами может идеально провести осмотр, но и имеет достаточно опыта, чтобы, основываясь на нём, быстро и грамотно составить историю болезни и верно поставить предварительный диагноз. Это и будет ответом на вышестоящий вопрос. Однако, чтобы всё это было реально, необходима «живая» практика. К примеру, чтобы просто смочь аускультативно различать виды дыханий и дыхательных шумов, студенту нужны годы практики.

Вообще говоря, нельзя забывать о терапевтическом эффекте слова. Поэтому студент-медик даже при условии наличия практика у постели больного, никогда не сможет стать хорошим врачом, если у него не будет соответствующего наставника. Ведь за каждым великим врачом стоит великий учитель!

Таким образом, на плечи руководителя практики ложится тяжёлая ноша – он живой пример того, каким должен быть его подопечный. Каждое слово, движение, действие копируется. Следовательно, в руках наставника формирование будущего врача, и он должен правильно обучить и направить

обучающегося, представлять собой верную моральную и деонтологическую модель.

Хотелось бы добавить, что в связи с ростом населения и по другим причинам ощущается резкая кадровая нехватка врачей, и в ответ на это набор студентов на лечебный факультет был увеличен. Это, в свою очередь, привело к тому, что преподаватели из-за «перегрузки» уже не в силах проявлять необходимый индивидуальный подход при обучении, чтобы передать свой личный опыт очередному поколению врачей. Именно поэтому формируются пробелы в образовании студентов, которые самостоятельно не могут их заполнить. Следствием этого являются врачебные ошибки, халатное поведение и ятрогенные болезни пациентов.

Я считаю, что для достижения наилучшего результата при подготовке врача, выпускника медицинского ВУЗа, необходимо больше времени уделять его практическим навыкам, позволяя доводить до совершенства врачебные и диагностические манипуляции и оттачивать мастерство общения с пациентом.

**ДЕОНТОЛОГИЯ И ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА
НА КАФЕДРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ:
ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ**

Н.Ю. Натальская

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра госпитальной терапии

(Зав. кафедрой – проф. С.С. Якушин)

*Немало можно добиться строгостью,
многого – любовью, но больше всего –
знанием дела и справедливостью,
невзирая на лица
Гёте Иоганн Вольфганг*

Термин «деонтология» предложен английским философом Бентамом (J. Bentham) в XIX веке для обозначения теории нравственности.

Медицинская деонтология (греческое deon, deontos – должное, надлежащее; logos – учение) – совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников. Основы медицинской деонтологии были заложены ещё в медицине древнего мира. Во все времена общечеловеческие, этические нормы медицинской профессии, определяемые её гуманной сущностью – стремлением облегчить страдания больного человека, оставались незыблемыми.

Сегодняшний преподавательский коллектив кафедры госпитальной терапии в своей клинической, педагогической деятельности использует огромный накопленный опыт наших предшественников. Это необходимо нам ежедневно в воспитании и обучении студентов, интернов, клинических ординаторов и аспирантов. Конфуций говорил: «Тот, кто, обращаясь к старому, способен открывать новое, достоин быть учителем».

Большое внимание мы уделяем вкладу великих врачей в клиническую медицину. С 1996 г. на каждую студенческую конференцию кафедра представляет доклады, презентации, посвящённые юбилейным датам знаменитых врачей. Особый акцент делается на изучение деятельности отечественных врачей. В 1996-2016 г.г. на студенческих конференциях заслушаны 28 таких выступлений. В 2014 г. Девяткина Евгения сделала постерный доклад «Вклад Евгения Ивановича Чазова в развитие мировой и отечественной кардиологии (к 85-летию со дня рождения)».

За прошедшие годы (1996-2000 г.г.) молодыми сотрудниками кафедры подготовлены 4 методические рекомендации для студентов, посвящённые истории развития современных терапевтических школ.

В 2005-2006 учебном году на кафедре была проведена конференция, посвящённая 100-летию открытия Н.С. Коротковым метода измерения артериального давления, создан стенд.

Более 15 лет кафедра имеет свой девиз: «Искусством и человечностью, трудом и знанием», а также свою эмблему. К 60-летнему юбилею кафедры (2011 г.) была издана книга «История, достижения, перспективы развития кафедры госпитальной терапии Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова». Доцент Н.Н.

Никулина воссоздала генеалогическое древо кафедры, которое отражает преемственность между несколькими поколениями профессорско-преподавательского состава кафедры госпитальной терапии.

В 2011 г. подготовлен обзор «Наши учителя на фронтах Великой Отечественной войны 1941-1945 г.г.» (Н.Ю. Натальская, О.В. Кулаева).

В 2015 г. день кафедры был посвящён 70-летию Победы советского народа в Великой Отечественной войне. Выступали проректор В.А. Кирюшин, заведующий кафедрой С.С. Якушин. Врач-интерн Е.Ю. Девяткина сделала презентацию «Рязанская область в годы Великой Отечественной войны»; студентка 6 курса лечебного факультета М.А. Бурбина – «Рязанцы-медики на фронтах Великой Отечественной войны»; студенты 6 курса лечебного факультета У.А. Пекшуева и А.В. Поляков – «Преподаватели кафедры госпитальной терапии – участники Великой Отечественной войны». М.А. Бурбина в апреле 2015 г. выступила с докладом в Волгоградском государственном медицинском университете на Всероссийской студенческой научно-практической конференции, посвящённой 70-летию Победы в Великой Отечественной войне.

Коллектив нашей кафедры объединяет уважение и благодарность своим Учителям, стремление развивать их идеи. Огромнейший опыт наших предшественников должен быть известен молодёжи.

Платон сказал: «Наилучшее воспитание молодых людей, да и самих себя заключается не во внушениях, а в явном для всех осуществлении в собственной жизни того, что внушается другому».

**О МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ И
ГОМИЛЕТИКЕ**
(Опыт воспитательной работы со студентами)
Профессор А.М. Ногаллер
(г.Бамберг, Германия)

В настоящее время, в период рыночной экономики вопросам медицинской деонтологии и гомилетики в учебно - воспитательной работе со студентами уделяется незаслуженно мало внимания. В период своей почти 40 - летней профессорской деятельности в Астраханском (1959 - 1967 гг.) и Рязанском (1967 - 1996 гг.) медицинских институтах значительную часть своей вступительной лекции на кафедрах общей и факультетской терапии я уделял изложению именно этих вопросов.

Термин медицинская деонтология происходит от греч. «деон» - долг, «логос» - учение и означает учение о долге врача. Термин гомилетика происходит от лат. «гомо» - человек, этика - отношение, поведение, моральные качества и означает правила взаимоотношений врача с больным и его родственниками, между коллегами и медицинскими общественными учреждениями. В эпоху широкого внедрения технических достижений в медицину наблюдается недооценка значения непосредственного контакта врача с пациентом, психологического воздействия личности врача. Нет сомнения, что научные достижения и их внедрение в медицину (рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые, электрометрические, эндоскопические методы обследования, а также компьютерная томография, магнитно - резонансная томография, позитронно - эмульсионная томография, лазеры, лабораторные исследования и др.) повышают качество диагностики заболеваний и эффективность лечения. В то же время неоправданным является пренебрежение к классическим методам обследования больных - расспросу, пальпации, аускультации и др. Применение традиционных методов обследования не только способствует ранней диагностике, но и повышает авторитет врача в глазах больного. Существует старинное выражение: «Если больному после посещения врача не стало лучше, то это не врач».

Профессия врача и звание «доктор» с давних пор пользуются уважением у населения, и они должны соответствовать высоким моральным качествам. Ещё Гиппократом были сформулированы правила поведения и обязанности врача. Врач должен постоянно повышать свой профессиональный уровень, знакомиться с новейшими достижениями в своей области, быть хорошим специалистом. Внимательное отношение к больным, сочувствие и доброжелательность являются неотъемлемыми качествами хорошего врача.

Врач не всегда может оказать квалифицированную медицинскую помощь, но в экстренных случаях, например, при обморочных состояниях или травмах врач должен оказать посильную первую помощь, психологическую поддержку, а не быть посторонним наблюдателем. Долгом врача является внушение надежды на благоприятный исход заболевания. Старые врачи учили, что говорить больному всё, что врач думает о его болезни и её последствиях, всегда ошибка, а иногда и преступление. Ещё великий русский поэт Н.А. Некрасов, скончавшийся от рака толстой кишки, писал, что он хотел бы от врача слышать слова утешения и надежды, а не истинный диагноз - смертный приговор. Дискуссионным является, должен ли врач сообщать больному о наличии у него онкологического заболевания. Только при наличии бесспорных доказательств злокачественного характера опухолевого процесса врач может сообщить больному правдивый диагноз о его болезни, подчеркивая одновременно эффективность современных методов лечения. Даже в безнадёжных случаях не следует убивать надежду у больного на благоприятный исход.

Говоря о медицинской гомилетике следует подчеркнуть, что врач не должен плохо отзываться о других врачах, возвышая свои заслуги. В подобных случаях снижается авторитет не только данного врача, но и всех врачей в целом. При невысоком мнении врача о своём коллеге или лечебном учреждении следует тактично рекомендовать пациенту обратиться к тому или иному специалисту, не подрывая авторитет врачебной профессии. Нет необходимости упоминать, что врач должен быть образцом морального поведения, не злоупотреблять алкоголем и

курением, быть пропагандистом здорового образа жизни. Преподаватель должен внушать студентам ещё с первых курсов медицинского университета важность высоких моральных качеств представителей медицинской профессии.

В период рыночной экономики зарплата врача может зависеть от количества принятых им амбулаторных и обслуженных в стационаре больных. Нельзя злоупотреблять понятием «время - деньги». Однако, это не должно снижать качество медицинской помощи, ибо одно ободряющее слово врача, благожелательная улыбка могут улучшить настроение больных и надежду на успех лечения. Воздействует на больного не только лекарство, но и вера в него, внушение.

В своих лекциях студентам я часто цитировал в этом отношении высказывания классиков отечественной медицины. Я часто рассказывал об известном своим гуманным отношением к больным и весьма популярном враче Фёдоре Петровиче Гаазе (1780 – 1853 гг.). Популярным было среди населения выражение: «У Гааза нет отказа», а его высказывание: «Торопитесь делать добро» часто цитировалось в прессе. За обширную филантропическую деятельность его часто называли «Святой доктор». В Москве установлен памятник Ф.П. Гаазу, а один из минеральных источников курорта Ессентуки носит его имя. О благородном труде отечественных и зарубежных врачей я писал в своих книгах «Очерки жизни и деятельности знаменитых врачей» / Рязань, 2002. - 93 с. и «Выдающиеся медики, известные и неизвестные». Мюнхен; Рязань, 2014. - 227 с. В своих лекциях я внушал студентам, что они должны быть достойными продолжателями добрых традиций отечественной медицины.

Уровень воспитательной работы со студентами, наряду с оценкой педагогической и научной деятельности лечебной кафедры медицинского института, является важным критерием её работы в целом.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОНТАКТА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Н.А. Попко

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Педиатрический факультет

Научный руководитель:

преподаватель А.Д. Максакова

По смертности рак вышел на второе место после сердечно-сосудистых заболеваний: если в 1938 г. он занимал десятое место, то в 1948–м – пятое, а в 1970 г – уже второе (после инсульта). Особенно четко эта тенденция прослеживается у тех, кому за сорок. По данным GLOBOCAN 2012, IARC (Международного Агентства по Исследованию Рака) Россия в 2012 году заняла 5-е место в мире по числу смертей онкологических больных. Риск развития злокачественного новообразования в возрасте 0-59 лет в 2014 г. в России составил 8,8%, в возрасте 0-69 лет 19,0% (21,3% для мужчин и 17,7% для женщин).

Пациент, узнавший о своей болезни, как правило, оказывается в состоянии шока. И задача врача в этот момент – быть рядом, оказать моральную поддержку, не сломать окончательно и без того пошатнувшуюся психику больного. По данным правоохранительных органов всего за 20 дней с 1 по 20 февраля 2015 года в Москве покончили с собой 11 онкобольных.

Онкологический больной нуждается в особенном уходе. И, прежде всего, со стороны врача: пациент обращает внимание не только на слова, но и на тон, эмоции, мимику, движение человека, которому он доверяет свою жизнь.

И очень важно найти правильный подход к пациенту, не сделать ошибок и помочь ему адаптироваться к новым условиям, помочь ему выдержать это психологически, и, что немаловажно, показать, что он не один, что у него есть поддержка.

Как показывает опыт и многочисленные социальные опросы, многие студенты-медики выбирают свою будущую работу, ведомые идеей бескорыстной заботы о каждом больном, желанием помочь людям, здоровье которых имеет определенные отклонения от нормы. Они искренне считают, что получают полноценную отдачу и смогут спасти от смерти практически

всех. Однако уже на практике, на клинических дисциплинах, они могут увидеть всю сложность профессии врача, столкнуться со своего рода «отрешенностью» врача от болезни пациента (имеет место эмоциональное выгорание, усталость, личные проблемы) и с недоумением понимают, что и во взаимоотношениях врач-пациент все далеко не так всё просто и однозначно, как им представлялось.

К сожалению, далеко не каждый, даже умудренный опытом медик, может корректно общаться с человеком, доверившим ему свою жизнь.

Моя зимняя и часть летней практики на первом курсе проходила в онкологическом отделении, и хотя, конечно же, никакой возможности самим общаться с пациентами по поводу их болезни мне не предоставлялось, но наблюдать за ними, смотреть на установление эмоционального контакта между врачом-онкологом и больным я могла.

Мне повезло. Врачи в отделении, где я работала, относились к каждому пациенту индивидуально, учитывали его психологию и внимательно следили не только за динамикой физического состояния, но не упускали из виду и эмоциональное. Процесс общения выстраивался в трех планах: вербальном, невербальном (жесты, мимика), внутреннем (то, что подразумевается, вне зависимости от того, что проговаривается вслух).

Желая ознакомиться более подробно с проблемой установления эмоционального контакта врача с онкологическим больным, я решила изучить соответствующую литературу.

Эта проблема рассматривается многими дисциплинами, например, психологией, философией, биоэтикой. Имеется много интересных статей в научных журналах.

В своей научной работе я хотела бы выделить основные, особенно важные моменты установления контакта между врачом и человеком, узнавшим о наличии у себя такой болезни.

Еще на занятиях по психологии мы с преподавателем разбирали типы личностей, давая характеристику каждому из них. И, конечно же, стоит отметить, что пациент, как и любой человек отличается от других своим типом, к каждому нужен индивидуальный подход.

Некоторые на пороге кабинета врача замирали, дрожащей рукой открывая дверь. Некоторые шли смело, твердым шагом.

Информацию каждый тоже воспринимал по-разному: некоторые со слезами на глазах, некоторые улыбаясь через силу, а кто-то — внимательно, не показывая эмоций.

Для понимания особенностей психологических реакций на заболевание врач общей практики должен также знать индивидуальные и типологические особенности больных.

Необходимо учитывать и типы психических компенсаторных реакций, характерных для онкологических больных:

- отрицание, вытеснение информации о наличии онкологического заболевания доминирует у истероидных лиц;
- неопределенную установку по отношению к диагнозу с полной покорностью судьбе, врачу демонстрируют тревожно-мнительные лица;
- частичное признание диагноза характерно для шизоидов;
- реалистичное отношение характерно для синтонных пациентов – принятие факта онкологического заболевания происходит с установкой на активное лечение с верой в выздоровление.

Исходя из информации о пациенте, врач может правильно построить систему общения с ним.

И в медицинской литературе можно найти следующие рекомендации для установления эмоционального контакта с пациентом:

1. Информация о болезни должна даваться плавно, по частям. Следует избегать слова «рак», т.к. оно часто воспринимается как синоним слова «смерть», поэтому в первом разговоре с больным целесообразнее пользоваться другими терминами («неоплазма», «пролиферация тканей» и др.), но при этом не стоит скрывать серьезности данного заболевания, давать излишние надежды. В случае всплеска эмоций, нужно дать пациенту время для осознания. Как правило, пациент хочет знать не только диагноз, но и есть ли у него шанс поправиться, какие методы лечения можно применить и вообще что еще можно сделать, чтобы изменить ситуацию. Если больной чувствует, что шансы на выздоровление минимальны, его интересует, сколько он еще может прожить. Для того, чтобы как можно более «мягко» сообщить информацию больному, следует быть тактичным и

внимательно следить за собственной мимикой, тоном, жестами, поскольку пациент в этот момент полностью концентрируется на враче. Плотно сжатые губы, отведенный в сторону взгляд, мрачные интонации в голосе, которые могут быть обусловлены просто усталостью либо последствием разговора с другим пациентом или личными проблемами врача, иногда воспринимаются больным как смертельный приговор и резко нарушают контакт с врачом. Дав информацию, не следует уходить от больного, а побыть с ним столько, сколько ему нужно. Дать время на «созревание» для правды. В этот период для пациента особенно необходима эмоциональная поддержка врача, которая заключается в эмпатическом выражении сочувствия и понимания.

2. Пациенту не следует внушать несбыточных надежд и в то же время не следует форсировать события и сразу предоставлять ту информацию, которой он боится. Одновременно с открытием диагноза пациенту следует сделать терапевтическое предложение. Тем самым врач обещает больному, что не оставит его одного.

3. Общение с пациентом должно начинаться с установления доверительных отношений, и только после этого можно проводить внушающее и убеждающее воздействие. Онкологические больные, как правило, немногословны, так как озабочены своим будущим, переработкой полученной информации и переоценкой жизненных ценностей. В отличие от психосоматических и невротических больных, они очень ценят доброе отношение, ибо часто им уделяют меньше внимания как безнадежным или «неперспективным».

4. Для онкологических больных очень важным оказывается телесный контакт (доброе рукопожатие, одобрительное похлопывание по плечу, просто прикосновение к руке).

5. Психологическая помощь врача должна заключаться в правильной организации эмоциональной поддержки пациента с помощью семьи.

6. Относительно момента для сообщения диагноза все исследователи сходятся на том, что это не должно происходить в связи с первым же подозрением или первой консультацией.

Несомненно, работа онколога непосредственно взаимосвязана с самочувствием пациента. Контакт с ним, умение

не только правильно говорить, но и слушать, понимать и даже чувствовать – вот что дает врачу большой опыт для душевной работы. Не менее важно уметь отграничивать себя от окружающего стресса, иначе в дальнейшем последует либо эмоциональное истощение под грузом чужих страданий, либо полное «ожесточение», равнодушие к другим, что, как следствие, не даст возможности эффективно реализовать себя в работе. Установление контакта между онкологом и его пациентом зависит не только от профессиональной подготовки, но и от воспитанности, умения сопереживать, искренности в желании помочь. Доброе отношение к пациенту, оптимистичный настрой, умение не пасовать перед трудностями, а главное – вера в свои силы и в силы своего пациента – это те качества, которыми должен обладать хороший онколог. Потому что доверие пациента, его согласие на то, чтобы другой человек влиял на его жизнь – вот, что является вершиной профессионального искусства для каждого врача.

В процессе обучения студенту предстоит не только освоить определенные навыки, теорию, но и научиться правильному общению с больными людьми, чему и учат такая дисциплина, как, например, биоэтика.

РОЛЬ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК В СТАНОВЛЕНИИ ПРАВСТВЕННОСТИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

М.А. Рахманкина, О.А. Царева, С.А. Камаева
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра гистологии и биологии
(Зав. кафедрой – проф. Ю.И. Ухов)

Оптимизация образовательного процесса в значительной степени развивает самостоятельную познавательную активность студента, способствует развитию гармоничной, социально активной личности, совершенствует ценностно-смысловые установки и коммуникативность. Гуманистическая парадигма медицинского образования способствует возникновению душевного контакта в процессе врачевания, пониманию тонких

механизмов и специфики заболеваний, вызывает чувство высокого гражданского долга. Несмотря на это, проблема воспитания у будущих врачей нравственного отношения к человеку остается чрезвычайно актуальной. Всё ещё отмечаются многочисленные примеры невнимательного, порой грубого, пренебрежительного и, даже, оскорбительного отношения к больному человеку. Это требует определения условий, которые способствовали бы преодолению противоречий между задекларированным гуманистическим характером профессионального становления врача и дегуманизирующей практикой его профессионального поведения. Гуманистическое воспитание будущего врача обретает свое практическое воплощение лишь при условии формирования гуманного отношения к человеку. Становление этого отношения может быть обеспечено только в том случае, если в содержание и методику преподавания соответствующих учебных дисциплин, в частности, биологии, будут введены представления о гуманистической сущности профессии врача. Врачебная практика при этом будет основываться на ценностном отношении к человеку, т. е. на принятии больного человека как уникальной духовной сущности. Следует подчеркнуть, что гуманность у студента-медика формируется через психологический механизм перехода накопленных знаний в личностное качество. Таким образом, будущий врач-исследователь должен быть высоконравственным человеком, поскольку его будущая деятельность связана с судьбами людей, их здоровьем и жизнью. Следовательно, ему необходимы такие личные качества как человеколюбие, милосердие, ответственность, честность, совесть, решительность. Это значит, что все поступки врача-исследователя и линия его поведения должны определяться личной убежденностью и соответствовать требованиям общественной морали. Иначе говоря, духовно-нравственный уровень врача-исследователя выражается в его социальных установках по отношению к испытуемому, в моделях экспериментального взаимодействия, в умении решать медицинские казусы, то есть соблюдать интересы и благополучие участника испытательного процесса в большей степени, чем свои собственные. Значит, в процессе взаимодействия, основополагающими должны быть принципы «не навреди»,

«делай благо», «относись с уважением к автономии личности участника», «будь справедлив» и соблюдай правила «добровольного информированного согласия», принципы «правдивости», «конфиденциальности», умение ориентироваться в ситуациях сложного морального выбора вплоть до прекращения эксперимента, ради предпочтения ценности человеческой жизни. Отсюда следует, что одной из основных задач преподавания биологии является формирование у будущего врача осознанной потребности в нравственном совершенствовании, укрепление его веры в возможность использования знаний во благо человека, убеждение его в существовании четких критериев зла и добра, порока и добродетели, преступления и подвига, бесчестия и достоинства, беззакония и закона, произвола и свободы. Это диктует необходимость включения в систему медицинского образования дисциплин, предметом которых являются человек и общество. В последние годы гуманитарные науки приобретает все большее значение в качестве интегрирующего центра в системе наук. Это происходит потому, что только интеграция гуманитарной и естественнонаучной составляющих в культуре каждого индивида может служить устойчивой внутренней основой для понимания личностью уникальности каждого человека, каждой культуры.

Целью освоения дисциплины биология является формирование у студентов систематизированных знаний об основных закономерностях происхождения, развития, строения и функционирования живых систем; приобретение ими общетеоретических знаний в области биологии, необходимых для формирования естественнонаучного мировоззрения и практической деятельности врача.

Всё вышеизложенное свидетельствует, что гуманитарный аспект медицинского образования отражает парадигму гуманитарных проблем профессиональной деятельности врача. К ним мы относим проблемы взаимоотношения с пациентами, членами их семей и коллегами, вопросы медицинского права, целостного подхода к профилактике и лечению заболеваний, аспекты влияния научных открытий на безопасность и улучшение здоровья человека, обмена передовым профессиональным опытом. А это значит, что гуманитаризация высшего медицинского образования ставит своей целью

формирование нравственно и духовно развитого человека, будущего специалиста, уровень подготовки которого должен гармонично сочетать образованность, профессионализм, высокую духовность, нравственную воспитанность. Это процесс, направленный на усвоение личностью гуманитарного знания, гуманитарной культуры, гуманитарного потенциала медицины. Всё вышеотмеченное позволяет нам определить нравственную культуру врача как не просто заслуживающее уважение свойство его личности, а необходимое качество, определяющее уровень его профессионализма.

ГУМАННОСТЬ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Н.Г. Самойлов, А.В. Алёшичева
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(Зав. кафедрой – проф. Н.Г. Самойлов)

Когда мы говорим о том, что профессия врача высоко гуманна, то, очевидно, для практической реализации этого утверждения необходимо следовать, как минимум, двум условиям: первое – понимать семантику термина «гуманность» и второе – руководствоваться гуманностью в процессе своей врачебной деятельности.

Действительно, под гуманизмом нужно понимать следование принципам человечности – это руководство по правилам человеколюбия. Гуманистическое направление в психологии предполагает глубинное осознание высших ценностей в человеке, таких как: творчество, любовь, свобода, ответственность, автономия, психическое здоровье, межличностное общение. Человек, воспринимающий эти ценности как высшие, системообразующие, порождающие истинный гуманизм, главной целью в жизни ставит самоактуализацию. Основатели гуманистической психологии под гуманизмом понимали возвращение человеку целостности.

Отсюда, исцеление – это возвращение человеку целостности, и это значит обеспечение не только неповреждённости телесной, но и его ближайшего окружения:

микросреды. Личность, человек не может полноценно осуществлять свою деятельность без общества, потому как, следуя своей двойственной природе, он имеет биологическое и социальное начало.

Таким образом, лечение должно включать в себя элемент целительства, причём не шаманизма, а в смысле стремления врача вернуть пациенту целостность, помня о том, что выздоровление во многом будет зависеть от тех людей, которые его окружают.

При этом, если речь вести о больном человеке, то окружающими для него будут все работники медучреждения. А это означает, что не только отношение к больному всех медработников, но и общая психологическая атмосфера, стиль взаимоотношений между собой, руководства с подчинёнными, врача со средним медперсоналом и, наконец, с больным, может либо создавать для больного упомянутую целостность, либо совсем наоборот, т.е. разрушать.

Другими словами, можно сказать, что врач лечит не только лекарствами и какими-то процедурами, он воздействует на больного и как личность. Потому как врач созидатель, исцеляющий – это тот, в которого больной поверил. А, значит, он должен быть человеком высоко культурным, образованным (а не только хорошо знающим своё дело), умеющим посоветовать, сопереживать и способным вселить в больного уверенность в том, что врач на его стороне, и вместе они обязательно победят болезнь.

Следовательно, гуманность в профессиональной деятельности врача проявляется не столько в мастерстве и опытности, сколько в личностных качествах, которые формируются и входят в структуру личности именно в годы учёбы и профессионального становления. Отсюда становится понятным, что важнейшие принципы гуманизма, гуманность будущего врача исподволь формируются в среде его становления, т.е. в университетском психологическом климате. Поэтому не отдельные лица университета, а вся среда существования студентов должна учить врача воспринимать пациента не только как больного с конкретным диагнозом, а, прежде всего, как личность и неповторимую индивидуальность.

Глубокое усвоение будущим специалистом социальных норм, регулирующая функция которых переживается им как зов сердца, голос совести, участие, веление долга, сочувствие и др. и будут проявляться в его деятельности как черты гуманности. Будущий врач обретает черты гуманности не только благодаря внутреннему диалогу с самим собой, со своими внутренними убеждениями и ценностями, но и в процессе общения с окружающими.

Гуманность и её компоненты должны быть отражением среды, в которой находятся, учатся и живут студенты. Её нельзя усвоить, осознать по отдельным составляющим, например, эту неделю формируем интеллигентность, а следующую – воспитанность. Это единый конструкт, и действовать, влиять на будущих специалистов он должен целостно. Лишь только тогда проявление гуманности станет внутренней потребностью врача, неотъемлемой характеристикой его личности. Поэтому гуманность может возникать и развиваться только в соответствующей среде, т.е. в гуманной.

Таким образом, можно констатировать, что гуманность врачебной деятельности не возникает сама по себе, её нельзя сформировать, «слепить» из отдельных компонентов. Будущий специалист, желающий иметь профессию врача, должен быть «пропитан» ею в течение всего периода обучения в вузе.

ЭТИЧЕСКОЕ И ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

А.Д. Самохвалова

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Лечебный факультет

Научный руководитель:

преподаватель А.Д. Максакова

В последнее время нравственные проблемы, возникающие в сфере профессиональной деятельности, широко обсуждаются на страницах периодической и научной печати, на научных конференциях и семинарах. Не остаются в стороне от подобных

обсуждений и медицинские работники. В современном мире – мире высоких технологий – во всех отраслях медицины персона врача наделена как особыми правами, так и особыми обязанностями.

Диалектика морали и права являет собой борьбу противоречий между двумя важными аспектами в деятельности врача. Многие врачи сталкиваются с дилеммой: поступить «по закону» или «по совести». Это касается и вопроса о распространении фармацевтической информации врачами.

Российское законодательство, направленное на регулирование рекламной сферы, в последнее время меняется очень часто, то запрещая, то вновь возвращая возможности для рекламодателей в СМИ. Среди товарных категорий, у которых «все сложно» с законом, особое место занимают фармацевтические препараты. За последние годы фармкомпании постоянно сталкивались с ужесточением законодательства и уменьшением возможностей продвижения, как по содержанию рекламных сообщений, так и по каналам распространения.

Фармацевтика в маркетинговом плане – отрасль уникальная, можно сказать, что в ней максимально работает принцип лидеров мнений, где в этой роли выступают врачи и фармацевты. Один из ключевых инструментов продвижения – работа с врачами и фармацевтами в аптеках. Четкое регулирование этого инструмента отсутствовало, и различные программы стимулирования врачей привели к необоснованному увеличению количества назначаемых импортных дорогих препаратов, а также к значительному росту их доли в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Именно от назначений и рекомендаций врача во многом зависит, какой препарат в итоге купят потребители.

В 2011 году был принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Его положения, регулирующие взаимодействие практикующих врачей с фармацевтическими компаниями (Статья 74), вступили в силу 1 января 2012 года. С этого момента руководители медицинских организаций и другие медицинские работники уже не могли принимать от сотрудников фармкомпаний деньги и подарки, участвовать в развлечениях за счет компаний, получать образцы препаратов для передачи пациентам, а также

заключать соглашения о рекомендации и назначении любых лекарственных средств. Возможности продвижения фармацевтических продуктов во время визитов медицинских представителей фирм и сами визиты стали сильно ограничены.

С ужесточением законодательства фармкомпании стали искать новые каналы для коммуникации с медицинскими работниками. С каждым годом все больше растет роль digital-каналов: фармкомпании находят новые способы их применения для общения с врачами. Они используют удаленное общение через специальные закрытые порталы, социальные сети и Skype, делают индивидуализированные email-рассылки, активно используют формат видеопрезентаций.

Врач должен владеть достаточными знаниями об опасности и преимуществах использования предлагаемых лекарственных средств, иначе он также подвергает жизнь пациента опасности. Нередко для практического врача единственным источником информации о препарате как раз и являются фармацевтические компании, но эта информация может быть необъективной. В этой связи особую важность приобретает обеспечение независимой (непредвзятой) информацией. Центры информации о лекарственных средствах и лекарственные бюллетени представляют собой два действенных способа распространения такой информации. При этом они должны:

- быть независимыми от внешних влияний и собирать данные обо всех финансовых или других конфликтах интересов;
- использовать для всех своих рекомендаций данные доказательной медицины и объективные заключения.

Как уже отмечалось, роль врача в распространении фармацевтической информации велика и мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения.

Цель моего исследования: изучить этическую и правовую сторону регулирования в сфере распространения фармацевтической информации.

Для достижения указанной цели поставлены следующие задачи:

- изучить Российское законодательство, направленное на регулирование сферы распространения фармацевтической информации;

- рассмотреть этическую сторону вопроса;
- выяснить роль врачей – распространителей;
- провести социологическое исследование среди студентов, выяснив их отношение к данной проблеме.

ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА РАЗЛИЧНЫХ СФЕР МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Г.П. Сметанина, В.Н. Сметанин
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж»
(Директор – Н.А. Литвинова)**

Аннотация. Представлена система формирования целостного представления об основных принципах медицинской этики и деонтологии в постдипломном образовании. Необходимость соблюдения моральных норм в клинической деятельности медицинского персонала. Рассмотрены проблемы медицинской этики и деонтологии в деятельности медицинского работника, раскрывающие многоплановость и сложность реализации задач формирования его личности.

Ключевые слова: медицина, этика, деонтология, постдипломное образование.

В последние годы в России значительно возрос публичный интерес к соблюдению моральных норм в медицинской деятельности, что обусловлено высокими темпами развития сектора здравоохранения и его усиливающейся ролью в отечественной экономике. Знание влияния профессиональной этики медицинских работников на качество и доступность оказания медицинской помощи пациентам становится на сегодняшний день неотъемлемой частью процесса подготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения.

Учитывая специфику самой профессии медика, медицинская этика является необходимой и неотъемлемой стороной профессиональной деятельности. Отсутствие качеств, которых требует от медицинского работника медицинская этика,

является свидетельством его профессиональной непригодности. Аморальным, порочным людям должен быть закрыт доступ к этой совсем особой сфере человеческого бытия, которой нужны люди честные, мудрые, самоотверженные. Сохранение благородных этических традиций медицины является одной из главных задач медицинской деонтологии.

Медицинская этика требует от медицинского работника постоянной работы над собой не только в сугубо профессиональном, но и в моральном плане. Он должен уметь владеть собой, сдерживать негативные эмоции. Поэтому в общей системе медицинского образования, особенно в постдипломном, важна этическая, моральная подготовка и воспитание медиков на принципах профессиональной чести, гуманизма, человеческой порядочности, ответственности.

В Центре дополнительного профессионального образования Рязанского медицинского колледжа на циклах повышения квалификации различного профиля у слушателей, наряду с повышением уровня профессиональных компетенций, формируется целостное представление об основных принципах медицинской этики и о необходимости соблюдения моральных норм в клинической деятельности медицинского персонала. При рассмотрении профессиональных вопросов учебных программ медицинские сестры, акушерки, фельдшера, фармацевты, зубные врачи и другие представители медицинских профессий среднего звена получают представление об этических дилеммах при оказании медицинской помощи пациентам и методологических аспектах возможных вариантов их решения. Параллельно с решением профессиональных задач слушатели знакомятся с современным этапом развития медицинской этики, биоэтики и медицинской деонтологии в Российской Федерации и за рубежом.

По мере развития медицины постоянно усложняется деятельность средних медработников. Они работают со сложной медицинской техникой, выполняют многие ответственные манипуляции, которые до недавнего времени осуществляли только врачи. В современных условиях для ухода за больным фельдшер, акушерка, медсестра должны овладевать все более сложными научными, а также техническими познаниями и навыками. В связи с этим особенно большое значение

приобретают квалификацию средних медработников и рациональная организация их деятельности на более высоком профессиональном уровне.

На циклах усовершенствования и профессиональной переподготовки при рассмотрении приоритетных вопросов профессиональной деятельности рассматриваются ситуативные проблемы медицинской этики по профилю обучения.

На циклах терапевтического профиля:

- Право человека на жизнь. Главной особенностью медицинской деятельности является ее объект – это человек, его здоровье и жизнь. Это накладывает отпечаток и огромную ответственность, ведь человеческая жизнь – это и есть самое важное. Безусловная ценность человеческой жизни является основополагающим принципом медицинской этики.

- Проблема качества и ценности жизни пациента: вопросы приоритетности.

- Этические аспекты насильственного продления жизни пациента в клинической практике. Критерии окончания жизни: этические проблемы определения момента и диагностики смерти.

- Критерии и проблема справедливого «распределения» и доступности бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи и лекарственной терапии среди пациентов: этические и правовые аспекты

На циклах хирургического профиля:

- Острая и хроническая боль: этические аспекты. Неадекватное обезболивание. Наркотическое обезболивание. Обезболивание как профессионально-этическая проблема.

На циклах психиатрического профиля:

- Ситуативные проблемы медицинской этики при оказании медицинской помощи психически больным. Специфика этических проблем в психиатрии, связанная с особенностями обследования, диагностики и лечения пациентов, особенностями их отношения к своей болезни и процессу лечения, социальным статусом психически больных и отношением к ним в обществе, спецификой врачебной тайны в психиатрии. Этико-правовое регулирование в сфере психиатрии: гуманность, уважение человеческого достоинства и защита законных прав и интересов душевнобольных, недопустимость их дискриминации и социального остракизма. Принудительная госпитализация и

добровольное информированное согласие психически больного, его право на согласие или отказ от психиатрической помощи.

На циклах по инфекционным болезням и занятиям по инфекционной безопасности:

- Проблема СПИД и ВИЧ-инфекции: этические проблемы диагностики и лечения. Две модели в борьбе со СПИДом: модель обязательного государственного учета и медицинского наблюдения; модель, основанная на приоритете автономии пациента. Дискриминация и социальный остракизм, насилие по отношению к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Значение сохранения врачебной тайны.

На циклах по онкологии:

- Право пациента на умирание с достоинством. Хосписное движение и паллиативная помощь. Этические принципы сопровождения терминальных больных и их родственников. Профессиональная подготовка медицинского персонала для оказания паллиативной помощи.

Наряду с ситуативными проблемами медицинской этики слушатели знакомятся с этическими дилеммами. На циклах по профилю акушерства и гинекологии рассматриваются этические дилеммы начала человеческой жизни. Права новорожденного и права эмбриона. Отношение к новорожденным с дефектами развития. Этические дилеммы перинатальной диагностики. Проблемы обоснованного риска при выборе диагностической процедуры. При изучении вспомогательных репродуктивных технологий рассматриваются этические аспекты воспроизводства человеческой жизни. Этические аспекты искусственной инсеминации, феномена донации репродуктивных клеток мужчин и женщин. Этические аспекты экстракорпорального оплодотворения. Манипулирование эмбрионами. Анонимность и право ребенка знать своих родителей.

Большой интерес слушателей проявляется к этическим дилеммам суррогатного материнства, репродуктивного туризма, коммерциализации материнства и моральной ответственности медицинских работников.

Одной из важных этических дилемм, рассматриваемых в учебном процессе, являются основные моральные позиции искусственного аборта. Отношение к аборту, права беременной женщины, право эмбриона на жизнь.

На циклах фармацевтического профиля много внимания уделяется этическим вопросам медицинских исследований и клиническим испытаниям новых лекарственных препаратов на пациентах: аргументы «за» и «против».

Наряду с освоением программного материала повышения квалификации, осмыслению профессионального долга перед выбранной профессией медицинского работника, слушателям помогает исследовательско-реферативная работа, подготовка докладов и выступлений на мероприятиях «круглого стола» и конференциях по этике и деонтологии на базе Центра дополнительного профессионального образования.

В медицинской этике и деонтологии как науке много нерешенного, иногда спорного. Готовых рецептов нет на все случаи жизни, и здесь многое зависит от общей культуры медицинского работника и от его жизненного опыта.

Литература:

1. Орлова Е.В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентный подход. / – М.: ФОРУМ, 2012.
2. Хрусталева Ю.М. Основы биомедицинской этики. / – М.; Профессинал, 2006.
3. Хрусталева Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник. / ГЭОТАР-медиа, 2013.
4. Яровинский М.Я. Медицинская этика (биоэтика). – М.: Медицина, 2006.

К ВОПРОСУ НЕОБХОДИМОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВРАЧ-ВРАЧ, ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

В.Э. Тихонов, Н.Е. Митин

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

(Зав. кафедрой – доц. Н.Е. Митин)

Белый врачебный халат во все времена символизировал чистоту помыслов доктора, его кристальную честность в отношениях с пациентами и коллегами. Эта профессия всегда

требовала и требует самопожертвования и самоотречения во имя здоровья больных людей, постоянного самосовершенствования в выбранной специальности и, конечно же, доброго, искреннего отношения к товарищам. Всем известны имена знаменитых врачей - Павлова И.П., Семашко Н.А., Пирогова Н.И. и т.д., демонстрировавших нам пример высочайшей преданности профессии. В РязГМУ также долгое время работали такие знаменитости, как проф. Кириллов Б.П., проф. Шугаров А.Н., проф. Тихонов Э.С., проф. Талышинский А.М. и многие другие доктора, всей своей жизнью показавшие как нужно относиться к своей работе, коллегам, пациентам. Они неоднократно говорили об этом на лекциях, практических занятиях, писали в книгах, статьях.

Времена меняются, но принципы этики и деонтологии, которыми должен руководствоваться врач, остаются теми же.

Новые экономические отношения в стране сыграли двойную роль. С одной стороны, отечественная медицина, получила возможность использовать новые материалы и технологии, повысился уровень оказываемой помощи. С другой стороны, произошло разделение медицины на частную и государственную, что неизбежно повысило конкуренцию на рынке медицинских услуг. Появилось понятие «борьба за пациента». И, к сожалению, в этой борьбе не все участники ведут себя честно. Некоторые врачи позволяют себе пренебрегать этическими нормами поведения как в отношении к коллегам так и к пациентам.

Известны случаи, когда пациенту предоставляется информация о его заболевании в таком виде, чтобы мотивировать его на лечение в данной клинике или у определенного доктора. К сожалению, такие ситуации не являются редкостью и хотелось бы представить два клинических случая, иллюстрирующих вышесказанное.

Несколько лет назад, к нам обратился знакомый, с просьбой посмотреть своего сына, 5 лет. Ребенок был на приеме в одной из частных клиник г. Люберцы, и доктор рекомендовал ему срочное лечение всех временных моляров. Два из них он вылечил. Осмотрев полость рта мальчика, мы не выявили ни одного разрушенного зуба! Только на двух молярах стояли

небольшие пломбы, которые, вполне возможно, также не были нужны.

С подобными ситуациями, приходится сталкиваться не только в частных клиниках. Совсем недавно на консультацию пришла мама с сыном. Ребенок проходил ортодонтическое лечение с помощью брекетов, в одной из городских стоматологических поликлиник. Через какое-то время лечащий врач уходит в декретный отпуск, и он попадает на прием к другому доктору. Родителям озвучивается, что система была установлена неправильно, ее необходимо срочно снимать (естественно, за деньги) и устанавливать другую. И тоже срочно! Осмотрев ребенка, мы диагностировали и короткую уздечку верхней губы, глубокий прикус, протрузию фронтальных зубов. Все, что необходимо сделать - это пластику данной уздечки (на что врачами не было обращено должного внимания) и поставить съемный ортодонтический аппарат для коррекции прикуса и неправильного положения зубов. Все это свидетельствует либо о полном непрофессионализме, либо о желании взять с пациента лишние деньги. И то и другое, как минимум, ставит вопрос о том достоин ли такой «специалист» носить звание врача!

Также хотелось бы отметить тот факт, что встречаются ситуации, когда пациент, придя на прием к врачу, слышит критические замечания по поводу лечения, оказанного ему ранее в другом медицинском учреждении. Такое поведение является абсолютно недопустимым, нарушает принципы коллегиальности и формирует негативное отношение к врачебному сообществу. Средства массовой информации также, зачастую, преподносят необъективную информацию о медицинской деятельности, выставляя врачей непрофессионалами, хапугами, взяточниками. Нарушая основные этические принципы взаимоотношений с пациентами и коллегами, медицинские работники сами выставляют себя в негативном свете, укрепляя у пациентов отрицательное мнение о себе. Учитывая все эти факты, доктор должен неукоснительно соблюдать принципы этики и деонтологии, способствуя, тем самым, укреплению и увеличению значимости роли врача в современном обществе.

ВЛИЯНИЕ СПОРТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИЧЕСКИХ НОРМ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

**А.К. Ханчадаров, Ж.С. Симонян
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России**

Стоматологический факультет

Научные руководители:

доц. А.В. Гуськов, доц. Н.Е. Митин

Слово «Этика» произошло от древнегреческого слова «этнос» и первоначально означало «совместное жилище и правила, порождённые совместным житием, нормы, сплачивающие общество».

Со времен Аристотеля многое изменилось, но суть этого слова осталась той же. В каждом высшем учебном заведении существует свод этических норм и правил, утвержденных регламентом и подтвержденных ректором данного ВУЗа. Из-за важности будущей профессии и наличия большого количества занятий на клинических кафедрах, в медицинских ВУЗах данная колонка правил богаче, нежели в других учебных заведениях. Правила эти контролируют внешний вид студентов, их поведение во время учебного процесса, субординацию, политкорректность, их отношение к преподавателю, медицинскому персоналу, пациентам, друг к другу и т. д. Эти правила зачастую не соблюдаются, причин тому может быть много: веяния моды, юношеский максимализм, невоспитанность, да и собственная лень студента. Эти, своего рода, отвлекающие факторы не только оказывают негативное впечатление на окружающих, но и пагубно влияют на учебный процесс, а если брать дальше, то и на жизнь в целом.

Однажды, будучи на лекции, тема которой была связана со спортом, лектор, после сделанных им нескольких замечаний поднял шумного и неусидчивого студента, а затем спросил его: «Почему Вы не слушаете и не записываете лекцию? Мало того, вы мешаете мне - вашему педагогу и остальным студентам - вашим соратникам!». На что нарушитель учебной дисциплины дерзко ответил: «Мне это не нужно, я и так спортсмен». На лице лектора появилась ухмылка: «И чего же Вы достигли? В каких соревнованиях участвовали? Какого масштаба? Были ли Вами

заняты призовые места? А может, у вас есть спортивная степень?». Студент обомлел, и ни звука не вырвалось из его уст. Педагог продолжил: «Вы не спортсмен! Не могу отрицать, что Вы увлекаетесь спортом, может, даже у Вас это неплохо получается, но Вы не спортсмен. Спортсмен это тот, кто достиг некой вершины, кто реализовал свой труд и получил за это медаль. А самое главное - настоящий спортсмен это человек, уважающий своего тренера, свой коллектив, да и всех окружающих в принципе». Выскочка все остальное время лекции сидел тихо, но так и не осмелился извиниться.

Лектор был прав. Интересно получается, спортивная секция, какой бы она ни была, прекрасно проецируется на учебный процесс студента, где тренер - преподаватель, спортивный коллектив - одноклассники/однокурсники. Тренер, да и тренировочный процесс в целом увеличивают не только физические показатели спортсмена, но и его моральные качества.

На тренировках вырабатывается характер, выдержка, дисциплина, уважение к наставнику, пунктуальность и стремление к достижению новых вершин. Советский писатель исторического жанра Виктор Суворов однажды сказал: "Побеждает в этой жизни только тот, кто победил сам себя. Кто победил свой страх, свою лень, свою неуверенность". И вы представьте: студент, привыкший побеждать себя на спортивной секции каждую тренировку, будет адаптировать эту концепцию и в учебном процессе.

В работе с коллективом, действия которого направлены на достижения единой цели, дисциплина, безусловно, должна присутствовать. В понятие дисциплины входит: внешний вид (наличие соответствующей спортивной формы), пунктуальность, субординация и политкорректность. Тренеры годами вырабатывают ее у своих подопечных. И у каждого своя методика: отправка игрока на скамейку запасных, увеличение нагрузки дополнительными физическими упражнениями или даже отстранение от тренировок.

Многочисленные коллективные тренировки и стабильное прогрессирование в спорте вырабатывают у спортсменов стремление к постижению большего, завоеванию новых побед. Студенты - медики и практикующие врачи, в свою очередь, тоже не должны стоять на месте. Наука не стоит на месте, и чтобы

быть хорошим специалистом своего дела, нужно постоянно совершенствоваться.

Помимо всего выше перечисленного я не знаю такого вида спорта, в котором поощрялись бы вредные привычки. Курение и употребление алкогольных напитков пагубно влияют на организм человека. А так как для улучшения своих физических качеств и достижения побед нужен здоровый, крепкий организм, то употребление разного рода токсических веществ не приемлемо. Отказ от вредных привычек такого рода - это ясный, ничем не одурманенный ум и экономия денежных средств, что для студента немаловажно.

Студенты медицинских ВУЗов выбрали нелегкий путь, ведь медицина это отрасль не простая. Сложные предметы, монотонные лекции, стопки учебников, десятки страниц непонятной информации ежедневно, сменная обувь, халаты, колпаки, отработки и все преподаватели со своим подходом к делу. На фоне всего этого, студенты частенько возмущены и недовольны преподавателями. Причиной на то могут быть: неудовлетворительная оценка, порицательное высказывание, укоризненный взгляд и т.д. Как и в любом другом, в коллективе студентов-медиков возможны споры, недопонимания и даже стычки.

Большое количество этих стрессовых факторов крайне негативно влияют на психо-эмоциональное состояние студента. Весь этот негатив нужно куда-нибудь девать. Спорт выступает в этом случае неким ингибитором стресса. Смена обстановки отвлекает студента от учебного процесса. Физические тренировки и сопутствующая им кардионагрузка способствуют улучшению циркуляции крови и оттоку её от головного мозга.

Как бы ни был студент загружен учебным процессом, если он рационально распределит все свои дела, свободное время - у него найдутся возможности лучше его провести на спортивной секции, нежели на бестолковых тусовках.

Подытожив хотим сказать, что спортивная деятельность студента вырабатывает у него такие качества как: дисциплинированность, уважение к преподавателю и соратникам, стремление к росту, и отказ от вредных привычек. Занятия спортом оказывают студенту полную психо-эмоциональную разгрузку и выступают в роли мощного антидепрессанта.

**ФОРМИРОВАНИЕ (СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ)
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР**

**Г.А. Харченко, М.Ю. Клищенко, Д.А. Кузнецов
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра управления и экономики фармации
(Зав. кафедрой – доц. Д.А. Кузнецов)**

*Известный хирург-онколог Н.Н. Петров писал:
"Основная задача всякой медицинской деонтологии
лежит в том, чтобы постоянно
напоминать медицинским работникам, что медицина
должна служить пользе больных
людей, а не больные люди - пользе медицины.*

*Человек - высшая ценность из всех ценностей мира - таков
принцип гуманизма,
важнейший принцип медицинской деонтологии».*

Отношения медицинского персонала с пациентами – это особая сфера деятельности, на которую необходимо обращать особое внимание при обучении студентов-медиков. Особенность медицинской работы состоит в том, что она заключается во взаимодействии с больными людьми. Таким образом, уже на ранних этапах обучения студентов необходимо уделять особое внимание пониманию и усвоению принципов медицинской этики и деонтологии – важных аспектов успешной профессиональной подготовки к деятельности специалистов.

На кафедре УЭФ проходят обучение студенты высшего и среднего профессионального образования по специальности сестринское дело квалификациям академический бакалавр (код специальности 34.03.01) и медицинская сестра/медицинский брат (код специальности 34.02.01).

На протяжении дня именно медсестры многократно взаимодействуют с каждым больным (пациентом), так как многим больным необходимо вводить лекарство по нескольку раз в сутки, контролировать их состояние и т.д. Это способствует формированию особых отношений с пациентами.

Наиболее важной на сегодняшний день профессиональной характеристикой медицинского работника является психологическая составляющая, которая должна рассматриваться как одна из целей обучения в медицинских учебных заведениях.

Традиционная система обучения, с одной стороны, хорошо развивает память и аналитическую деятельность у студентов, с другой – недостаточно развивает творческую познавательную активность студентов.

Усвоение знаний и практических навыков – это, в первую очередь, труд самих студентов, их активная сознательная деятельность.

От преподавателя зависят организационные формы и методы обучения. Первый опыт применения деонтологических навыков студент получает в процессе наблюдения за деятельностью преподавателя. Важную роль в освоении деонтологических принципов играет разбор студентами жизненных ситуаций, предлагаемых преподавателями кафедры для рассмотрения. Разбирая различные профессиональные ситуации, происходящие с медицинскими сестрами в поликлиниках и больницах, студенты сами решают, кто прав в данной ситуации, выбирают, на чью сторону они становятся. Затем вместе с одногруппниками студенты обсуждают объективность данных ситуаций. Каждому студенту предлагается к рассмотрению индивидуальная задача, заключающаяся в оценке взаимоотношений со старшей медицинской сестрой в различных ситуациях, происходящих в отделении.

Обучению деонтологическим принципам на практических занятиях по курсу «медицинское и фармацевтическое товароведение» помогают ролевые игры, моделирующие процесс приемки товара – взаимоотношения со старшей медицинской сестрой, отношения с поставщиками. Составление ролевой игры самими студентами способствует развитию инициативы, общения в коллективе, творческих навыков, демонстрирует готовность к самообразованию.

Наибольший контакт с лекарственными средствами, медицинскими инструментами, приборами в отделениях имеют медицинские сестры, таким образом, изучая потребительские свойства этих товаров на практических занятиях студенты приобретают знания и умения о безопасности их использования,

эффективности применения, условиях хранения. Владея (обладая) этими знаниями сестринский персонал может правильно и доступно довести необходимую информацию до пациента и его родственников. В процессе преподавания медицинского и фармацевтического товароведения на практических занятиях, изучая средства санитарии и гигиены из резины, средства по уходу за больными, предлагается изучить ассортимент средств различных фирм, основы их использования по уходу за больными.

Чем большим объемом знаний обладает специалист, тем выше его профессиональные качества, а, следовательно, и этические принципы взаимоотношений с людьми.

Профессиональная деятельность медсестер подразумевает не только проведение пациентам медицинских манипуляций, но и активное и продолжительное общение с врачами, коллегами, пациентами и их родственниками.

Основная цель сестринского дела – улучшение качества ухода за пациентами, улучшение состояния здоровья каждого пациента

Медсестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции.

Для формирования этических и деонтологических принципов медицинского поведения у будущих медсестер необходимо воздействие различных форм обучения и постоянные тренинги. Таким образом, к моменту самостоятельной деятельности медсестры в определенной степени усвоят принципы и приобретут необходимые навыки этики и деонтологии, что поможет избежать конфликтов в дальнейшей профессиональной деятельности

Литература:

1. Кузнецов Д.А., Харченко Г.А., Семенова С.В., Клищенко М.Ю. Особенности преподавания дисциплины медицинское и фармацевтическое товароведение для иностранных студентов / Д.А. Кузнецов [и др.] // Реализация политики экспорта

образовательных услуг на со-временном образовательном пространстве: сборник материалов Всероссийской конференции с Международным участием / сост.: Ю.Ю. Бяловский, Л.В. Травина; под ред. д-ра мед. наук, проф. Р.Е. Калинина; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – С. 48-52

2. Харченко Г. А., Клищенко М. Ю., Семенова С.В. Информация о влиянии психологического фактора на работу провизоров / Г.А.Харченко, М.Ю.Клищенко, С.В.Семенова // Материалы ежегодной научной конференции, посвященной 70- летию основания Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова /под ред. Заслуженного работника высшей школы Российской Федерации, проф. В.А.Кирюшина; Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. – Рязань, 2013. - С. 323-325.

3. Харченко Г.А., Семенова С.В., Клищенко М.Ю. Мотивация и оценка качества обучения иностранных студентов по дисциплине «Медицинское и фармацевтическое товароведение» / Г.А.Харченко, С.В.Семенова, М.Ю.Клищенко // Учебные и организационно-методические аспекты обучения иностранных студентов: материалы III учебно-методической конференции. – Рязань, 2012 – с.

**ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ВРАЧА-ПСИХИАТРА.
ПРОБЛЕМА «СТИГМЫ» В ПСИХИАТРИИ
Е.А. Шитов, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, И.А. Федотов
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра психиатрии
(Зав. кафедрой – проф. Д.И. Шустов)**

Несмотря на развитие современной медицины, еще находятся люди, которые считают психические заболевания следствием воздействия потусторонних сил, наказания свыше, сглаза или порчи. Как следствие подобных представлений мы наблюдаем явление **стигматизации психических болезней** в обществе.

Стигматизация (греч. *stigma* — клеймо, пятно) — негативное социальное последствие диагноза психической болезни, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую. Порождает у заболевшего наряду с чувством стыда, вины, неуверенности, страха оскорбления стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и тем самым остаться в стороне от источников возможной поддержки (терапевтической, семейной, социальной).

Развитие этических норм в истории психиатрии

Психиатрия, по словам П.Б. Ганнушкина, долгое время была отделена от медицины. На всех этапах развития психиатрии ее теория и практика были тесно связаны не только с научными понятиями о психическом здоровье и болезни, с существующим законодательством, философией, моралью, но и предрассудками бытовавшими в свое время в обществе.

В Московском государстве в XVI—XVII веках отношение к психически больным, как пишет Т.И. Юдин, “...было довольно дифференцированным: одних почитали святыми прорицателями, других держали в поместьях для забавы, третьих посылали на костры, четвертых “для вразумления” в монастыри, наконец, немногих, социально опасных, бесодержимых держали в тюрьмах; безобидные больные при этом оставались на свободе”. Но даже такое положение больных в России было, по мнению автора, значительно гуманнее, чем в Западной Европе.

Гуманистические идеи в отечественной психиатрии имеют давние традиции. В дореволюционной России пионером общественной психиатрии был И.Ф. Рюль. Будучи “попечителем по нравственной части” дома умалишенных, он в 1832 г. разработал устав для психиатрической больницы “Всех скорбящих”. Свой гуманизм к душевнобольным И.Ф. Рюль выразил в эпиграфе к одной из своих книг: “Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека — рассудок, не отказывай подать ему руку благотворительной помощи и страшись не признать его себе подобным”. Примечательно, что эти слова, проникнутые чувством гуманизма к душевнобольным, были высказаны автором за два десятилетия до “эпохи Конолли”.

Значительный вклад в разработку правовых и нравственных проблем в области психиатрии внесли В.Ф. Саблер, П.П.

Малиновский, И.М. Балинский, С.С. Корсаков, П.П. Кащенко, В.И. Яковенко и другие психиатры. Особенно велики заслуги в этом деле С.С. Корсакова. Ученый, мыслитель, психиатр-гуманист, врач-общественник, он является одним из основоположников современной научной психиатрии. С.С. Корсаков высказал прогрессивную мысль о том, что многие психические заболевания человека излечиваются и имеют благоприятный исход. Для улучшения лечебного дела в больницах он предлагал ввести: систему морального влияния; систему нестеснения; систему открытых дверей; систему рабочего режима; систему постельного режима. По его замыслу, психически больные в лечебном учреждении должны получать необходимую нравственную опору и помощь, приобщаться к посильному умственному и физическому труду.

Было время, когда психиатрические больницы с постоянными решетками на окнах, закрытыми дверьми производили впечатление неприступных крепостей. Помещение в такую больницу принималось обывателями, как писал О. Бумке, за гражданскую смерть, “после которой не существует воскресения”. Он писал, что врач, дающий совет поместить больного в психиатрическую больницу, часто достигал только того, что в будущем от его помощи совсем отказывались.

В XX веке отношение к психически больным коренным образом изменилось. Появились новые формы психиатрической помощи, в том числе дневные стационары. В организации этих форм психиатрической помощи отражалось стремление создавать вокруг больного дружескую, поистине домашнюю обстановку и предоставить ему всевозможные удобства.

При организации новых форм стационарной помощи учитывается роль влияний среды на состояние больных. При направлении пациента в психиатрический стационар врач руководствуется положением, что чем раньше начать лечение, тем больше оснований полагать, что оно окажется наиболее действенным. Имеет значение и учет той социальной опасности, которую больной представляет для себя и окружающих.

Этика и деонтология врача психиатра. Современное состояние вопроса о добровольном и недобровольном лечении.

Несмотря на все перемены, которые происходят в психиатрической науке, в обществе все еще направление больного в психиатрическую больницу часто представляется и ему самому, и его родственникам крайне нежелательным. Они опасаются, что это скажется отрицательно на их дальнейшей жизни. Особенно это касается заболевших молодых людей. Нередко приходится наблюдать, как вследствие подобных установок родственников больные с выраженными суицидальными тенденциями, отказами от пищи по бредовым мотивам содержатся в домашних условиях, не получая надлежащей помощи. Пропускаются сроки лечения, и выжидание иногда приводит к трагическим последствиям. Жертвой такого выжидания становятся не только больные, но иногда и окружающие их близкие люди.

В своей работе современный врач – психиатр руководствуется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Закон о психиатрической помощи регламентирует порядок оказания психиатрической помощи, процедуру госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке и применение иных недобровольных мер медицинского характера.

Согласно законодательству, деонтологический подход к психически больному не исключает возможностей принуждения, когда дело идет о необходимости направления в психиатрический стационар. Перед госпитализацией больным разъясняют ее необходимость и лишь в случаях безрезультатности такого рода разъяснений применяют принуждение. С течением времени, когда состояние психического здоровья у них улучшается, больные сами начинают понимать необходимость стационарного лечения и перестают рассматривать его как покушение на их свободу.

Психически больной человек не всегда осознает, что он болен. В случаях состояний нарушенного сознания, переживания бреда и галлюцинаций, когда определяется неспособность пациента руководить своими действиями, и законодательно и этически возможно принудительное стационарирование. Известно, что направление психически больного в стационар иногда может носить драматический характер и тяжело переживается и самим больным, и его родственниками.

Преодоление «стигмы» в психиатрии

Для преодоления стигматизации психически больных важное значение имеют образовательные программы по психиатрии, проводимые как среди населения, так и среди медицинских работников. Нами установлено что базовые знания по психиатрии, полученные студентом медицинского ВУЗа играют важную роль в практической медицине, уменьшая возможность предвзятого отношения к пациентам, независимо от конкретной врачебной специальности. Информированность медицинских работников о душевнобольных позволяет более грамотно подходить к диагностике, терапии и профилактике психических расстройств. Поэтому развитие образовательных программ по психиатрии для студентов медицинских ВУЗов и врачей-интернистов, будет играть важную роль в дестигматизации психических расстройств и гуманизации отношения к душевнобольным.

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Е.А. Шитов, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, И.А. Федотов

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра психиатрии

(Зав. кафедрой – проф. Д.И. Шустов)

*...При всех прочих равных условиях
врач на голову в моральном отношении
выше представителей других специальностей
В.В.Вересаев – врач, прозаик, поэт-переводчик*

К людям, занимающимся медициной, к их нравственным качествам всегда предъявлялись повышенные требования.

Поэтому одна из основных задач ВУЗа (помимо образовательной) - сформировать нравственно и духовно развитого человека – будущего специалиста, уровень подготовки которого гармонично сочетает образованность, профессионализм, духовность, нравственную воспитанность. Заложить в будущем враче осознанную потребность в нравственном

совершенствовании, укрепить его веру в возможность использования знаний во благо человека, убедить его в существовании четких критериев зла и добра, порока и добродетели, преступления и подвига, бесчестия и достоинства, беззакония и закона, произвола и свободы.

Духовно - нравственная культура врача - это не просто заслуживающее уважение свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм.

Особенно важны нравственные качества у врача, работающего в психиатрии. Ведь, зачастую, врач-психиатр работает и оказывает помощь лицам, не способным отдавать отчет о состоянии своего здоровья. Такие больные представляют угрозу для себя (суицидальные, депрессивные больные; беспомощные больные, страдающие слабоумием) или для окружающих (психотические, агрессивно настроенные, параноидные пациенты).

Законодательная база психиатрической помощи

В своей работе врач-психиатр руководствуется современным законодательством. Прежде всего «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». «Закон о психиатрической помощи...» регламентирует порядок оказания психиатрической помощи, процедуру госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке и применение иных недобровольных мер медицинского характера.

Согласно законодательству, деонтологический подход к психически больному не исключает возможностей принуждения, когда дело идет о необходимости направления в психиатрический стационар. Перед госпитализацией больным разъясняют ее необходимость и лишь в случаях безрезультатности такого рода разъяснений применяют принуждение. С течением времени, когда состояние их психического здоровья улучшается, больные сами начинают понимать необходимость стационарного лечения и перестают рассматривать его как покушение на свою свободу.

Психически больной человек не всегда осознает, что он болен. В случаях состояний нарушенного сознания, переживания бреда и галлюцинаций, когда определяется неспособность пациента руководить своими действиями, и законодательно и этически возможно принудительное стационарирование. Известно,

что направление психически больного в стационар иногда может носить драматический характер и тяжело переживается и самим больным, и его родственниками.

Преодоление стигмы в психиатрии

Несмотря на развитие современной медицины и, в том числе, психиатрии, в сознании некоторых людей еще живут такие представления о психиатрии и психических заболеваниях, которые, казалось бы, давно отжили свое. В настоящее время еще находятся люди, которые считают психические заболевания следствием воздействия потусторонних сил, наказания свыше, сглаза или порчи. Все еще среди некоторой части населения наблюдается неверие в лечение психически больных, предрассудки в суждениях о психических болезнях. Такие представления, по нашим наблюдениям, характерны и для студентов, обучающихся в медицинском ВУЗе. Как следствие подобных представлений мы наблюдаем явление стигматизации психических болезней в обществе.

Стигматизация (греч. *stigma* — клеймо, пятно) — негативное социальное последствие диагноза психической болезни, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую. Это порождает у заболевшего наряду с чувством стыда, вины, неуверенности, страха оскорбления стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и тем самым остаться в стороне от источников возможной поддержки (терапевтической, семейной, социальной).

Для преодоления стигматизации психически больных важное значение имеют образовательные программы по психиатрии, проводимые как среди населения, так и среди медицинских работников. Нами установлено, что базовые знания по психиатрии, полученные студентом медицинского ВУЗа, играют важную роль в практической медицине, уменьшая возможность предвзятого отношения к пациентам, независимо от конкретной врачебной специальности. Информированность медицинских работников о душевнобольных позволяет более грамотно подходить к диагностике, терапии и профилактике психических расстройств. Поэтому развитие образовательных программ по психиатрии для студентов медицинских ВУЗов и врачей-интернистов, будет играть важную роль в

дестигматизации психических расстройств и гуманизации отношения к душевнобольным.

Развитие этических норм в истории психиатрии

Занимаясь совершенствованием нравственного облика наших выпускников – психиатров, мы уделяем большое значение нелегкому пути развития психиатрии как медицинской науки. Ведь психиатрия, по словам П. Б. Ганнушкина, долгое время была отделена от медицины. Многие столетия основной задачей «психиатрических больниц» была изоляция психически больного от общества, а не помощь ему. На всех этапах развития психиатрии ее теория и практика были тесно связаны не только с представлениями о психическом здоровье и болезни, но и с существующим законодательством, философией, моралью, а также предрассудками, бытовавшими в свое время в обществе.

В Московском государстве в XVI—XVII веках отношение к психически больным, как пишет Т.И. Юдин, “...было довольно дифференцированным: одних почитали святыми прорицателями, других держали в поместьях для забавы, третьих посылали на костры, четвертых “для вразумления” в монастыри, наконец, немногих, социально опасных, бесодержимых держали в тюрьмах; безобидные больные при этом оставались на свободе”. Но даже такое положение больных в России было, по мнению автора, значительно гуманнее, чем в Западной Европе.

Гуманистические идеи в отечественной психиатрии имеют давние традиции. В дореволюционной России пионером общественной психиатрии был И.Ф. Рюль. Будучи “попечителем по нравственной части” дома умалишенных, он в 1832 г. разработал устав для психиатрической больницы “Всех скорбящих”. Свой гуманизм к душевнобольным И.Ф. Рюль выразил в эпиграфе к одной из своих книг: “Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека — рассудок, не отказывай подать ему руку благотворительной помощи и страшись не признать его себе подобным”. Примечательно, что эти слова, проникнутые чувством гуманизма к душевнобольным, были высказаны автором за два десятилетия до “эпохи Конолли”.

Значительный вклад в разработку правовых и нравственных проблем в области психиатрии внесли В.Ф. Саблер, П.П. Малиновский, И.М. Балинский, С.С. Корсаков, П.П. Кащенко, В.И. Яковенко и другие психиатры. Особенно велики заслуги в

этом деле С.С. Корсакова. Ученый, мыслитель, психиатр-гуманист, врач-общественник, он является одним из основоположников современной научной психиатрии. С.С. Корсаков высказал прогрессивную мысль о том, что многие психические заболевания человека излечиваются и имеют благоприятный исход. Для улучшения лечебного дела в больницах он предлагал ввести: систему морального влияния; систему нестеснения; систему открытых дверей; систему рабочего режима; систему постельного режима. По его замыслу, психически больные в лечебном учреждении должны получать необходимую нравственную опору и помощь, приобщаться к посильному умственному и физическому труду.

Было время, когда психиатрические больницы с постоянными решетками на окнах, закрытыми дверьми производили впечатление неприступных крепостей. Помещение в такую больницу принималось обывателями, как писал О. Бумке, за гражданскую смерть, “после которой не существует воскресения”. Он писал, что врач, дающий совет поместить больного в психиатрическую больницу, часто достигал только того, что в будущем от его помощи совсем отказывались.

В XX веке отношение к психически больным коренным образом изменилось. Появились новые формы психиатрической помощи, в том числе дневные стационары. В организации этих форм психиатрической помощи отражалось стремление создавать вокруг больного дружескую, поистине домашнюю обстановку и предоставить ему всевозможные удобства.

При организации новых форм стационарной помощи учитывается роль влияний среды на состояние больных. При направлении пациента в психиатрический стационар врач руководствуется положением: чем раньше начато лечение, тем больше оснований полагать, что оно окажется наиболее действенным. Имеет значение и учет той социальной опасности, которую больной представляет для себя и окружающих.

Заключение

Таким образом, мы используем комплексный подход к воспитанию нравственного облика наших выпускников, намеревающихся выбрать профессию психиатра. Мы учитываем не только современные научные представления о психических болезнях и основы законодательства в психиатрии, но и

исторический аспект развития взглядов на психически больных людей. Это позволяет нам воспитать не только образованных и грамотных специалистов, но, прежде всего, духовно богатых и нравственно одаренных врачей-психиатров.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И.А.Шмелев, О.Е. Коновалов

**Самарский государственный медицинский
университет, г.Самара**

Российский университет дружбы народов, г.Москва

К медицинской услуге, имеющей своей целью оказание медицинской помощи пациенту, российским законодательством предъявляется требование полноты осуществления сторонами договора своих обязанностей. Так, пациент должен соответствующим образом информировать сотрудников медицинского учреждения о состоянии своего здоровья и соблюдать все назначенные предписания. Персонал медицинской организации, в свою очередь, обязуется предоставить пациенту медицинскую помощь необходимого объема и качества.

В этой связи понятие «качество медицинской помощи» трактуется очень широко и характеризуется рядом признаков, одним из которых является удовлетворенность пациента качеством медицинских услуг.

При разработке национальной политики в области охраны здоровья населения основные усилия организаторов здравоохранения обычно сосредоточивались на решении проблемы финансирования здравоохранения и изменении структуры предоставления медицинских услуг. В настоящее время все большее признание получает тот факт, что реформы здравоохранения должны быть направлены также на повышение качества и эффективности медицинской деятельности. В этой связи на смену некогда почтительному отношению к мнению специалистов о наиболее оптимальных формах и методах предоставления медицинских услуг, приходит растущее признание необходимости учета мнений граждан.

Несмотря на всю важность проблемы качества медицинской помощи, она остается на сегодняшний день одной из трудно решаемых. Это связано с многомерностью данной величины, включающей в себя такие показатели, как квалифицированность, своевременность, доступность, соответствие медико-экономическим стандартам достижения конечного результата лечения.

Исследование уровня удовлетворенности медицинской помощью, соотнесенного с имеющимися потребностями населения, является важной социальной компонентой оценки деятельности учреждений здравоохранения. Сохраняющееся в обществе недовольство медицинским обслуживанием требует активизации исследовательских усилий в области унификации понятия удовлетворенности медицинской помощью. В настоящее время отсутствует единство взглядов на определение критериев и факторов, оказывающих наиболее сильное влияние на формирование удовлетворенности пациентов.

Обращение к общественному мнению позволяет выявить проблемы, которые не доступны для отражения сухими цифрами официальной статистики, а главное - установить причинно-следственные связи. Сумма субъективных оценок, получаемая на правильно структурированных репрезентативных выборках, открывает арсенал скрытых возможностей для совершенствования деятельности учреждений с учетом реальных потребностей пациентов.

Понятие термина удовлетворенности нами определялось как установка, формирующаяся под влиянием представлений пациентов о том, какими характеристиками должна обладать медицинская помощь, и личных оценок этих характеристик. В ходе исследования было проведено анонимное анкетирование 624 женщин-жительниц г. Самары репродуктивного возраста.

Удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг изучалась на основании данных социологического опроса. Анкета состоит из 39 вопросов. Используемые критерии качества услуг, были сгруппированы в оценочные факторы: доступность, коммуникабельность,

компетентность, обходительность, доверительность, надежность, отзывчивость; безопасность и понимание пациента. В результате установления взаимосвязей между отдельными критериями они были объединены в следующие блоки: демографическая и социальная характеристика пациенток, репродуктивное поведение женщин, удовлетворенность оказываемой им акушерско-гинекологической помощью, информированность пациенток о предоставляемых медицинских услугах и об их правах при получении медицинской помощи.

Существенным фактором, формирующим уровень общей удовлетворенности, является состав контингента, участвующего в опросах (чаще всего это население, опрашиваемое по месту жительства или работы, а также пациенты, находящиеся на лечении или заканчивающие его). Различия по уровню удовлетворенности этих групп респондентов существенны, т.к. их мнение формируется под влиянием разных источников.

Большое значение в оценке различных позиций качества оказываемой медицинской помощи является уровень образования пациентов. Следует отметить, что подавляющее большинство женщин имели высокий уровень образования. Так, более половины респондентов (67,3%) - имели высшее образование и одна пятая часть (20,2%) - среднее специальное. Небольшая доля приходилась на женщин с неоконченным высшим, общим средним и неполным средним образованием.

Социальное положение опрошенных было весьма разнообразным. Чаще всего в опросе принимали участие служащие бюджетной сферы - 36,5%, наемные рабочие коммерческих структур - 26,4% и домохозяйки - 16,8%. Реже встречались рабочие промышленных предприятий (11,5%), примерно равное число учащихся (2,9%) и безработных (2,4%), в единичных случаях предприниматели-бизнесмены (1,9%), а также неработающие по инвалидности - 0,5%.

Как внимательное отношение к себе медицинского персонала в женской консультации оценили 66,8% женщин, как невнимательное - 8,3% и затруднились с ответом - 24,9%. Следует отметить, что пациентки всех

возрастных групп одинаково часто считали отношение персонала женской консультации внимательным - от 65,9 % до 69%. Исключение составили респонденты в возрасте до 20 лет, которые только в 50% случаев дали положительную характеристику взаимоотношения с медицинскими работниками женской консультации.

В целом удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в женской консультации остались 54,1% пациенток, скорее удовлетворены, чем нет - 31,1%, скорее нет, чем да - 13,8%, не удовлетворены - 1,0% (рис. 1).

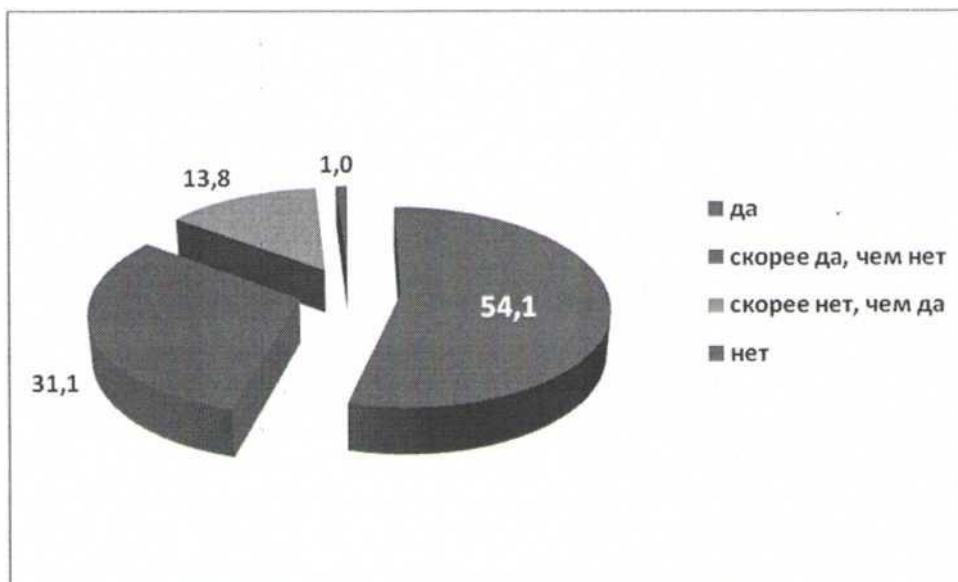


Рис. 1. Распределение женщин по удовлетворенности качеством медицинской помощи в женской консультации (в %)

Как показал опрос, самостоятельно выбрали данный роддом 62,3% пациенток, 37,7% попали в него по направлению. Отношение медицинского персонала в роддоме 62,5% опрошенных оценили как внимательное. 11,8% - как невнимательное, не смогли ответить на данный вопрос - 25,7%. Чаще всего положительную оценку давали женщины в возрасте 40-49 лет - в 81,3% случаев и значительно реже в возрасте 30-39 лет - в 57,4%.

На мнение пациенток об отношении к ним медицинского персонала роддома оказывало влияние их уровень образования. Самыми довольными оказались респонденты с высшим - в 69,4% и редко довольными женщины с неполным средним образованием - в 33,3% случаев.

Качеством оказания медпомощи в родильном доме в целом

остались удовлетворены 51,1% пациенток, скорее удовлетворены, чем нет - 30,1%, скорее нет, чем да - 9% и не удовлетворены - 9,8% (рис. 2).

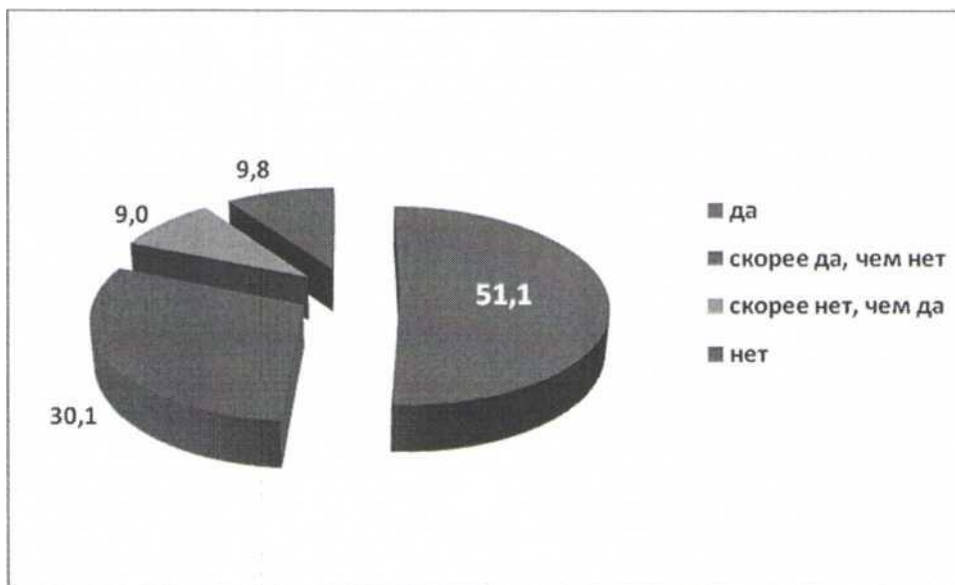


Рис. 2. Распределение женщин по удовлетворенности качеством медицинской помощи в родильном доме (%)

Практический интерес представляет проведение такой оценки в зависимости от характера выбора данного родовспомогательного учреждения - самостоятельно или по направлению. При суммировании положительных ответов («да» и «скорее да, чем нет») группы не имели достоверных **различий** – соответственно 83,5% и 78% . Вместе с этим, при анализе частоты только ответов «да» было установлено достоверно больше таких ответов при самостоятельном выборе родильного учреждения - 54,4% против 44% ($p < 0,05$).

Согласно полученным данным, 51,1% опрошенных женщин уверены, что при необходимости защиты прав пациентов (в случае их нарушении в процессе оказания медицинской помощи) нужно обращаться к руководству медицинского учреждения, 30,3% считают, что следует обращаться с жалобами в страховые медицинские организации, 10,1% - к юристам, 8,5% - в суд (рис. 3).

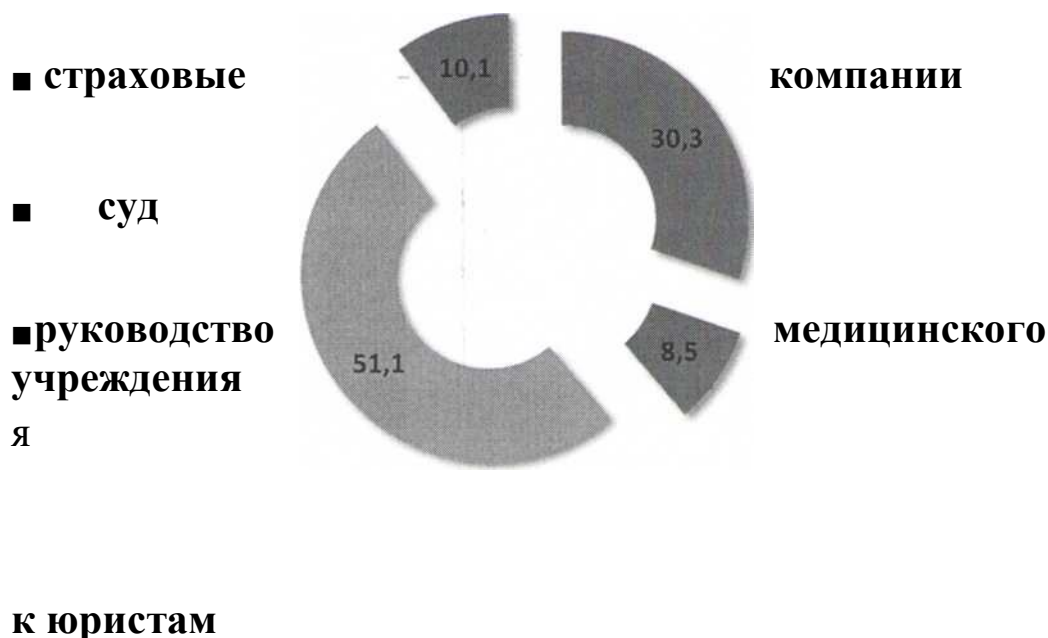


Рис. 3. Распределение женщин по месту обращения с жалобами на нарушение прав пациентов при оказании медицинской помощи (в %)

Установлено, что среди женщин преобладало мнение о необходимости защищать права пациента путем обращения к руководству медицинской организации. Довольно распространенным было мнение о необходимости обращения с указанной целью в страховые компании.

Анализ показал, что обращение в страховые компании предлагали 60% женщин, имеющих неполное среднее образование, около 40% - общее и специальное среднее, 27% - высшее образование; к руководству медицинских учреждений – 81, 8% лиц, имеющих незаконченное высшее образование, 60% - незаконченное среднее, 53,2% - высшее образование. Обращения в суд отметили 20% пациенток с неполным средним образованием, к юристам – 19,4% женщин со средним специальным образованием (табл.1).

В результате опроса установлено, что 73,7% пациенток считают необходимым создание консультативной службы по этико-правовым вопросам для пациентов и их семей, 11,6% такой необходимости не видят, 14,6% затрудняются ответить. Положительно отнеслись к данной идее 79,5% женщин со средним специальным образованием, 75,2% - с

высшим, около 60% - с общим средним и неоконченным высшим и только 40% - с неполным средним уровнем образования.

Таблица 1

Распределение женщин по месту обращения с жалобами на нарушение прав пациентов при оказании медицинской помощи в зависимости от уровня их образования (в %)

Варианты ответов	Уровень образования					Итого
	Неполное	Общее среднее	Среднее специальное	Неоконченное	Высшее	
В страховые медицинские	60,0*	40,0*	41,7	9Д	27,0	30,3
В суд	20,0	-	2,8	9,1	10,3	8,5
К руководству медицинским	20,0	60,0*	36,1	81,8*	53,2	51,1
К юристам	-	-	19,4	-	9,5	10,1

* межгрупповые различия достоверны, $p < 0,05$

Жалобы по поводу качества оказания акушерско-гинекологической помощи возникли у 21,3% опрошенных лиц. В основном, это были женщины в возрасте 20-29 и 30-39 лет, с высшим (61,9%) и средним специальным (19%) образованием.

Таким образом, в целом пациентки были удовлетворены оказываемой им медицинской помощью в женской консультации и родильном доме. При этом, они имели возможность выбирать врача в женской консультации, а помощь, оказанная в данном учреждении, вполне соответствовала их индивидуальным нуждам. Как положительные моменты назывались возможность получения квалифицированной помощи, контакта с врачом по мере необходимости. Вместе с этим, около трети женщин не были удовлетворены получаемой информацией о диагнозе, методах обследования, течении заболевания, лечении и побочных действиях лекарственных препаратов. Следует отметить, что лишь немногие пациентки в полной мере знали о правах,

защищающих их интересы.

ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА

Н.В. Яковлева

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кафедра общей психологии с курсом педагогики

(Зав. кафедрой – доц. Н.В. Яковлева)

Общение врача и больного во все времена было важной частью лечебного процесса. Знания механизмов и закономерностей общения, коммуникативные навыки и умения позволяют сделать процесс взаимодействия врача с больным эффективно управляемым. Именно поэтому психология общения - важная составляющая психолого-педагогической подготовки будущих специалистов, которая в соответствии с федеральным образовательным стандартом осуществляется в курсе «Психология и педагогика». Курс предполагает тренинг коммуникативных навыков, тренинг первого впечатления, тестирование своих коммуникативных способностей и многое другое.

Однако знания основ межличностного общения – это только начало. Врач, в целях профилактической работы, взаимодействует с большими группами людей. Он должен быть хорошим оратором, владеть приемами психологического влияния и саморегуляции.

В Рязанском государственном медицинском университете им. И.П. Павлова в программу последипломного обучения студентов включен модуль - тренинг «Школа лектора». Цель тренинга – формирование у студентов навыков свободного владения устной речью, необходимых для решения задач профилактики и пропаганды здорового образа жизни.

Тренинг публичного выступления включает два компонента: выступление с речью каждого обучающегося и обсуждение речи группой. Тема выступления произвольная, определяется самим оратором. Произнесение речи ограничивается пятью минутами – выступающий должен уметь правильно и четко распределить все элементы структуры текста и уложиться в указанное время. Теоретические знания, необходимые для подготовки к эффективному выступлению, врачи получают на лекционных занятиях, предусмотренных программой курса. Обучающиеся анализируют выступления своих однокурсников по следующим параметрам: выбор темы; структура речи; содержание речи; контакт с аудиторией; культура речи; внешний облик оратора. Каждый участник в процессе тренинга выступает в двух ролях: оратора и слушателя, анализирующего выступление, что помогает ему обращать внимание на устную речь других людей, соотносить их достоинства и ошибки в публичных выступлениях с собственной речью, осуществлять внутреннее ее регулирование. Итогом анализа и оценки выступления является вывод о том, каковы его положительные и отрицательные стороны, что оратору необходимо учесть и исправить в последующей практике.

Проведение тренингов публичных выступлений со студентами медицинских факультетов на протяжении 6-ти лет, с молодыми врачами дает положительные результаты. Студенты и специалисты, освоившие модуль «Школа лектора» демонстрируют более высокий уровень ораторского мастерства, чувствуют себя уверенно и свободно, общаясь с аудиторией.

Знание основ психологии не прямолинейно определяет на поведения человека, но все же задает другие, более гуманные и ценностно-ориентированные модели профессионального поведения. Этот процесс педагогического влияния называется воспитанием через содержание дисциплины.

Мы надеемся, что студенты и молодые врачи, прошедшие циклы психолого-педагогической подготовки в стенах Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, будут строить свое профессиональное поведение с опорой на нравственные и моральные ценности. Для этого у них есть и возможности и способности.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВЫХ КОМУНИКАЦИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ

Н.О. Яковленко

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Педиатрический факультет

Научный руководитель: доц. Г.С. Огрызкова

Информационный век или Век информационных технологий – именно так характеризуют ученые XXI столетие. Живя в современном мире, мы постоянно сталкиваемся со средствами массовой информации (СМИ). Они настолько прочно вошли в нашу жизнь, что уже трудно представить наше существование без них. Для каждого из нас стало абсолютно обыденным смотреть новости по различным телеканалам, узнавать прогноз погоды или счет любимой футбольной команды в Интернете, слушать радио по дороге на работу или в институт. С помощью средств массовой коммуникации (СМК) мы можем оплатить любую услугу, записаться на прием к врачу, найти работу, пообщаться с друзьями и коллегами. Даже президент выкладывает новые Указы в социальные сети. Да, и церковь активно использует возможности XXI века, проповедуя основы религии. Одним словом, возможности СМИ и СМК – безграничны.

Но каково же влияние СМИ на формирование общественного сознания? Какова роль СМИ в современном мире?

Этот вопрос стал волновать ученых примерно с 20-х годов прошлого века. Так, например, Г. Лассуэл и У. Липпман в своих теориях пропаганды пытались ответить на вопрос о том, как повлиять и убедить тысячи и миллионы людей принять серьезные решения. Сегодня же проблема влияния СМИ на общественное сознание особенно актуальна, так как отсутствует контроль над использованием средств массовой информации, что, в свою очередь, сказывается на формировании морально-нравственных ценностей и отношении общества к жизни в целом.

Безусловно, можно выделить ряд положительных факторов влияния СМИ на общество. Это: безграничный океан информации для расширения кругозора, возможности реализации творческого потенциала, карьерного роста, доступ к различным

услугам, а так же общение и развлечения. Но особенно остро стоит вопрос о негативном влиянии. СМИ является неким посредником между сознанием человека и объективной реальностью. Возникает вопрос: СМИ отражают или создают новую реальность? Ответить на этот вопрос можно, проанализировав отрицательные стороны. На 1-ое место я бы поставила, прежде всего, угрозу информационных войн. Чего только стоит вспомнить пример событий августа 2008 года. Из-за того, что мировые СМИ представили Россию напавшей на Южную Осетию, чуть не началась полномасштабная война! На следующее место я бы поставила угрозу интернет-зависимости личности и влияние на психическое здоровье, далее – пропаганда международной преступности и терроризма, а также угроза деструктивных процессов в ценностных системах общества. Это далеко не полный перечень угроз. Особое значение имеет влияние СМИ на формирование общественного сознания молодежи. Например, имидж, как один из способов формирования общественного сознания, создается путем навязывания определенных ассоциаций, он всегда связан с воображением. Имидж создает реальную социально-психологическую установку, определяющую поведение человека по отношению к объекту. И, поскольку он воздействует на психику человека, следовательно, легко воспринимается, запоминается и потому часто используется в рекламе. Имидж можно эффективно использовать как средство пропаганды, как инструмент управления сознанием.

В нашем ВУЗе было проведено социологическое исследование на тему доверия студентов к СМИ с целью выяснить наиболее значимые каналы влияния на общественное сознание молодежи. В исследовании приняло участие 157 студентов разных курсов. Анкетирование проводилось очно и в социальных сетях. Общероссийское исследование по данной проблематике было проведено ВЦИОМ 2-3 мая 2015г.

В результате исследования выяснилось, что главным источником информации о событиях в стране является телевидение (36,94%). Этот же ответ был преимущественным и по данным ВЦИОМ (2015 г.-60%). Следующим значимым источником информации является интернет. Примерно одинаковое положение занимают социальные сети (25, 48%) и интернет-новостные сайты (27,48%), чего нельзя сказать о

результатах 2015 года, где интернет-новостные сайты и социальные сети составили около 16% и 6% соответственно, Видимо это связано со спецификой исследуемой возрастной группы, так как молодежь является активным пользователем сети интернет. Некоторые из результатов данного исследования свидетельствуют о том, что постепенно растет процент недоверия к зарубежным СМИ, если в 2015 году он составлял 22%, то среди студентов нашего ВУЗа он приблизился к 57%. Необходимо отметить, что большее доверие вызывают центральные средства массовой информации, нежели региональные.

Таким образом, мы видим, что СМИ оказывают огромное влияние на формирование общественного сознания, особенно молодежи. В последнее время заметно возросло влияние всевозможных интернет-сайтов, что вызывает у общества определенные опасения, из-за сложности контроля за информацией в интернет-сетях, а необходимость такого контроля со стороны государства в условиях демократии является предметом широкой дискуссии.

Содержание

Акульшин П.В. Медицинский долг и патриотизм (медики-Герои Советского Союза)	3
Алексухина Ю.С. Этические проблемы эвтаназии	8
Аникина Н.В. Этические аспекты платной и бесплатной медицины	11
Архипова Е.С., Грозовская М.П., Сперанский А.В. Оценка качества оказания услуг медицинских организаций в амбулаторных условиях	15
Афони娜 Н.А. Морально-правовые аспекты врачебной тайны	20
Баковецкая О.В., Бабкина Н.Г., Меркулова М.А. Воспитание духовно-нравственных начал личности студентов в процессе приобщения к краеведческому материалу	25
Баковецкая О.В., Меркулова М.А., Степура Е.Е. Формирование биоэтических принципов в преподавании биологии	27
Белова Н.А., Белова О.О., Таланова Л.Е. Мотивация профессиональной деятельности и формы психолого-педагогического сопровождения профессионального становления студентов-психологов	28
Боровикова Н.А. Этические аспекты производства лекарственных препаратов	31
Власов В.И. Человек как предмет врачевания и воспитания	34
Глотов С.И., Власов В.И., Рыбаков В.Е. Вопросы этики в воспитании врача-специалиста	41
Давыдов В.В., Шустова С.А., Лобанов С.П., Филатова Т.Е. Некоторые проблемы воспитательного процесса в современных медицинских вузах	48
Давыдов В.В., Матвеева И.В. Использование деонтологических принципов при обучении студентов на кафедре биологической химии	54
Добин В.Л. Современные особенности взаимоотношений больного и врача в клинике туберкулёза	57

Ефратов А.Ю., Шатрова Н.В. Юридические и этические аспекты оказания первой помощи	67
Жукова Л.Н. СМИ и медицина: морально-этические проблемы	72
Илюкина А.О. Почему мы выбираем профессию врача: до и после 18?	76
Инкина В.А. Проблемы биоэтической регуляции медицинской деятельности	79
Кавгиев Р.С., Малыгин А.А., Чупахин А.К. Натуралистическо-прагматический подход в медицинской этике: его последствия и результаты	82
Р.Е.Калинин, В.А.Кирюшин, Н.А.Козеевская Профессиональные династии в медицине и здравоохранении. История РязГМУ в лицах: медицинские династии вуза	92
Камаев А.А. Этика и деонтология в сосудистой хирургии: взгляд молодого врача	97
Курсанова И.В. Воспитание специалиста через общественную работу	100
Кирюшин В.А., Сафонкин С.В., Моталова Т.В. Вопросы медицинской деонтологии в подготовке врачей медико-профилактического профиля	102
Клейменова О.А. Этико-деонтологические аспекты взаимоотношений врача и пациента	110
Клушина И.В., Пронина Н.А., Панькова Т.И. Представления о профессиональной медицинской тайне средних медицинских работников в современном обществе	112
Коваленко Т.А., Григорьева И.В. Этический кодекс как основа воспитательного процесса и профессиональной деятельности провизора	114
Кокина Д.Г. Формирование профессиональной этики провизора при обучении	117
Коноплева В.И., Евдокимова О.В., Гусева Т.М. Соблюдение принципов медицинской деонтологии в бактериологии	121
Крапивникова О.В., Трухина Н.Е. Предметная олимпиада как средство разностороннего развития студента	124

Кудряшова Д.А., Филатова Т.Е. Николай Андреевич Белоголовый – врач, общественный деятель, писатель, публицист. Страницы жизни	129
Кузнецова В.В. Биоэтика. Альтернативы экспериментам на животных	130
Куликов Е.П., Судаков И.Б., Судаков А.И. Эволюция деонтологических взглядов в онкологии	134
Лапкин М.М., Трутнева Е.А., Бирченко Н.С., Куликова Н.А., Акулина М.В. Формирование основ деонтологии у студентов-медиков при изучении нормальной физиологии	145
Ларинский Н.Е. «Совесть русской хирургии» (о хирурге А.В. Мартынове)	148
Максаев Д.А. Этический кодекс университета.....	154
Митина Е.Н., Бороздин А.В. Значение волонтерской деятельности в развитии личности студента-стоматолога	158
Насибян Г.А. Этические и деонтологические аспекты обучения у постели больного	160
Натальская Н.Ю. Деонтология и воспитательная работа на кафедре госпитальной терапии: прошлое и настоящее	162
Ногаллер А.М. О медицинской деонтологии и гомилетике	165
Попко Н.А. Особенности формирования эмоционального контакта с онкологическим больным	168
Рахманкина М.А., Царёва О.А., Камаева С.А. Роль гуманитарных наук в становлении нравственности будущего врача	172
Самойлов Н.Г., Алёшичева А.В. Гуманность в профессиональной деятельности врача	175
Самохвалова А.Д. Этическое и правовое регулирование в сфере распространения фармацевтической информации	177

Сметанина Г.П., Сметанин В.Н. Вопросы этики и деонтологии в постдипломном образовании специалистов среднего звена различных сфер медицинской деятельности	180
Тихонов В.Э., Митин Н.Е. К вопросу необходимости соблюдения принципов этики и деонтологии во взаимоотношениях врач-врач, врач-пациент	184
Ханчадаров А.К., Симонян Ж.С. Влияние спорта на формирование этических норм у студентов медицинских вузов	187
Харченко Г.А., Клищенко М.Ю., Кузнецов Д.А. Формирование (совершенствование) деонтологических навыков у медицинских сестёр	190
Шитов Е.А., Шустов Д.И., Меринов А.В., Федотов И.А. Этика и деонтология врача-психиатра. Проблема «стигмы» в психиатрии	193
Шитов Е.А., Шустов Д.И., Меринов А.В., Федотов И.А. Духовно-нравственные проблемы современного врача-психиатра	197
Шмелев И.А., Коновалов О.Е. Этико-правовые аспекты оказания акушерско-гинекологической помощи	202
Яковлева Н.В. Обучение профессиональной коммуникации в психолого-педагогической подготовке врача	209
Яковленко Н.О. Влияние средств массовых коммуникаций на формирование общественного сознания	211
Содержание	214