

Л.А. Пиріг

Національна медична академія
післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ ТА ЇЇ ЗАСАДИ В КЛІНІЧНІЙ НЕФРОЛОГІЇ

Резюме

Представлено погляд автора на поняття «біоетика», «медична деонтологія», «медична етика», «медична деонтологія у клінічній нефрології».

Ключові слова

Біоетика, медична деонтологія, медична етика, нефрологія.

Сучасне поняття «біоетика» у ХХ столітті було зароджене під назвою «деонтологія». У «Словнику іншомовних слів» (К., 1974) деонтологія розшифровується як «розділ етики, що вивчає проблеми обов'язку, сферу обов'язкового, всі форми моральних вимог та співвідношення їх». Тобто, поняття «деонтологія» може стосуватися усіх галузей діяльності людини, усіх професій, усіх сфер життя людини. Найчастіше це поняття прив'язувалося до медичної спеціальності, і рідко хто із авторів публікацій вживав його у поєднанні, як належало, зі словом «медична».

А.Ф. Білібін [1], оминувши слово «медична», заявив: «Деонтологію можна вважати втілену в повсякденну роботу лікаря філософію медицини, тобто світогляд у поєднанні з етикою».

Зрідка у публікаціях траплялося зустріти поняття «медична етика», але остаточно, завдяки В.Р. Поттеру [24], укорінилося поняття «біоетика», яке вживається, не викликаючи ні у кого сумнівів і заперечень, виключно у поєднанні з медициною. Хоча це поняття повинно стосуватися не тільки людини, її здоров'я і життя, а всієї живої природи на Землі, яка страждає від винахідливої діяльності сучасної людини.

В «Українській радянській енциклопедії» (1960-1964) поняття «деонтологія», «біоетика» не значаться. В «Енциклопедії сучасної України» з початком ХХІ ст. ці поняття мають місце. Біоетика (Ю.І. Кундієв) знову ж таки розглядається дотично до медицини (якщо стосовно тварин, то використання їх у медичних експериментах). У статті «Деонтологія» (Л.А. Пиріг) виділено окремо медичну деонтологію.

Доцільно, якщо вести розмову про належну медичну допомогу людині, про збереження

її життя, користуватися поняттями «медична деонтологія» чи «медична етика».

У давні часи ставали цілителями-лікарями особи за покликанням. Сьогодні лікарська спеціальність — одна із галузей заробітку. Щоб лікар зберіг і не втратив етичності при контакті з пацієнтом, опрацьовані і прийняті «Етичні кодекси» (в Україні — 2009 р.). Це необхідно. Але, як висловився В. Б'єганьскі [25]: «Деякі лікарі пробують втілити лікарську етику в певні настанови, формулювання, параграфи. Одначе вважаю, що настанови ці назавжди залишаться мертвою буквою, якщо не будуть народжуватися з власного почуття лікаря, з ідеалів, які повинні опромінювати нашу діяльність». Він вважає, що «медицина народилася з недолі, а її хресними були милосердя і співчуття. Без зародка філантропії медицина була б найпосполітшим, а може, й гидким ремеслом».

На жаль, в Україні у зв'язку з недержавницьким ставленням до охорони здоров'я, незабезпеченням медичної допомоги технічними, медикаментозними засобами, у зв'язку з низьким оцінюванням діяльності медиків медицина стає «малоприбутковим ремеслом», при занятті яким медик втрачає почуття милосердя, співчуття до хворої людини. Чи за нинішніх обставин лікар відповідає вимозі: «... лікареві необхідно не тільки знати (пізнавати), й збагнути, тобто не лише розуміти, але й при цьому ще відчувати» [1]. Цей же вчений 1979 року заявив, що «... сьогодні лікареві не вистачає не науки (все це у нього є), а не вистачає культури». Чи немає небезпеки, що сьогоднішній український лікар позбавлений обидвох характеристик?

Медична деонтологія, медична етика розглядаються переважно в аспекті взаємовідносин

© Л.А. Пиріг

«лікар-пацієнт», «пацієнт-лікар». Такі взаємовідносини в межах медичної етики залежать переважно від соціоетики, тобто від державно-суспільного ставлення до медицини, до охорони здоров'я загалом. Об'єктивні обставини такі, що сучасний наш лікар, всупереч вимогам Ібн-Сіні (Авіценни) до цілителя, не володіє «мудрістю змія», «оком сокола» і спрямовується більше на винагороду, яку готов отримати «рукою дівчини». У зв'язку з обставинами, має «серце лева». В. Скотт вважав, що лікар може бути Лікарем, маючи відповідний рівень знань, будучи забезпеченим належними умовами роботи, психологічно, характерологічно націленим на співчуття, милосердя, допомогу. Умовами, на жаль, наш лікар не забезпечений, у поповненні, поширенні знань не зацікавлений, тому реалізувати навіть притаманні йому милосердя, співчутливість як лікар-спеціаліст він мало спроможний.

Керівництво держави повинно усвідомити, що здоров'я, тривалість життя громадян — це потенціал трудовий, інтелектуальний, запорука працездатності населення, що державна увага до охорони здоров'я — вагома ланка довіри народу до керівництва держави. У Європі давно усвідомлено, що «через підвищення рівня громадського здоров'я, через зменшення кількості хворих суспільний добробут значно зростає» [26].

У зв'язку з індустріалізацією медицини і як науки, і як практики, чи не зменшується значення лікаря як особистості? Дедалі більше нарастають відзначені вже у 70-х роках ХХ ст. «медикаментозна агресія», «абсолютизація медикаментозної терапії», «фетишизація» лабораторних, інструментальних, апаратних методів дослідження. На сьогодні освоюються методи теледіагностики, яка може перерости в телемедицину загалом. Але людина завжди залишається людиною, людиною, яка, особливо у випадку загрози життю, прагне підтримки, співчуття, допомоги. І ніколи не буде знецінена психологічна підтримка з боку людини-лікаря, яку споконвік високо цінили.

Існують загальні засади медичної деонтології незалежно від особливостей патологічного процесу і зумовленого ним стану пацієнта. Контакт лікаря з пацієнтом, оминаючи гострі ситуації, починається із співбесіди. Вважають [27], що з боку лікаря така співбесіда повинна базуватися на засадах емпатії. Лікар повинен оцінити, як би він почував себе у становищі пацієнта за даних обставин, чого б він очікував; лікар повинен зазнати почуттів, які володіють пацієнтом, сказати йому щось, і так, що і як би він хотів почути за даних обставин, вчинити з пацієнтом так, як би він бажав, щоб вчинили з ним. Тільки таким чином буде створена ситуація взаємодовіри, взаємоповаги.

Усі сторінки взаємовідносин «лікар-пацієнт» (медичної етики) мають особливості залежно від захворювань, а отже, й від спеціальності лікаря.

Особливості виникнення хвороб нирок, їх профілактики, перебігу, лікування, вторинної профілактики повинні бути відомі не тільки лікареві-нефрологу, але, хоча б частково, лікареві сімейному. Від останнього особливо залежить організація первинної профілактики хвороб нирок, їх своєчасне (раннє) виявлення, що має значення для успішності лікування.

Уважності, передбачливості з боку лікаря у зв'язку з особливостями виникнення, перебігу первинних патологічних уражень нирок потребують особи залежно від статі, віку, сімейного стану, освіти, умов повсякденної роботи.

Первинні нефропатії частіше зустрічаються у чоловіків, в осіб молодого віку та в людей, що працюють на шкідливих виробництвах. В осіб старшого віку у зв'язку з поліморбідністю виникають труднощі у диференціальній діагностиці (протеїнурія, еритроцитурія, лейкоцитурія, артеріальна гіпертензія), з лікуванням (поліпрагмазія, небезпека ятрогенії).

Більше зусиль потрібно докладати під час роз'яснювальної розмови з особами підліткового, молодого віку, неодруженими та нижчого рівня освіти щодо режиму, дієти, способу життя, регулярності диспансерного спостереження.

Форма, стиль співбесіди з пацієнтом залежать від його характеру, а також від звичів у ньому, у психології хворого у зв'язку із захворюванням. Були спроби з'ясувати порушення емоціональної сфери у хворих на хронічний гломерулонефрит [25], хронічний гломеруло-і піелонефрит [4]. Важко сказати, чи виявлені авторами у хворих особливості невротичних реакцій, емоційності притаманні були їм до захворювання, чи сформувалися на тлі захворювання залежно від його активності, стадії. Якщо один тип, стиль, одна манера розмови використовуються під час контакту з пацієнтами з істероїдним типом реагування, то по-іншому доводиться переконати прислухатися до рекомендацій, здобути довіру хворого з пацієнтами з іпохондричним, депресивно-іпохондричним типами реагування. Бажано, щоб лікар міг і зумів розсіяти у хворих пригніченість, пасивність, щоб намагався поширити простір їх інтелектуальних зацікавлень, активізувати соціальну контактність.

Вважають [28], що частіше до недовіри і навіть конфліктності між лікарем і пацієнтом призводить поведінка лікаря, який не враховує психосоціальних взаємовідносин і проявляє непевність у розумінні проблем хворого.

Уважне ставлення до хворого є обов'язком лікаря незалежно від віку пацієнта. Негуманно,

неморально позбавляти хворого старшого віку медичної допомоги, догляду, опіки, тому що, мовляв, все одно він наближається до смерті.

Так само негуманно позбавляти хворого страждань, песимізму його смертю — евтаназією. «Місія лікаря ніяким чином не сумісна із запланованим вбивством» [30].

Часто початок і перебіг ренопаренхімної патології малосимптомний і навіть безсимптомний, нерідко — аж до термінального ступеня хронічної ниркової недостатності. Своєчасній діагностиці в таких випадках сприяє активність сімейного лікаря з урахуванням ним чинників ризику ураження нирок, із визначенням показників аналізу сечі, артеріального тиску. При обстеженні 33 356 здорових осіб встановлено хронічний пієлонефрит було у 0,3% чоловіків і у 4,9% жінок. Автор цього ж дослідження [27] вважає, що гострий пієлонефрит у 80% дорослих є фактично загостренням хронічного.

Без-, малосимптомність захворювання часто спричиняє нехтування хворим рекомендаціями і порадами лікаря. Це той випадок, який потребує з боку лікаря гострого і переконливого уявлення хворому небезпеки.

У зв'язку з можливістю виникнення ускладнень, лікар повинен зважувати ступінь необхідності і ризик таких методів діагностики у хворих нефрологічного профілю, як біопсія нирки, вазографія і навіть екскреторна урографія.

Обов'язком лікаря є обережне призначення медикаментозного лікування, врахування можливості ускладнень імунодепресивної, антигіпертензивної терапії, побічної дії інших препаратів, які часто доводиться приймати хворим тривалий час і у великій кількості. Слід уникати поліпрагмазії.

Ускладнюються питання медичної етики у разі необхідності застосування ниркової замісної терапії. Залежно від характеру, емоційного статусу хворого, сприйняття ним пропозиції застосування гемодіалізу, перитонеального діалізу може бути з першого слова позитивним і може бути категорично негативним. До подання такої пропозиції слід підходити обережно, упродовж днів проводити підготовку роз'яснювальними співбесідами. Гостро, несподівано для хворого поставлене питання про таку необхідність продовження лікування, іноді, призводить його до розпачу та самогубства. Буває й так, що хворі самі починають розмову про «штучну нирку». І тут виникає психологіч-

ний конфлікт, зумовлений станом медичної допомоги в державі. До 10 разів у нас, порівняно з необхідністю, менші можливості ниркової замісної терапії. Це ж стосується й трансплантації нирки, збільшення частоти якої потребує зміни законодавства щодо пересадки органів і тканин [9]. Один із пунктів висновків статті М.О. Колесника і Н.О. Сайдакової 2004 року [5] можна повторити й сьогодні: «Рівень забезпечення хворих з IV ст. хронічної ниркової недостатності методами замісної ниркової терапії — трагічний».

Державницька пасивність у належній організації охорони здоров'я доповнюється фінансовою злочинністю у забезпеченні медикаментами, у заміні зношеної, віджилої медичної апаратури. «На гемодіалітичних закупівлях «відкрито» 15 млн гривень». Така назва статті у газеті «Ваше здоров'я» (04.03.2016 р.). Усе це призводить до протестних акцій пацієнтів, медиків.

Також нефрологи можуть відгукнутися на статтю в цій газеті «Чи можна довіряти українській медичній статистиці?» (11.12.2015 р.).

Щодо кількості хворих нефрологічного профілю в Україні, то за останні 10-15 років ми отримуємо надзвичайно невірогідні дані. Чи можна без сумнівів сприймати, що в 2013 році поширеність хронічної хвороби нирок становила на 100 тис. населення у Херсонській обл. 180,1, а в Чернігівській — 2830,0. І так з усіма показниками, що стосуються хронічного гломерулонефриту, пієлонефриту, гіпертензивної, діабетичної нефропатії, полікістозу нирок. До широкого медичного загалу не доводяться показники гострої патології нирок, її хронізації, летальності. Адже треба, щоб регіони України себе пізнали і взаємопорівняли.

Поточний стан системи охорони здоров'я у нашій країні підвищує значущість особистого етичного ставлення лікаря до пацієнта. Йому випадає своєю поведінкою, своїм словом компенсувати недоліки медичної допомоги.

Це зобов'язує нашого лікаря постійно підвищувати рівень своїх знань, включатися у громадську діяльність, до членства у Всеукраїнському лікарському товаристві, яке, на відміну від інших громадсько-лікарських організацій поза спеціальністю, «вижило» 25 років і своїми пропозиціями постійно нагадує про необхідність політично-вольового, державницького підходу до системи охорони здоров'я, організації медичної допомоги в Україні.

Список використаної літератури

1. Билибин А.Ф. Горизонты деонтологии / А.Ф. Билибин // ВАНН. — 1979. — № 5. — С. 35-45.
2. Борисов И.А. Пиелонефрит в старческом возрасте / И.А. Борисов [и соавт.] // Тер. архив. — 1983. — № 6. — С. 3-9.
3. Борисов И.А. Нефрологические аспекты геронтологии / И.А. Борисов // Тер. архив. — 1990. — № 6. — С. 3-6.
4. Зикеева Л.Д. Нефротические реакции у больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом / Л.Д. Зикеева [и соавт.] // Клин. медицина. — 1974. — № 9. — С. 43-49.
5. Колесник М.О. Проблеми організації та економіки нефрологічної допомоги / М.О. Колесник, Н.О. Сайдакова // Укр. журнал нефрол. та діалізу. — 2004. — № 2. — С. 6-10.
6. Мельман Н.Я. Деонтологические аспекты нефрологии / Н.Я. Мельман, Л.А. Пыриг // Сов. медицина. — 1978. — № 10. — С. 104-108.
7. Мельман Н.Я. Деонтологические аспекты лекарственной терапии в нефрологии / Н.Я. Мельман, Л.А. Пыриг // Врач. дело. — 1979. — № 6. — С. 104-108.
8. Мойсеенко В.О. Віддаси нирку — врятуєш життя / В.О. Мойсеенко // Актуальні проблеми нефрології. — 2012. — С. 133-135.
9. Никула Т.Д. Трансплантација нирки — презумпција згоди або незгоди / Т.Д. Никула, В.О. Мойсеенко, І.П. Тарченко, І.А. Свінціцький // Практикуючий лікар. — 2013. — № 3. — С. 102-106.
10. Пиріг Л.А. Лікарю, будь інтелігентом! / Л.А. Пиріг // Літ. Україна. — 06.09.1988.
11. Пиріг Л.А. Лікарю, будь милосердним! / Л.А. Пиріг // Агро. — 17.02.1990.
12. Пиріг Л.А. Лікарю, будь громадянином! / Л.А. Пиріг // Рад. Україна. — 19.04.1991.
13. Пиріг Л.А. Екобіоетика і професійнозумовлені нефропатії / Л.А. Пиріг // Мат. міжнар. наук. конф. «Етичні пробл. мед. праці та гігієни довкілля». — К., 2003. — С. 28-29.
14. Пиріг Л.А. Деонтологічно-біоетичні аспекти клінічної нефрології / Л.А. Пиріг // Мат. II Нац. конф. з міжнар. участю. — К., 2004. — С. 139-140.
15. Пиріг Л.А. Морально-етичні засади діяльності українського лікаря / Л.А. Пиріг // Ваше здоров'я. — 2005. — № 30.
16. Пиріг Л.А. Соціоетика та біоетика — сучасні реалії в Україні / Л.А. Пиріг // Мат. IV Міжнар. симпоз. з біоетики. — К.: Сфера, 2006. — С. 112-113.
17. Пиріг Л.А. Соціальні передумови реалізації біоетики в Україні / Л.А. Пиріг // Мат. III Нац. конгр. з біоетики з міжнар. участю. — К., 2007. — С. 78-79.
18. Пиріг Л.А. Біоетика у сфері клінічної нефрології / Л.А. Пиріг // Збірн. наук. праць співроб. НМАПО імені П.Л. Шупика. — 2008. — Вип. 17, кн. 1. — С. 592-600.
19. Пиріг Л.А. Етичний кодекс лікаря України та умови його реалізації / Л.А. Пиріг // Мат. IV Нац. конгр. з біоетики. — К., 2010. — С. 35.
20. Пиріг Л.А. Біоетика, соціоетика та реалії гомосоціоетики в Україні / Л.А. Пиріг // Сьогодення і біоетика. — К.: Авіценна, 2011. — С. 133-140.
21. Пиріг Л.А. Соціоетичні передумови реалізації біоетичних засад профілактичної медицини в Україні / Л.А. Пиріг // Мат. VI Міжнар. симпоз. з біоетики. — К., 2012. — С. 58-59.
22. Пиріг Л.А. Охорона здоров'я та реалії біоетики в Україні / Л.А. Пиріг // Мат. V Нац. конгр. з біоетики. — К., 2013. — С. 32-33.
23. Пиріг Л.А. Український лікар в сьогоденній Україні / Л.А. Пиріг // Нар. здоров'я. — 2016. — № 1, 2, 3.
24. Поттер В.Р. Биоэтика — мост в будущее / В.Р. Поттер. — К., 2002. — 216 с.
25. Рябов С.И. Нарушения эмоциональной сферы при хроническом гломерулонефрите / С.И. Рябов [и соавт.] // Клин. медицина. — 1988. — № 10. — С. 130-133.
26. Biegański W. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej / W. Biegański. — Warszawa, 1957. — 162 s.
27. Hebanowski M. Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem / M. Hebanowski. — Warszawa, 1994. — 94 s.
28. Fuchs T. Die Pyelonephritis aus der Sicht des Internisten / T. Fuchs // Ztschr. f. Allgemeinmed. — 1976. — № 26. — S. 1313-1317.
29. Rohrbaugh M. What did the doctor do? When physicians and patients disagree / M. Rohrbaugh, J.C. Rogers // Arch. Fam. Med. — 1994. — Vol. 3. — P. 125-128.
30. Sulmasy D.P. Managed care and managed death / D.P. Sulmasy // Arch. Intern. Med. — 1995. — Vol. 155. — P. 133-136.

Надійшла до редакції 15.07.2016

MEDICAL DEONTOLOGY AND ITS PRINCIPLES IN CLINICAL NEPHROLOGY

L.A. Pyrih

Abstract

The author presents his view on bioethics, medical deontology, medical ethics, medical deontology in clinical nephrology.

Keywords: bioethics, medical deontology, medical ethics, nephrology.