

ЭТИКО-АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ*

И.А. АСЕЕВА

Медицина – сложная интегральная область, сочетающая в себе элементы философии, точных наук, эмпирики и искусства. При составлении медицинского прогноза сложно учесть все факторы, от которых будет зависеть его точность. Поэтому такой прогноз может быть более или менее вероятностным. Причем, качество знаний и подготовки, не говоря уж об интуиции, у разных врачей различается. Тем не менее, прогнозирование в медицине – это традиционная и важная часть деятельности врача. Использование современных методик прогнозирования позволяет достигать уровня наиболее квалифицированного прогноза и значительно повышать его точность¹. Кроме того, прогнозируя, врач ориентируется на наиболее информативные клинические и инструментальные данные и наиболее строгую их оценку. Медицинский прогноз имеет значение для лечения больного, для изменения его тактики, снятия слишком активных средств или усиления препаратов при необходимости. Еще Гиппократ утверждал: «Задача лечения наилучше будут совершаться, если он (врач) из настоящих страданий предзнает будущие».

Медицинский прогноз включает и рациональные научные, и практические компоненты, и иррациональные, не поддающиеся формализации и точному предвосхищению. Известно, что качественное отличие научного предвосхищения состоит в том, что оно является оперированием закономерным знанием, дающим в каждом конкретном случае наибольшую вероятность получения результата, верно отражающего действительность и изменения, происходящие в ней. Применительно к состоянию здоровья человека, строго детерминированные события отсутствуют, так как учесть полностью все внутренние и внешние факторы, воз-

*Статья подготовлена в рамках проекта РГНФ «Трансформация нравственных ценностей медицины в современной России», грант № 08-03-72303 а/Ц.

действующие на организм, и построить однозначные зависимости этих факторов с основными функциональными показателями практически невозможно. Поэтому в медицине довольно велика роль нерациональных моментов прогнозирования.

К иррациональным компонентам прогноза в медицине можно отнести личную интуицию врача, индивидуальную реакцию организма пациента на заболевание, его психологическое состояние, желание или нежелание вылечиться. Именно многочисленные и субъективные иррациональные факторы осложняют медицинский прогноз и уводят его из сферы сугубо научной деятельности в сторону персонального выбора личности. Сегодня в клинической практике сохраняются два подхода к прогнозированию течения болезней и их исхода². Преобладает первый, традиционный подход. Он состоит в неформальной и субъективной оценке заболевания врачом. Такой прогноз исходит из расплывчатых критериев типа «благоприятно» или «неблагоприятно». Второй — статистический прогноз, основанный на результатах исследований течения заболеваний и реализуемый в виде конкретных диаграмм и графиков на основе диагноза и других данных о пациенте. Сторонники традиционного подхода утверждают, что индивидуальный прогноз не может быть предметом вычислений. Хотя, в действительности, считает В.В. Власов, «эти позиции основываются не на знании, а на вере и не на интересах эффективного лечения, а на смеси нежелания вычислять и удобства дезинформации пациента». Для других специалистов аргументом против объективизированного прогноза является якобы перевод отношений между врачом и пациентом в область статистики и, как следствие, дегуманизация медицинской деятельности. Третьи опасаются возможных злоупотреблений прогнозной информацией страховыми компаниями или работодателями, если эти данные станут достоянием гласности и будут использованы в ущерб интересам пациента.

Выбор варианта информирования пациента по поводу его заболевания и прогноза лежит в аксиологическом поле взаимоотношений врача и больного, на которое оказывают существенное влияние, как явно показывает исследование,

проведенное нами на базе городских больниц города Курска в 2008 г.³, личностные установки врача, стаж работы, специализация и конкретные юридические знания.

На вопрос «Кто, на ваш взгляд, должен определять объем информирования пациента?», ответы разделились следующим образом:

	Врачи со стажем до 10 лет	Врачи со стажем более 10 лет
Врач	32,07%	36,3%
Врач и закон	20,07%	23,6%
Закон	18,8%	25,6%
Врач и пациент	7,5%	3,6%
Пациент	5,7%	7,2%
Пациент и закон	0%	3,63%
Врач, пациент и закон	1,8%	0%

Вместе с тем, студенты 1-го, 2-го и 6-го курсов Курского государственного медицинского университета в аналогичном опросе показали, что 78% из них собираются информировать пациентов полно, 15% – в зависимости от конкретной ситуации, а 7% затруднились с ответом. Причем студенты младших курсов более охотно отвечали положительно, мотивируя тем, что информирование пациента будет способствовать улучшению контакта врача и пациента для совместного поиска наиболее оптимального варианта лечения.

Прогнозирование в медицине, кроме требований обоснованности и научной точности, представляет собой значительную нравственную проблему, касающуюся неоднозначных взаимоотношений социально функционирующих личностей. Ответы на нашу анкету демонстрируют явное предпочтение традиционной модели отношений, особенно среди опытных врачей (59,9%). Обсуждать с пациентами вопросы, связанные с лечением, склонны лишь 15% врачей. Несмотря на принятие закона РФ о праве человека знать правду о состоянии своего здоровья, диагнозе и прогнозе заболевания, в отечественной медицине сохраняется при-

митивно понятая патерналистическая традиция, защищающая пациента от самого себя.

Разумеется, этично лишь точное прогнозирование. Тем более велика ответственность, ложащаяся на плечи врача. Ошибочный пессимистический прогноз подрывает авторитет медика, порождает мысли о некомпетентности специалистов и некачественности медицинской техники. Это, разумеется, негативно сказывается на уважении к профессии, которую представляет врач. Ошибочный оптимистический прогноз, пожалуй, еще более трагичен и вреден, ибо он формирует опасное заблуждение об успешности лечения, пациент теряет драгоценное время, усугубляет свое состояние и глубоко разочаровывается в возможностях медицины.

Не менее острой моральной проблемой является сокрытие неблагоприятного прогноза от самого пациента. При этом нарушается не только законодательство, но одно из важнейших правил современной биоэтики – правило правдивости. Оно требует от пациента и врача быть правдивыми по отношению друг к другу, не скрывать и не искажать важной информации, касающейся здоровья и лечения⁴. Искренне высказанный прогноз позволяет пациенту более здраво взглянуть на свой образ жизни, изменить его при необходимости, предпринять возможные шаги к лечению, уладить личные дела. В конце концов, объективный прогноз – это демонстрация уважения к пациенту и признание его личностного права контролировать свою жизнь.

Между тем хотелось бы отметить некоторую игру смыслов понятий, используемых при формулировке закона о праве на информацию о состоянии своего здоровья. Проблема в том, что правдивые сведения, гарантируемые законом, не обязательно предполагают их истинность в собственно философском смысле слова. Правда – это субъективное преломление истины. Быть правдивым – значит сообщать собеседнику то, что, с точки зрения самого сообщющего, соответствует действительности. Намеренно, или вследствие философской необразованности, врач получает возможность уклониться от истины.

С другой стороны, нередки ситуации, когда знание жесткой правды ломает дух пациента, заставляет его прекра-

тить борьбу и опустить руки, деформирует психику. Еще А.П. Чехов говорил, что «страшно не умереть, а умирать». Именно из таких соображений исходят сторонники «святой лжи» в интересах пациента. Между тем, не подтвержденный посмертно диагноз неблагоприятно сказывается на авторитете врача, даже если его аргументы благородны и рациональны. Поэтому врачи часто информируют о серьезности болезни ближайшего родственника, надеясь, что он сможет устоять перед настойчивыми расспросами больного. Но этичность и такого выхода, на мой взгляд, довольно спорна. За ним явно прослеживается желание избежать неприятных объяснений с пациентом и предотвратить усиление контроля за ходом лечения с его стороны. Проблема, видимо, заключается в том, что ни врач, ни родственники, не готовы принять для себя факт неизбежной смерти близкого человека, не хотят его обсуждать и не могут оказать ему достойной психологической поддержки. Для них легче сыграть в игру «ничего не происходит» и «все нормально», чем разделить страдания человека, осознавшего, что умирает.

Мне представляется, что в большинстве случаев, исключая такие, когда правда может быть губительна для нестабильной психики пациента или он сам высказал желание остаться в неведении, врач должен найти деликатные слова, подходящее время, подготовить пациента и сообщить ему правдивый прогноз. Лучшие отечественные клиницисты считают, что «щажение» больного приемлемо лишь в форме смягчения объявленного прогноза и меньшей его жесткости⁵. Врач обязан поддержать пациента даже после пессимистического прогноза, избежать безысходности и отчаяния, предложить возможные варианты помощи, не оставлять его один на один с болезнью.

Довольно сложной в нравственном отношении является ситуация, когда очень высока вероятность летального исхода в короткое время. Это один из немногих случаев, когда врачебная практика определяется именно прогностическими соображениями. Такая ситуация требует нестандартного отношения, защиты и пациента, и врача. Если выздоровление невозможно, если медицинские вмешательства принесут только лишние страдания, не облегчив положе-

ния больного, если любые манипуляции — это лишь растягивание умирания и дополнительные переживания близких пациента, то речь может идти или о праве пациента самому решить свою участь, или праве врача не предпринимать никаких действий для лечения такого человека.

В западной медицинской судебной практике формируется подход, при котором возможен отказ пациента от мероприятий интенсивной терапии — так называемое назначение «не реанимировать». И в отечественном законодательстве зафиксировано право человека на отказ от продолжения лечения, оформленный письменно. Серьезная нравственная и правовая проблема заключается, с одной стороны, в обоснованности не оказания помощи, с другой стороны, в добровольности принятия решения пациентом или его законными представителями. На Западе подобные проблемы рассматриваются коллегиально, создаются этические комитеты, состоящие из различных специалистов и представителей общественности, в компетенции которых принимать решение не реанимировать в чрезвычайных случаях даже против желания семьи, когда, например, вред лечения превышает пользу. В нашей стране медицинский персонал боится стать объектом длительных юридических разбирательств и морального осуждения. Это приводит к развращающей практике небрежного проведения реанимационных мероприятий или отказу вообще брать на себя ответственность в транспортировке или лечении в стационаре больного с риском быстрого летального исхода.

Кроме того, в ситуации неблагоприятного прогноза врач может злоупотребить правом человека на отказ от лечения, перекладывая вину за трагический исход болезни на самого пациента. То есть, нарушается еще одно из основных правил биомедицинской этики — правило информированного согласия, в соответствии с которым врач обязан предоставить пациенту полную, точную и достоверную информацию, предупредить о последствиях возможных решений, обосновать прогноз и только после этого ждать от пациента самостоятельного выбора продолжать или прекращать лечение.

Качество медицинских прогнозов, таким образом, представляет серьезную этико-аксиологическую проблему,

требующего от специалиста принятия обдуманного решения, взвешивания ситуации и в юридическом, и в профессиональном, и в нравственном смыслах, а, следовательно, повышающим эффективность медицинской помощи.

Примечания

¹См.: *Власов В.В.* Этические проблемы прогнозирования течения заболеваний и их исхода // Терапевтический архив. 1995. № 6. – С. 72 – 75.

²См. там же.

3 Более подробную информацию о проведенном анкетировании см.: *Асеева И.А., Гребенщикова Е.Г., Ригина Ю.И.* Конфликт нравственно-ценностных парадигм в современной российской медицине // Материалы международной научной конференции «Облики современной морали. В связи с творчеством академика РАН А.А. Гусейнова».

⁴*Асеева И.А., Никитин В.Е.* Биомедицинская этика. Учебное пособие для медицинских университетов. – Курск: КГМУ, 2002. – С. 19.

⁵См.: *Василенко В.Х.* Врачебный прогноз. – Душанбе, 1982.