**ЛЕКЦИЯ 2. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ**

Оглавление

[1. Теоретические основы этики 2](#_Toc61510510)

[2. Общие вопросы этики, деонтологии, биомедицинской этики и медицинского права 4](#_Toc61510511)

[3. Этика в эпидемиологии 10](#_Toc61510512)

[Список использованной литературы 18](#_Toc61510513)

# 1. Теоретические основы этики

**Этика** — это система знания об отношениях между людьми или о человеческих отношениях.

S↔S,

где S — действующие субъекты (лица) морально-нравственного отношения или действия, а символ «↔» — собственно человеческие морально- нравственные отношения. Содержание, вкладываемое в символы S и «↔», может быть разным. Субъектами нравственных отношений могут быть отдельные люди (человек ↔ человек), человек и общество (человек ↔ общество), человек и природа, общественные объединения и группы людей (общественное объединение ↔ общественное объединение) и т.п.

Варианты нравственных отношений между людьми также многообразны и различаются в диапазоне от уважения до презрения. Нравственные отношения, как и понятие «нравственность», связаны с многообразием нравов, т.е. характерных особенностей и свойств отношения человека к человеку. К человеческим нравам относятся отзывчивость, грубость, честность, жадность, доброжелательность, верность, преданность, лживость, льстивость, любовь, ненависть и т.д.

Слова «этика», «нравственность» и «мораль» часто употребляются как синонимы. Однако между их значениями существует разница.



Взаимосвязь этики, морали и нравственности

Понятие «нравственность» фиксирует совокупность нравов, различие эмоционально-психического склада людей, их характеры, которые не всегда оцениваются положительно. Нрав или «норов» человека может быть, как мирным, добрым, так и вспыльчивым, угрюмым, жестоким.

Понятие «нравственность» не тождественно понятию «мораль». Различие выявляется, когда поступок человека оценивается как нравственный (человек действовал по своему нраву), но не моральный (человек действовал вопреки нормам общества). Типичным примером несовпадения «нравственности» и «морали» является деятельность врачей нацистской Германии, осужденных Нюрнбергским трибуналом в 1947 г. Многие из них поступали согласно своим интересам, склонностям и характеру, т.е. по своему нраву, но аморально, т.е. вопреки моральным нормам человечества, что и стало основанием международного суда над ними. Этот пример свидетельствует, что за понятием «мораль» закрепилось значение оценки существующих нравов. Мораль осуществляет классификацию нравов на приемлемые для общества (должные, добрые) и неприемлемые (недолжные, злые). За понятием «мораль» закрепилось также значение совокупности принципов и норм поведения людей в обществе.

Схематично каждый поступок человека является результатом взаимодействия (включая противоборство) его нрава (природы, свободы) и моральных норм (долга, обязанности). Многообразие возможных комбинаций и сочетаний в этом взаимодействии определяется многообразием характеров, ситуаций, эмоциональных состояний и составляет реальность нравственных отношений. Исходное многообразие нравственной реальности фиксируется в этике понятием «относительности». Перенос этого понятия па уровень моральных норм и принципов типичен, но не вполне корректен. Вряд ли можно говорить об относительности основных норм

«Клятвы Гиппократа» для врачебного сообщества или библейского Декалога (Десять заповедей Моисея), который существует уже свыше 3000 лет и принят разными народами как основа социального существования. Напротив, социальная устойчивость морали создает представление о ее абсолютном значении для сохранения человеческой жизни. Изучение этого значения морали, определение ее смысла и принципов моральных оценок нравов человека является целью знания, получившего название «этика». Латинское слово ethica, восходящее к греческому ethos, означает учение о нравственности и систему непротиворечивых суждений об основаниях, смысле и назначении морали. В то же время современное понятие «этика» фиксирует существование целого ряда подходов к решению проблемы о сущности и назначении морали.

В европейской культуре, не говоря уже о мировой, множество этических учений, теорий и школ. Тем не менее данное множество делится на две традиции или парадигмы, т.е. на два типа этических теорий. Они принимали в истории культуры разные формы и назывались по-разному. Первый тип — идеалистическая, или религиозная, или деонтологическая этика. Второй — этика натуралистическая, или прагматическая. Факт существования двух этических традиций не только отражает логику исторического развития этико-философской мысли, но и саму суть морально-нравственного сознания человека, который постоянно находится в ситуации свободного нравственного выбора не только того или иного поступка, но форм его этического осознания.

# 2. Общие вопросы этики, деонтологии, биомедицинской этики и медицинского права

Казалось бы, **мораль и нравственность** должны быть едиными для всех членов данного общества, независимо от профессиональной, национальной, религиозной и другой принадлежности человека. С такой точки зрения медики также не должны иметь своей, особой нравственности, своей корпоративной этики. На самом деле это не так. Еще Ф. Энгельс писал, что каждый класс и даже каждая профессия имеет свою собственную мораль. Правота этого положения видна и из того, что у врачебного сословия такая мораль культивировалась еще с древних времен.

Различные моральные проблемы возникают и в любой другой профессиональной деятельности, где человек имеет дело с себе подобными. Это положение эмпирически было известно давно, но четко его сформулировал в 1834 г. в труде «Деонтология, или Наука о морали» один из основоположников утилитаризма Иеремия Бентам. Общество рассматривалось им как сумма индивидов, а общественный интерес — как совокупность личных интересов. Согласно этому положению Бентам считал, что целью моральной жизни является «наибольшее счастье наибольшего числа людей». По Бентаму, **деонтология** (деон — должный и логу с — учение) — это учение о должном поведении при профессиональном или ином общении человека с человеком. К. Маркс считал представления Бентама о таком достижении всеобщего благоденствия наивными и называл его «гением буржуазной глупости».

Спустя несколько десятилетий учение о «должном» вошло в обиход врачей ряда стран. Примерно в середине XIX в. во Франции вышла книга А. Молля «Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности». В России книга стала известна с 1903 г., когда был осуществлен перевод на русский язык под редакцией Я. Левенсона. Пионер отечественного монографического исследования по деонтологии Н.Н. Петров подверг резкой критике Молля. Он считал, что тот просто перенес утилитарную деонтологию Бентама в медицину: «Взамен истинно деонтологических широких общественных интересов... выдвигались на первый план сословные и личные интересы самих врачей, иногда чисто материальные, иногда — научно-карьерные, лишь отчасти скрашенные требованиями общечеловеческой морали...».

Следует отметить, что моральные проблемы, связанные с врачеванием, возникли не в XIX столетии и начинались вовсе не с Молля. Они были известны врачам задолго до нашей эры, о чем свидетельствует большой свод этических правил, имевшихся в сочинениях древнекитайских, древнегреческих и других врачей. Извлечением из этих трудов и является «Клятва врача», не очень объективно названная в поздние времена именем Гиппократа.

В России вопросами деонтологии занимался ряд врачей, в частности В.А. Манассеин, который уделял им много внимания в журнале «Врач». Тем не менее деонтология не получила широкой известности во врачебной среде. Об этом свидетельствует высказывание Н.Н. Петрова, который в 1948 г. писал, что термин «деонтология» неизвестен большинству отечественных врачей и его нет в Большой медицинской энциклопедии.

Одним из самых известных основоположников учения об этике врача в России следует считать замечательного отечественного врача и писателя В.В. Вересаева (Смидовича). В своей уникальной, знаменитой книге «Записки врача», первое издание которой увидело свет в 1901 г., а в последующем в нашей стране много раз переиздавалась громадными тиражами и была переведена на множество языков мира, автор четко изложил основные вопросы этики и деонтологии врача. Эта блестящая книга не потеряла своей актуальности и сегодня и должна быть настольной книгой каждого студента и врача. В этой книге Вересаев высокопрофессионально осветил практически все стороны этоса медицины, многие из которых сегодня вошли в биомедицинскую этику. С тех пор в СССР и России вышло огромное число книг и статей по вопросам этики и деонтологии врача, в том числе и автора этого учебника.

Круг проблем деонтологии очерчивался примерно следующими вопросами: взаимоотношение врача и больного, ятрогении, или болезни, связанные с врачеванием, этика ведения тяжелых и безнадежных больных, в том числе проблемы эйтаназии, врачевание в век научно-технической революции, врачебная тайна, самосовершенствование и коллегиальность врачей и ряд других.

Вопросы этики врачевания до середины XX столетия разрабатывались медиками каждой страны отдельно. Начиная с 1946 г., после создания Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в рамках ООН ее подразделения (Всемирная медицинская ассамблея (ВМА), ЮНЕСКО и ее подструктуры — КОМЕНТ, Международный комитет по биоэтике, Межправительственный комитет по биоэтике и др.) разработали как рекомендательные документы для всех стран мира. В целом уже к 60—70 годам XX столетия был сформирован целый ряд сводов по этике врачевания, которые были отражены в документах медицинских организаций мира и во многом сблизили позиции различных стран по данному вопросу.

В Советском Союзе документам международного характера длительное время не уделяли должного внимания. Одним из первых стал заниматься изучением документов международных организаций по этическим вопросам врачевания профессор И.И. Косарев. В целом ряде своих работ он отмечал важность этих документов и призывал медицинскую общественность к их принятию и соблюдению в СССР.

В литературе называется множество причин перехода этики и деонтологии врача в **биомедицинскую этику**, в частности:

1) кардинальные изменения представлений о правах человека, например, о правах больного, что породило необходимость пересмотра или дополнения сложившихся ранее сводов этики и деонтологии;

2) всплеск всеобщей веры в бога и агрессия религии;

3) увеличение числа пожилых людей, тяжелой патологии, ухудшение социального обеспечения, нехватка социальных ресурсов для здравоохранения и отсюда — тяга к эйтаназии;

4) новая ступень развития трансплантологии и возможности злоупотребления как со стороны медиков, так и лиц, имеющих влияние на медиков, давление капитала на мораль;

5) внедрение высоких репродуктивных технологий в медицину — экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), суррогатное материнство, клонирование;

6) расшифровка генома человека и связанные с этим фантастические возможности вмешательства во все сферы жизни человека;

7) несомненное ослабление моральных устоев общества и составляющих его индивидуумов, возникновение условий для корпоративного злоупотребления, попрания прав человека, злоупотреблений со стороны общества, регионарный эгоизм и прочее, а также необходимость в связи с этим перевода моральных норм в правовые.

Что же такое **биомедицинская этика**? Нередко биомедицинскую этику сокращенно называют биоэтикой, что на самом деле неверно. Термин «биоэтика» значительно шире, чем «биомедицинская этика».

В проекте Федерального закона «О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения» (1997) термин «**биоэтика**» трактуется следующим образом: «Биоэтика — свод требовании и норм, действующих на основе традиционных духовных ценностей в интересах охраны и обеспечения физического и психического здоровья человека и общества, устанавливающих меру ответственности тех, кто принимает решения в этой области, а также регулирующих возникающие в связи с этим отношения».

Б. Поттер, считающийся автором термина «биоэтика», вкладывает в него такой смысл: «наука выживания, объединяющая биологические знания и общечеловеческие ценности».

Следовательно, в понятие «биоэтика» входят моральные ценности, имеющие отношения ко всему мировому сообществу и не только человеку, но и всему живому на земле, космосу и пр. Поэтому в печати и на различных форумах часто говорят о глобальной биоэтике. В Киеве в 2004 г. прошли 3-й Международный симпозиум «Глобальная биоэтика» и 2-й Национальный конгресс по биоэтике. На этих форумах были сделаны доклады о правах животных. Данная биоэтическая проблема чуть ли не стала центральной темой форумов. В ряде стран функционируют общественные движения, борющиеся за права животных. Разработана классификация «прав» животных, раздаются призывы к принятию законов о их правах. Большое внимание правам животных уделяется также в книге А. Кемпбелл и соавторов: «Медицинская этика» (2004). Более того, на вышеуказанных форумах в Киеве были выступления, посвященные теме прав растений.

В пределах биоэтики рассматривается также мораль конфессиальная, региональная (американская, европейская) и т.д.

В январе 2005 г. в Москве проходило Региональное совещание ЮНЕСКО по преподаванию биоэтики в странах Восточной Европы и выработке Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека, в котором как эксперт ЮНЕСКО по биоэтике принимал участие и автор данного учебника. В документах этого форума и по ходу совещания подчеркивалось, что биоэтика охватывает очень широкий круг вопросов: медицинская этика, этика науки и технологии, космических и экологических исследований и многое другое. Было принято следующее определение биоэтики: «Термин “биоэтика” относится к систематической, плюралистической и междисциплинарной области исследований, касающихся теоретических и практических моральных проблем, возникающих в медицине и других науках о жизни в их применении к человеку и отношениям человечества с биосферой».

Даже по минимальному перечню ЮНЕСКО понятие биоэтики включает в себя следующие вопросы: медицинская этика, экологическая этика, этика науки, космоса, продовольствия, технологии, образования.

Итак, можно видеть, что «**биоэтика**» имеет отношение к медицине, но вовсе не исчерпывается ею, и никак не является синонимом медицинской этики. По этой причине более правильным для обозначения медицинской этики представляется термин «биомедицинская этика», хотя до сих пор многие ученые в России применяют термины «биоэтика» и «биомедицинская этика» как синонимы. Это особенно ярко видно из официально рекомендуемой для медвузов России Программы по преподаванию биоэтики (2001). В пояснительной записке этого документа авторы все время употребляют термин «биомедицинская этика». Однако сам документ назван программой по биоэтике и в текстовой части употребляется то один, то другой термин.

Из сказанного выше ясно, что **биомедицинская этика** — часть биоэтики, такая же, как, скажем, этика юриста, менеджера, бизнеса и пр.

Не претендуя на исчерпывающую характеристику понятия, можно дать следующее определение биомедицинской этики — это учение, отражающее современное развитие биологии и медицины, новые направления и почти фантастические достижения этих наук, новые технологии и грани, которых не было еще в 70-х годах XX столетия, и появляющийся в связи с этим клубок морально-правовых проблем.

Круг вопросов, которые включает в себя биомедицинская этика, ныне также довольно широк и недостаточно очерчен. Он во многом зависит и от того, кто пытается его очертить — клиницист или теоретик, юрист или представители разных конфессий.

В США курс биомедицинской этики, который читается всем студентам медицинских колледжей или факультетов университетов, включает следующие вопросы: врачебная тайна, охрана врачом частной жизни пациента, компетентность пациента, информированное согласие, отказ от лечения, прекращение лечения, смерть и умирание (в том числе эйтаназия), проблема репродуктивных технологий, забота о новорожденных.

Профессор И.И. Косарев приводит следующее содержание базисного курса по биомедицинской этике, практикуемого в Великобритании1: 1) моральная аргументация, медицинская этика и информированное согласие; 2) информированное согласие и дискуссия о «праве умереть»; 3) моральное и правовое значение сообщения пациентам правды; 4) конфиденциальность и хорошая клиническая практика; 5) этика медицинского исследования; 6) репродуктивная этика — оплодотворение, суррогатное материнство, генетическое исследование и скрининг; 7) медицина и права детей; 8) медицина и права психических больных; 9) проблема распределения ресурсов в медицине; 10) моральная ответственность пациентов за свое собственное здоровье; 11) биомедицинская этика и медицинское образование.

Профессора И.В. Силуянова, А.Я. Иванюшкин, Б.Г. Юдин в определении содержания биомедицинской этики полностью повторяют то, что излагается в курсе биоэтики в США: врачебная тайна и охрана врачом частной жизни пациента, компетентность пациента, информированное согласие, отказ от лечения, прекращение лечения, смерть и умирание (ассистирование при самоубийстве — эйтаназия), проблема репродуктивных технологий, забота о новорожденных.

Имеется множество других перечней содержания биомедицинской этики: «эйтаназия, право на смерть, право на реанимацию, право больного получить точную информацию о своем заболевании, аборты, пренатальная диагностика, генетическое консультирование, стерилизация лиц с высоким риском наследственных заболеваний, эксперименты на людях, искусственное осеменение, имплантация эмбриона, банки спермы, эксперименты на генах, вопросы трансплантации, контрацепция, демографический контроль. Проблемами биомедицинской этики XXI в. объявляются: фетальная жизнеспособность, аборт, контрацепция, бесплодие, генетическая инженерия, агрессивное и неагрессивное лечение пожилых женщин, нехватка средств в медицине, менопауза, трансплантация органов, проблемы пола, фертильность у женщин в постменопаузальном возрасте, родильные центры, фетальная хирургия и терапия.

Русская православная церковь видит в данном предмете следующий круг проблем: статус человеческого эмбриона (с какого времени он должен считаться собственно человеком?); оценка репродуктивных технологий, в том числе избыточные эмбрионы; определение смерти; вопросы трансплантации; донорство половых клеток; пренатальная диагностика; генетическая паспортизация; клонирование человека; генная терапия; проблема транссексуализма.

Ю.М. Лопухин считает, что **биоэтика** **должна отражать**: геномику (генетическая паспортизация людей, генный трансфер), протеомику (синтез принципиально новых лекарств), клеточную биологию, породившую терапевтическое клонирование и так называемую фетальную терапию, опасности генной фармакотерапии, генетическую (ПЦР) диагностику, пренатальную диагностику, исследования на эмбрионах, экстракорпоральное оплодотворение (евгеника)[5]. Обоснование организации справедливой медицинской помощи, защиты человечества от генетически модифицированных продуктов, пути выхода из проблемы нехватки пищевых ресурсов с позиций Мальтуса, проблема генетического оружия.

Следует помнить, что биомедицинская этика — предмет не статический и круг его вопросов не может быть очерчен никем раз и навсегда. Это очень динамичное, постоянно развивающееся учение, и сфера его интересов меняется за очень короткий срок. Одни положения устаревают и, исполнив свою роль, уходят в историю, а другие появляются. Это вполне естественно, так как биомедицинская этика теснейшим образом связана с бурно развивающейся медициной и социальными явлениями, быстро меняющимися в последние годы представлениями о морали, перманентным вторжением права во многие вопросы этики, особенно медицинской, и целым рядом других явлений.

Проблемой биомедицинской этики, кроме медиков, во всем мире активно занимаются философы, биологи, генетики, юристы, представители различных конфессий и многие другие специалисты. Однако при этом главным ее руслом всегда остается медицина и врачевание.

Важнейшим объектом биомедицинской этики прежде всего должен остаться человек, особенно больной человек, и его защита от возможных негативных воздействий медицины и биологии на его здоровье.

Большинство проблем, которые сегодня входят в понятие биомедицинской этики имелись и в учении об этике и деонтологии врача, хотя несомненно появление целого ряда новых. Кроме того, в биоэтике сложилась принципиально новая ситуация, которая требует серьезного осмысления и понятия. Дело в том, что положения этики и деонтологии почти до конца XX столетия традиционно основывались на нравственности, моральных кодексах, врачебных традициях, общественном мнении и т.д., т.е. были рекомендательными, не обязательными, опирались на теорию блага.

# 3. Этика в эпидемиологии

История человечества полна печальными примерами гибели не только отдельных людей, но и целых городов, народов и даже цивилизаций от одного заболевания. Эти явления в древности получили название «**эпидемия**» (от греч. epi — среди и demos — народ). Со времен Гиппократа под словом «эпидемия» понимали массовые инфекционные заболевания среди людей.

Эпидемии являются предметом изучения эпидемиологии — науки, изучающей явления социальной заболеваемости, т.е. совокупности случаев болезни на определенной территории в определенное время среди определенной группы населения с целью найти способы предотвращения и распространения заразных заболеваний.

На основании данных современной эпидемиологии установлено, что среди всех заболеваний людей 60—70% составляют болезни, связанные с инфекционными агентами. Ежегодно фиксируется распространенность более 80 подобных болезней. В целом же существует более 1000 самостоятельных болезней инфекционной природы и более 2500 возбудителей, играющих роль в инфекционной патологии людей. Из общего числа смертных случаев около 60% прямо или косвенно обусловлено инфекционной патологией.

В истории развития эпидемиологии, условно, можно выделить следующие основные периоды.

1. Гиппократовский — V—IV вв. до н.э. до XVII—XIX вв. — возникновение и формирование теорий о причинах (этиологии) массовых болезней.

2. Бактериологический — вторая половина XIX в. до первой четверти XX в. (Л. Пастер, Р. Кох, И. И. Мечников, Н. Ф. Гамалея, Д. И. Ивановский и другие) — открытие ряда возбудителей инфекционных заболеваний, расшифровка этиологии многих инфекционных заболеваний и разработка способов и средств борьбы с ними и профилактики.

3. Современный период — с первой четверти XX в. до настоящего времени — расширение числа нозологических форм инфекций, их расшифровка, расширение стоящих перед эпидемиологией задач.

- свободы личности и принудительных мер профилактики и лечения;

- соотношения прав инфекционного больного и других людей, которые не должны быть подвергнуты опасности заражения, т.е. проблема конфликта индивидуальных и общественных интересов.

Издавна известно, что отдельно каждый из болезнетворных факторов является необходимой, по недостаточной причиной болезни, возникновение которой обусловлено наличием целого ряда факторов: и внешнего этиологического фактора, и предрасположенности организма к болезни, и т.д. Для современной эпидемиологии характерно понимание значения социальных факторов, которые могут служить иногда основной движущей силой, способствующей возникновению социальных инфекционных болезней.

**Под социальными факторами в эпидемиологии понимается** вся сложная совокупность условий жизни людей, куда входят: образ жизни, характер жилищ и плотность их заселения, благоустройство населенных мест, материальное благосостояние, характер питания, уровень нравственной культуры и санитарной культуры, характер труда и быта, миграционные процессы среди населения, состояние здравоохранения и др.

Например, к социальным факторам относятся войны, которые всегда сопровождались эпидемиями. В период войн и военных конфликтов возникают условия, отрицательно влияющие на состояние здоровья людей и способствующие возникновению и распространению инфекционных заболеваний: массовые скопления и передвижения населения, войск, беженцев, военнопленных; огромные разрушения населенных мест, жилищ; нарушения санитарного благоустройства населенных пунктов, водоснабжения; нерегулярное питание, голод; нервно-психические воздействия и т.д. Например, в прошлом сыпной тиф называли «военный», «голодный» и т.п. Социальные факторы влияют на интенсивность эпидемических процессов, воздействуя не только путем ускорения или замедления механизма передачи инфекций, но и через внутренние механизмы саморегуляции, повышения или снижения вирулентности возбудителей и восприимчивости организмов к меняющимся условиям существования.

Социальные факторы, воздействуя активизирующим образом на интенсивность любого эпидемического процесса, становятся факторами риска. К факторам риска, т.е. различным переменным, повышающим риск возникновения заболеваний, относят не только элементы социальной и природной среды и индивидуальные особенности организма, но и особенности поведения людей. К болезнетворным факторам, вызывающим заболевания и способствующим развитию заболеваний, относятся не только вирусы, простейшие, гельминты, членистоногие, химикаты, бактерии, климат, но и факторы, относящиеся к образу жизни людей: стресс; употребление алкоголя и наркотиков; неадекватные виды поведения, например, сексуального.

Значение этических проблем эпидемиологии особенно ярко проявляется на уровне профилактики и определения факторов риска заболевания и на уровне организации противоэпидемиологических мероприятий.

Этические проблемы противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (подозрительного) на заболевание особо опасной инфекцией (ООИ).

При выявлении больного, подозрительного на заболевание ООИ, проводится установление диагноза на основании клинико-эпидемиологических данных. При установлении окончательного диагноза противоэпидемические мероприятия осуществляются в соответствии с действующими принципами, приказами и инструктивно-методическими указаниями по каждой нозологической форме.

**Принципы организации противоэпидемических мероприятий едины для всех инфекций и включают:**

• выявление больного;

• информацию (сообщение) о выявленном больном;

• уточнение диагноза;

• изоляцию больного с последующей его госпитализацией;

• лечение больного;

• обсервационные, карантинные и другие ограничительные мероприятия: выявление, изоляцию, лабораторное обследование, проведение экстренной профилактики лицам, контактировавшим с больным; провизорную госпитализацию больных с подозрением на ООИ; выявление умерших от неизвестных причин, патологоанатомическое вскрытие трупов с забором материала для лабораторного (бактериологического, вирусологического) исследования; обеззараживание, правильную транспортировку и захоронение трупов (вскрытие умерших от высококонтагиозных геморрагических лихорадок (Марбург, Эбола, JIacca), а также забор материала от таких трупов для лабораторного исследования не производится в связи с большим риском заражения); дезинфекционные мероприятия; экстренную профилактику населения; медицинское наблюдение за населением;

• санитарный контроль внешней среды (лабораторное исследование возможных факторов передачи, наблюдение за численностью грызунов, насекомых и членистоногих, проведение эпизоотического исследования);

• санитарное просвещение.

Все эти мероприятия проводятся учреждениями здравоохранения совместно с местными органами власти. Первичная сигнализация о выявлении больного, подозрительного на ООИ, проводится в три основные инстанции: главному врачу лечебно-профилактического учреждения, на станцию скорой медицинской помощи и главному врачу территориального центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

Главный врач приводит в действие план противоэпидемических мероприятий, информирует соответствующие учреждения и организации о случае заболевания. Все мероприятия проводятся специалистами отделов особо опасных инфекций в соответствии с действующими инструкциями и комплексными планами. Порядок оповещения главных врачей больниц и поликлиник или замещающих их лиц определяется конкретно для каждого учреждения.

**Противоэпидемические мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях** проводятся по единой схеме согласно оперативному плану данного учреждения.

В действующие инструкции входят различные действия, в том числе действия, сопряженные с насильственными и принудительными установками, предполагающими ограничение свободы как больного, так и медперсонала:

— у больного с подозрением на ООИ производится забор материала и срочно отправляется для исследования в специальную лабораторию;

— при выявлении больных, например, холерой, контактными считаются лица, которые общались с ними в период клинических проявлений болезни. Лица, бывшие в непосредственном контакте с больным холерой, по указанию врача-эпидемиолога должны быть изолированы или оставлены под медицинским наблюдением. Медицинские работники, бывшие в контакте с больными, например, чумой, герпесвирусной инфекцией (ГВЛ) или оспой обезьян (при подозрении на эти инфекции), подлежат изоляции до установления окончательного диагноза или на срок, равный максимальному инкубационном периоду.

При выявлении больного, подозрительного на заболевание ООИ, в поликлинике или больнице проводится ряд противоэпидемических мероприятий, среди которых меры принудительного характера:

- транспортабельные больные доставляются санитарным транспортом в специальный стационар;

- нетранспортабельным больным медицинская помощь оказывается на месте с вызовом консультанта и оснащенной всем необходимым машины скорой медицинской помощи;

- принимаются меры к изоляции больного по месту его выявления, до госпитализации в специализированный инфекционный стационар;

- медицинский работник, не выходя из помещения, где выявлен больной, по телефону или через нарочного извещает руководителя своего учреждения о выявленном больном, запрашивает соответствующие лекарственные препараты, укладки защитной одежды, средств личной профилактики;

- прибывший врач в защитной одежде осматривает больного, уточняет эпиданамнез, подтверждает диагноз, по показаниям продолжает лечение больного. Также выявляет лиц, бывших в контакте с больным (пациентов, в том числе и выписанных, медицинский и обслуживающий персонал, посетителей, в том числе покинувших медицинское учреждение, лиц по месту жительства, работы, учебы). Контактные лица изолируются в отдельную палату или бокс, или подлежат медицинскому наблюдению. При подозрении на чуму, ГВЛ, оспу обезьян, острыми респираторными или неврологическими синдромами учитываются контакты по помещениям, сообщающимся через вентиляционные ходы. **Составляются списки выявленных контактных лиц** (Ф.И.О., адрес, место работы, время, степень и характер контакта);

- временно запрещается вход в медицинское учреждение и выход из него;

- прекращается сообщение между этажами;

- выставляются посты у кабинета (палаты), где находился больной, у входных дверей поликлиники (отделения) и на этажах;

- запрещается хождение больных внутри отделения, где выявлен больной, и выход из него;

- временно прекращается прием, выписка больных, посещение их родственниками, запрещают вынос вещей до проведения заключительной дезинфекции;

- прием больных по жизненным показаниям осуществляется в изолированных помещениях, имеющих отдельный вход;

- в помещении, где выявлен больной, закрываются окна и двери, отключается вентиляция и заклеиваются лейкопластырем вентиляционные отверстия, окна, двери, проводится дезинфекция;

- тяжелым больным оказывается медицинская помощь до прибытия врачебной бригады;

- в кабинете (палате), где выявлен больной, проводится текущая дезинфекция (обеззараживание выделений, предметов ухода и т.д.);

- по приезду бригады консультантов или эвакобригады медработник, выявивший больного, выполняет все распоряжения врача-эпидемиолога;

- при необходимости проводится экстренная профилактика медперсоналу, вплоть до изоляции.

Перечисленные правила проведения противоэпидемических мероприятий свидетельствуют о верности давней и почтенной традиции врачей заботиться о заразном больном. Тем не менее данная традиция как в прошедшие времена, так и в настоящее время не освобождает от необходимости определенного принудительного ограничения свободы личности и от решения фундаментального этического противоречия между правами инфекционных больных и правами других членов общества, которые не должны быть подвергнуты опасности заражения. Возможность конфликта в эпидемиологической практике требует от врача выполнять патерналистские задачи, роль наставника, отца и руководителя, чтобы помочь пациентам справиться с угрозами и болезнью.

**Профилактические медицинские мероприятия, как правило, направлены на одно из трех звеньев эпидемического процесса**: 1) на предупреждение появления или ликвидацию (обезвреживание, устранение) источника возбудителя инфекции; 2) на предупреждение возможности реализации или вы­ключение (разрыв) механизма передачи возбудителя; 3) на создание или повышение иммунитета населения. К профилактическим мероприятиям по предупреждению возникновения источников возбудителей инфекции относятся карантинные меры на границах и внутри страны, профилактическая дезинфекция, дезинсекция, дератизация, иммунопрофилактика, общесанитарные меры, повышение санитарной грамотности населения.

Наиболее значительный моральный и материальный ущерб наносится населению в периоды эпидемий так называемых карантинных (конвенционных) особо опасных инфекционных болезней, мероприятия в отношении которых регулируются международными правилами (чума, холера, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и др.). Этот ущерб прежде всего связан с введением карантина.

Условия карантина предусматривают медицинский (санитарный) досмотр прибывающих из-за рубежа транспортных средств, который включает медицинский осмотр экипажей (бригад) и пассажиров, устный опрос, а по клинико-эпидемиологическим показаниям — телесный осмотр с целью выявления больных (подозрительных); проверку морской санитарной декларации, санитарной части общей декларации самолета, свидетельства о дератизации или об освобождении от нее; проверку паспортов и билетов (по эпидемиологическим показаниям) с целью выяснения маршрутов следования; санитарный осмотр транспортных средств на наличие грызунов (включая контейнеры и лихтеры**). При наличии показаний проводят дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные работы**.

**Профилактическая дератизация** предусматривает создание неблагоприятных условий для существования грызунов с целью снижения их численности на объектах, имеющих эпидемиологическое значение. К мерам по предотвращению реализации механизма передачи возбудителей относятся профилактическая дезинфекция и профилактическая дезинсекция. Профилактическая дезинфекция, т.е. умерщвление на объектах, имеющих эпидемиологическое значение, возбудителей инфекционных и паразитарных болезней проводится до выявления больного. На предупреждение передачи возбудителей членистоногими направлена **профилактическая дезинсекция**, т.е. сокращение численности имеющихся и предупреждение выплода вшей, блох, комаров, москитов, клещей и др.

Как этический, так и правовой **аспекты мероприятий профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации в первую очередь сводятся** к предотвращению возможного ущерба природным биоценозам, предупреждению вреда растительному и животному миру в результате использования экологически небезвредных химических препаратов. Такой вред может быть предотвращен путем постепенной замены химических дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств другими, экологически чистыми (биологическими, механическими и др.), вплоть до полного запрета использования химических средств в будущем.

Правовой основой применения средств борьбы с микроорганизмами, кровососущими членистоногими и грызунами является обязательная государственная регистрация и сертификация качеств этих средств, подтверждающая их эффективность и низкую токсичность для человека. Контроль качества этих препаратов в России осуществляет Научно-исследовательский институт дезинфектологии. Такой контроль важен еще и потому, что в последние годы на российский рынок хлынуло огромное количество импортных препаратов сомнительного качества. Таким образом, на все допускаемые на российский рынок препараты наряду с сертификатом качества должны в обязательном порядке иметься разрешения на применение их в медицинской практике и разрешение на продажу населению.

Помимо собственно профилактических, система борьбы с инфекционными и паразитарными болезнями включает комплекс так называемых противоэпидемических мероприятий, осуществляемых в эпидемическом очаге с целью его ликвидации и предотвращения возникновения новых очагов. **Противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге следующие:**

- выявление и госпитализация (изоляция) больного и носителей;

- выявление и захоронение трупов людей, погибших от очаговой болезни;

- активное выявление лиц с клиническими проявлениями заболевания;

- выявление и изоляция лиц, соприкасавшихся с больными, носителями или с трупами;

- дезинфекция квартиры, вещей, предметов, нательного и постельного белья, которыми пользовался больной умерший);

- организация экстренной профилактики населения;

- организация санитарной очистки населенных пунктов;

- санитарно-просветительная работа среди населения;

- исследование объектов окружающей среды на контаминированность возбудителем очаговой инфекции и их дезинфекция;

- выявление инфицированности животных источников и переносчиков возбудителя инфекции и организация работ по сокращению их численности (дератизация и дезинсекция).

В очагах некоторых особо опасных инфекций (чума, холера) устанавливается строгий карантин.

К мерам по разрыву механизма передачи возбудителя инфекции в первую очередь относятся те меры, которые направлены на обезвреживание факторов передачи. Это, прежде всего **дезинфекция объектов**, окружающих больного. При инфекциях, в передаче возбудителей которых могут участвовать живые переносчики (мухи, кровососущие членистоногие насекомые, клещи), разрыву механизма передачи способствуют меры, направленные на резкое сокращение численности таких переносчиков, т.е. проводится дезинсекция с использованием растворов водных эмульсий различных инсектицидов и др. Все подобные действия в юридическом отношении регламентируются указанным выше законом.

В то же время при проведении перечисленных мероприятий должны строго соблюдаться требования предупреждения неадекватного, т.е. не неизбежного, морального и материального ущерба гражданам, а также руководителям и сотрудникам предприятий, учреждений и организаций, на территориях которых проводятся мероприятия.

# Список использованной литературы

1. Шамов, И. А. Биомедицинская этика: Учебник / И.А. Шамов - 2-е изд. - Москва: НИЦ ИНФРА-М, 2015. - 288 с.
2. Этика: учебник для вузов / А. А. Гусейнов [и др.]; под общей редакцией А. А. Гусейнова. — Москва: Издательство Юрайт, 2013. — 460 с.
3. Силуянова, И. В. Биомедицинская этика: учебник и практикум для среднего профессионального образования / И. В. Силуянова. — Москва: Издательство Юрайт, 2018. — 312 с.
4. Биомедицинская этика: Монография / РАМН; В.И. Покровский, В.Н.Игнатьев, Ю.М.Лопухин и др.; Под ред. В.И.Покровского. - М: "Медицина", 2007. - 224с.
5. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биотика. Этические комитеты в России. М.: Триумф, 2002.
6. Лопухин Ю.М. Биотика. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.