

Этические дилеммы современной нейрохирургии

Б.Л.Лихтерман^{✉1}, Л.Б.Лихтерман², В.В.Могила³, М.А.Спиру²

¹ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2;

²ФГАУ «Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко» Минздрава России. 125047, Россия, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16;

³Медицинская академия им. С.И.Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И.Вернадского». 295006, Россия, Симферополь, 6-й Ленина, д. 5/7

✉Likhтерman@nsi.ru

Цель работы – раскрыть особенности нейроэтики и новые противоречия, возникшие в современной нейрохирургии в тесной связи с ее технологизацией.

Материал и методы. Проанализированы литература по нейроэтике, 20-летний опыт авторов и отдельные выборки наблюдений нейрохирургических пациентов с острыми травматическими повреждениями (в частности, 170 пострадавших с внутримозговыми гематомами и очаговыми ушибами мозга) и с хроническими субдуральными гематомами (400 больных) для выявления этических проблем и путей их решения.

Результаты. Систематизированы факторы гуманизации и дегуманизации нейрохирургии. Обнаружены новые противоречия, возникшие вследствие широкого применения в нейрохирургии методов нейровизуализации: фетишизация визуальных данных и игнорирование клиники и личности пациента; обилие изолированных технологий и недостаток обобщающих концепций; профессиональный долг врача и коммерческие соблазны; святость жизни и качество жизни и ряд других. Показано, как появляются дилеммы, которые чреваты угрозами атрофии клинического мышления, гипоскилии, дистанцизации врача от пациента.

Заключение. Разрешение противоречий в современной нейрохирургии должно исходить из интересов как больного, так и общества. Это требует сочетания высокого профессионализма нейрохирурга с приоритетом этических и гуманитарных ценностей на всех этапах его обучения и деятельности.

Ключевые слова: нейроэтика, этические дилеммы, нейрохирургия, факторы гуманизации, нейровизуализация, противоречия нейрохирургии.

Для цитирования: Лихтерман Б.Л., Лихтерман Л.Б., Могила В.В., Спиру М.А. Этические дилеммы современной нейрохирургии. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.2. Неврология и Ревматология): 79–84.

REVIEW

Ethical dilemmas of modern neurosurgery

B.L.Likhтерman^{✉1}, L.B.Likhтерman², V.V.Mogila³, M.A.Spiru²

¹I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaia, d. 8, str. 2;

²N.N.Burdenko National Scientific and Practical Center for Neurosurgery of the Ministry of Health of the Russian Federation. 125047, Russian Federation, Moscow, 4-ia Tverskaia-lamskaia ul., d. 16;

³S.I.Georgievsky Medical Academy of the V.I.Vernadsky Crimean Federal University. 295006, Russian Federation, Simferopol, b-r Lenina, d. 5/7

✉Likhтерman@nsi.ru

Abstract

The purpose of the work is to reveal the features of neuroethics and new contradictions that have arisen in modern neurosurgery in close connection with its technology.

Material and methods. The literature on neuroethics, the 20-year experience of the authors and individual samples of neurosurgical patients with acute traumatic injuries (in particular, 170 patients with intracerebral hematomas and focal brain injuries) and chronic subdural hematomas (400 patients) were analyzed to identify ethical problems and their pathways solutions.

Results. Systematized factors of humanization and dehumanization of neurosurgery. New contradictions have arisen due to the widespread use in neurosurgery of methods of neuroimaging: fetishization of visual data and ignoring the patient's clinic and personality; The abundance of sophisticated technologies and the lack of generalized concepts; The professional duty of the doctor and commercial temptations; The sanctity of life and the quality of life, and a number of others. It shows how dilemmas arise that are fraught with threats of atrophy of clinical thinking, hypokylia, and distancing the doctor from the patient.

Conclusion. Resolution of contradictions in modern neurosurgery must be based on the interests of both the patient and society. This requires a combination of a highly professional neurosurgeon with a priority of ethical and humanitarian values at all stages of his training and activities.

Key words: neuroethics, ethical dilemmas, neurosurgery, humanization factors, neuroimaging, contradictions of neurosurgery.

For citation: Likhтерman B.L., Likhтерman L.B., Mogila V.V., Spiru M.A. Ethical dilemmas of modern neurosurgery. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.2. Neurology and Rheumatology): 79–84.

Понятие «нейроэтика» появилось в последние десятилетия в связи с необходимостью изучать этические, юридические и социальные последствия прогресса нейронаук [1]. Нейрохирургия, рассматриваемая как клиническая нейронаука, все чаще сталкивается с этическими дилеммами, в том числе обусловленными все более широким внедрением в нее высоких технологий [2, 3]. Однако нейроэтика не просто раздел медицинской этики, а новая наука, предметом которой становятся и такие фундаментальные вопросы, как человечность, свобода воли и самопознание. Выделяют два раздела нейроэтики: этика нейронауки и нейронаука этики [1, 4]. В первом случае речь идет о применении этических принципов к исследованиям и технологиям в области нейронаук. Во втором – о том, как изучение разума помогает понять природу морали.

Одной из задач нейроэтики являются разработка и применение этических стандартов в нейронауках, в том числе в нейрохирургии. Следует отметить, что ряд клиницистов

и философов не видят необходимости выделять этику отдельных специальностей, поскольку в биоэтике утвердилась концепция четырех принципов («Джорджтаунская мантра»): автономия больного, благодеяние, непричинение вреда и справедливость [5, 6].

Автономия больного занимает в этом перечне первое место и означает его право делать выбор, принимать решение и отвечать за свои поступки, а врач должен получать от больного так называемое информированное согласие на тот или иной способ лечения (или отказ от предлагаемого лечения) [7].

Этические проблемы в нейрохирургии за последние десятилетия стали беспокоить самих нейрохирургов в связи с появлением доказательной медицины и проведением клинических исследований. Сейчас ни один научный журнал не примет к публикации статью, если клинические исследования проводились без разрешения этического комитета [8].

Однако помимо клинических исследований в повседневной практике нейрохирурга существует множество этических проблем, не всегда имеющих однозначное решение.

Нейрохирургии и медицинской этике была посвящена встреча Academia Eurasiana Neurochirurgica. Как отмечал ее организатор H. August van Alpen, медицинская и особенно нейрохирургическая практика постоянно усложняется: «растущие технические возможности все больше затрагивают моральные границы и могут вызвать большие этические проблемы» [9]. Всемирная федерация нейрохирургических обществ опубликовала Положение об этике в нейрохирургии [10]. В 2014 г. вышла в свет монография, посвященная нейрохирургической этике на практике [4].

Вместе с тем в отечественной литературе мы не встретили серьезных исследований нейроэтики с учетом факторов гуманизации и противоречий нейрохирургии.

Предполагается, что деятельность современного нейрохирурга, как и врача любой специальности, должна основываться на трех главных слагаемых – гуманизме, клиницизме и техницизме, которые взаимосвязаны [11]. Их сочетание обуславливает высокий профессионализм специалиста. Однако в настоящее время при обучении и в практической деятельности нейрохирурга обычно доминируют клинические и технические аспекты, а этическим проблемам уделяется недостаточно внимания [12].

Цель настоящей статьи – выделить факторы гуманизации и дегуманизации современной нейрохирургии и проанализировать выявленные ее противоречия с этических позиций.

Факторы гуманизации нейрохирургии

Современная нейрохирургия обогатилась гуманизирующими ее факторами. Среди них мы выделяем:

1) приближение нейрохирургической диагностики к критериям идеального метода – безболезненное, бескровное, безопасное, немедленное и прямое видение головного и спинного мозга (диагноз через страдания практически ушел в историю);

2) распространение щадящих операций (вместо травматичной трепанации черепа и макронеурохирургии – минимально инвазивные микронеурохирургические, эндоскопические эндovasкулярные, стереотаксические вмешательства и др.);

3) прицельность и деликатность самого воздействия на ткани и сосуды мозга (операционные микроскопы и микрохирургическая техника, системы наведения, интраоперационный мониторинг, электрофизиологическое картирование, волоконная оптика, флуоресценция, лазер, ультразвуковой отсос, «оживленные электроды» и др.);

4) переход от деструктивных воздействий к стимуляционным и модулирующим (прежде всего в сфере отоксической и функциональной нейрохирургии);

5) хирургическое лечение поражений ранее недоступных областей мозга (опухоли, аневризмы, артериовенозная мальформация, гематомы ствола мозга, III желудочка, эпифиза, зрительного бугра и др.);

6) замена паллиативных операций радикальными (опухоли основания черепа, краниоорбитофациальные, цереброспинальная оси, глубинные артериовенозные мальформации, гигантские аневризмы и др.);

7) расширение сферы нехирургического лечения очаговых поражений центральной нервной системы (гамма-нож и кибер-нож при первичных и вторичных опухолях, артериовенозных мальформациях; лучевая терапия – при герминомах шишковидной железы; таргетная химиотерапия – при лимфомах; парлодел – при пролактиномах гипофиза; моноклональная иммунотерапия – при метастазах меланомы; консервативное лечение – при очагах размножения и внутримозговых гематомах и др.);

8) развитие реконструктивной и косметической нейрохирургии (врожденные пороки развития черепа и позво-

ночника, головного и спинного мозга, приобретенные дефекты костей черепа и позвоночника и др.);

9) адекватное обезболивание и возможность эффективного управления жизненно важными функциями;

10) новые знания по структуре и функциям нервной системы, патогенезу и саногенезу ее заболеваний, открывшие принципиально новые пути и возможности предупреждения и лечения разнообразных заболеваний и травм центральной нервной системы;

11) новые технические приспособления и достойные социальные условия для полноценной жизни инвалидов в семье и обществе, которые обеспечивают и расширяют понятие «качество жизни» как выживаемость без недееспособности;

12) открытие реабилитационных центров и хосписов.

Факторы дегуманизации нейрохирургии

Наряду с этим возникают проблемы дегуманизации нейрохирургии, в чем-то порожденные, как это ни парадоксально, ее гуманизацией:

1) отдаление (дистанцирование) врача от больного с сокращением времени взаимодействия личности врача с личностью пациента;

2) возможность нежелательных изменений психики личности пациента в результате нейрохирургического вмешательства и непредсказуемые последствия этого;

3) возможное содействие генетической катастрофе;

4) увеличение ятрогенной нейрохирургической патологии;

5) высокая и постоянно увеличивающаяся стоимость нейрохирургического обследования и лечения. Экономические факторы сдерживают всеобщую гуманизацию нейрохирургии;

6) нарушения этического кодекса врача.

Нейрохирургия достигла такого уровня развития, когда для нее стало особенно важным обсуждение проблем гуманизма с учетом специфики этой специальности. В своей деятельности нейрохирург, в отличие от врачей других медицинских специальностей, непосредственно соприкасается с материальным субстратом личности – мозгом – и вынужден (с благими намерениями в лечебных целях) в него вторгаться. Но вторжение в мозг всегда является и вторжением в личность с возможностью не только ее излечения, но также тех или иных изменений личностных особенностей индивидуума. Когда это допустимо с позиций гуманизма, а когда – нет?

Больной человек не сводим к своей болезни, как бы она ни была значима или даже фатальна для него. Гуманистическая психология предполагает уникальность каждого человека, его жизненных целей и помыслов. В каждом человеке есть не только биологическое начало, но и духовное. Человек одновременно является тем, кто он есть, и тем, кем он стремится быть. Человек – активное творческое существо, свободное в выборе своего отношения к внешним обстоятельствам, ответственное за свою жизнь, как и за принимаемые им решения.

Медицинская наука десятилетиями занималась главным образом изучением и объективизированием признаков и субстратов болезни и достигла в этом колоссальных успехов, вплоть до прижизненной неинвазивной визуализации патологии. Но психика человека при этом оставалась в стороне, отодвигалась на второй план. Произошло как бы расчленение человека на носителя болезни, которому и уделялось преимущественное внимание, и личность, которая мало интересовала науку. Восприятие больного прежде всего как личности перестало доминировать. Так, например, нейрохирург видит опухоль мозга, и ему ясно, что надо делать для ее удаления, но он может даже не задуматься о личности ее носителя, его восприятии болезни, целях и смысле жизни и т.д. Успехи современной науки и

техники влияют не только на личность больного, но и на личность врача.

Особенно трагично, что при увеличении возможностей нейрохирургии, как и медицины в целом, происходит обесценивание самой жизни человека. Это явление способно вызвать отчаяние и породить духовный кризис. Мы стоим перед проблемой глубокого преобразования в смысле смены этических ценностей, установления новых связей между понятиями гуманизма и нравственности. Острота ситуации подчеркивается мировым развитием трансплантологии с получением разных органов и тканей прежде всего от нейрохирургических больных.

Противоречия современной нейрохирургии

Современная нейрохирургия стала гораздо гуманнее к пациентам. Вместе с тем одновременно в ней появились новые противоречия, которые ждут своего изучения для их устранения. Представим ряд из них.

Фетишизация нейровизуализационных данных и игнорирование анамнеза, клиники и личности пациента

Из этого противоречия вытекают угрозы:

- 1) атрофии клинического мышления;
- 2) гипоскилии (утраты навыков обследования больного);
- 3) разобщения врача с пациентом.

Подчеркнем: выполнение оперативных вмешательств только по картиночным данным чрезвычайно опасно, ведь оперируется больной, а не картинка.

В частности, ушибы головного мозга тяжелой степени и внутримозговые гематомы значительных размеров (по данным методов нейровизуализации) представляются требующими хирургического вмешательства. Однако, как показали наши исследования, до определенных пределов консервативное лечение лучше способствует разворачиванию саногенных и компенсаторных механизмов пострадавшего мозга, чем оперативное удаление травматического субстрата. Об этом свидетельствуют данные нейромониторинга и изучение катамнеза 78 пациентов, получивших тяжелые очаговые повреждения мозга и успешно пролеченных консервативно [13].

Приведем примеры.

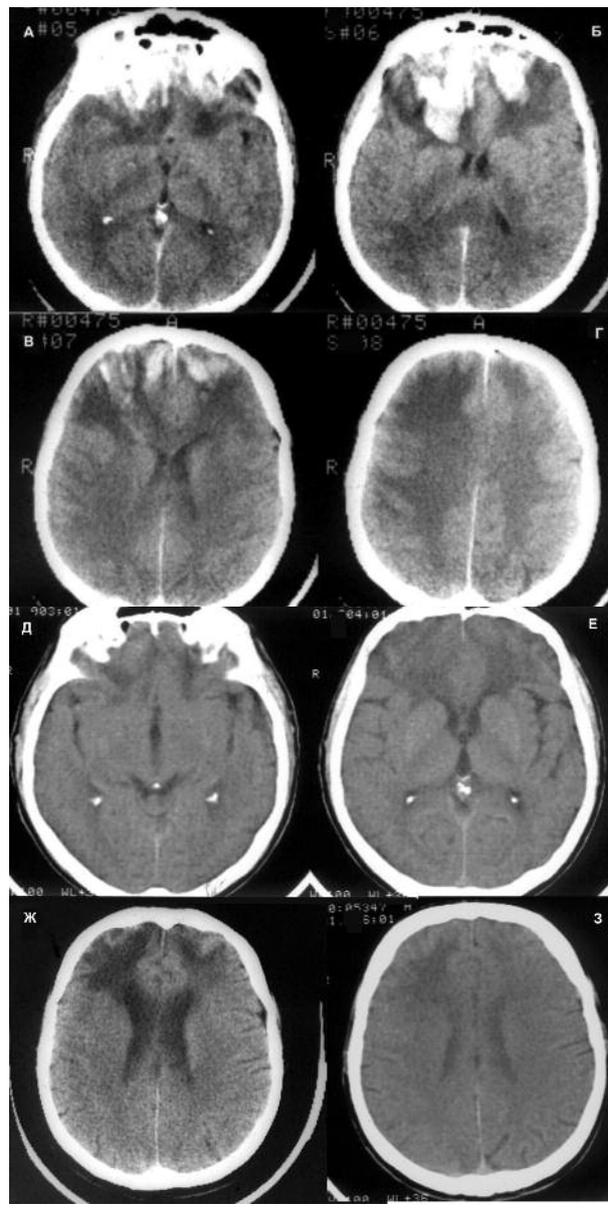
Пострадавший 70 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ): падение на затылок, перелом чешуи затылочной кости, обширные очаги размозжения преимущественно в базальных отделах лобных долей, больше справа, по механизму противоудара (рис. 1). Консервативное лечение. На 31-е сутки: на месте очагов размозжения гиподенсивные зоны; расправление желудочковой системы, визуализация субарахноидальных пространств. Значительное клиническое улучшение. Катамнез: спустя 11 мес после ЧМТ – очаговый спаечно-атрофический процесс в зоне расположения бывших очагов размозжения в лобных долях (см. рис. 1). Клиническое выздоровление.

Аналогична МРТ-динамика у пострадавшего 64 лет с тяжелой ЧМТ и разнополушарными острыми внутримозговой височно-теменной гематомой и крупным фронтальным очагом ушиба мозга (рис. 2). Консервативное лечение. Спустя 74 дня после травмы на снимках в режимах T2 и T1 видны исчезновение перифокального отека и расправление грубо сдавленной желудочковой системы; на месте обширной внутримозговой гематомы сформировалась кистозная полость, а в зоне очага размозжения – рубцово-атрофический процесс (см. рис. 2). Клинически – хорошее восстановление.

Здравый смысл и логика научных знаний

Понятие «здравый смысл» ясно каждому. В клинической работе врач тоже часто руководствуется здравым смыслом, имеющим, разумеется, профессиональное содержание.

Рис. 1. КТ-динамика тяжелой ЧМТ: а – г – при поступлении: обширные очаги размозжения в передне-базальных отделах обеих лобных долей, консервативное лечение; д – з – спустя 11 мес: очаговый спаечно-атрофический процесс в зоне расположения бывших очагов размозжения. Клиническое выздоровление.

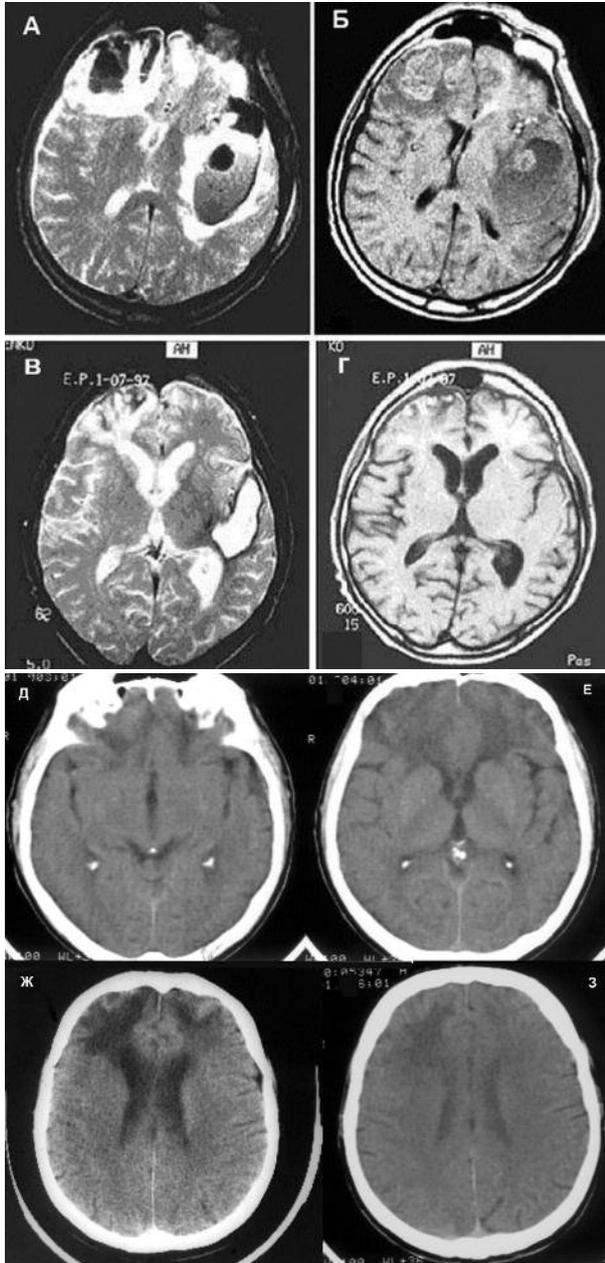


Однако нередко ситуации, когда «здравый смысл» становится опасным. Дело в том, что здравый смысл, говоря обобщенно и научно, есть линейное решение задачи. А врачу часто приходится сталкиваться с задачами, требующими нелинейного решения. Здесь пути достижения цели определяются научными знаниями, способными обеспечить лучший результат, чем следование здравому смыслу. Приведем примеры.

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) является объемным доброкачественным инкапсулированным растущим образованием, которое, если его не устранить, приводит к гибели больного. По здравому смыслу возможно радикальное решение проблемы – одномоментное полное удаление «кровоного мешка» вместе с его содержимым и капсулой через широкую трепанацию. Так поступали на протяжении многих десятилетий, да и сегодня – нередко.

Однако длительно сдавленный хронической гематомой мозг, особенно у пожилых и стариков, не может быстро расправиться. И это создает реальную угрозу тяжелого коллапса и различных осложнений – от напряженной

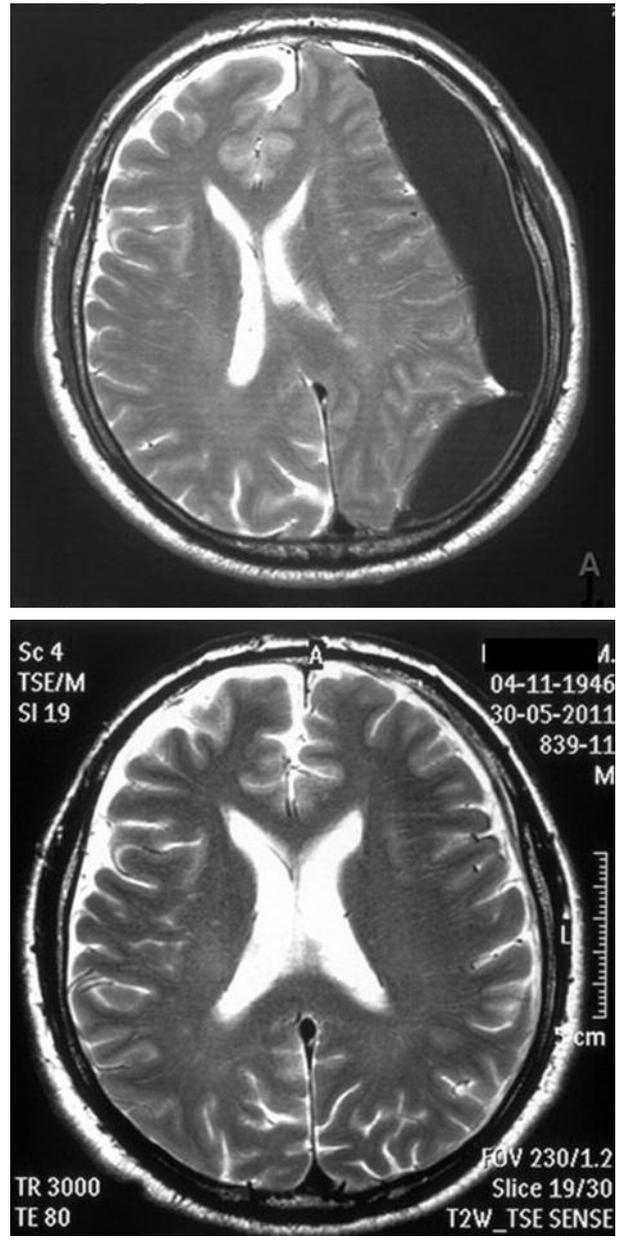
Рис. 2. МРТ-динамика тяжелой проникающей ЧМТ: а (Т2), б (Т1) – при поступлении: внутримозговая гематома в височной доле слева и крупный очаг разможнения в лобной доле справа, консервативное лечение; в (Т2), г (Т1) – спустя 74 сут: в височной доле слева на месте гематомы сформировалась кистозная полость, которая изоинтенсивна в режиме Т1, в зоне бывшего очага разможнения в лобной доле справа – рубцово-атрофические изменения. Клинически – хорошее восстановление.



пневмоцефалии до повторных кровоизлияний. Летальность при радикальном методе лечения ХСГ достигает 12–18% [14].

Между тем проведенные исследования в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко доказали, что основной причиной, поддерживающей существование и периодическое увеличение ХСГ, является гиперфибринолиз ее содержимого. Он обусловлен накоплением в полости гематомы продуктов деградации фибрина, превышающих в 6–60 раз аналогичные показатели в периферической крови у этих же больных [15]. В среде с гиперфибринолизом различные, часто незначительные, внешние и внутренние факторы легко провоцируют макро- и/или микрокровоизлияния из неполноценных сосудов капсулы хронической гематомы.

Рис.3. МРТ-динамика при минимально инвазивной хирургии ХСГ у 67-летнего больного (объяснение в тексте).



Если этот механизм играет решающую роль в патогенезе колебаний объема осумкованной оболочечной гематомы, то следует изменить внутригематомную среду, т.е. удалить продукты деградации фибрина, чтобы запустить процессы саногенеза.

Вместо большого хирургического вмешательства достаточно фрезевого отверстия. Через него пунктируется капсула гематомы и физиологическим раствором вымывается ее содержимое. Далее на короткий срок (1–2 сут) устанавливается система закрытого наружного дренирования.

Значительное улучшение состояния больного и сглаживание очаговой неврологической симптоматики обычно наступают уже на следующий день после дренирования, одновременно обеспечивающего управляемую внутреннюю декомпрессию (свыше 500 наблюдений). А в течение 1,5–3 мес ХСГ, по данным компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) [16], полностью резорбируется вместе со своей капсулой (рис. 3).

Подчеркнем, что «здоровый смысл» в медицине никто не отменял, но гиппократовский принцип «non nocere» нередко оказывается на стороне логики научных знаний.

Риск операции и риск выживания

Такая дилемма всегда присутствует при обосновании показаний к любой операции. Но, может быть, наиболее четко она обозначена при случайном выявлении клинически асимптомной патологии головного и спинного мозга у здорового человека. Факт прижизненной констатации заболеваний или скрытых уродств развития головного мозга требует врачебных решений, одни из которых могут оказаться спасительными, а другие – губительными [17].

Подчеркнем, что диагноз при асимптомной нейрохирургической патологии всегда картиночный, а вот решение о тактике ведения человека, чувствующего себя здоровым, должно быть только клинично-философским.

Профессиональный долг врача и коммерческие соблазны

Врачебная мораль есть кодекс правил и поведения, обеспечивающий добросовестное выполнение медиком своих профессиональных обязанностей. Она, естественно, тесно связана с общественной моралью, обусловленной национальными традициями, укладом жизни, религией, государственным строем, социальной обеспеченностью и защищенностью общества, и с индивидуальной моралью, определяемой врожденными свойствами, условиями, воспитанием и нравственными устоями личности.

Патерналистский, отеческий подход к больному сменился партнерским. Такая демократизация взаимоотношений врача и больного чревата огромными издержками, прежде всего для психики пациента, далеко не всегда готового адекватно принять «всю правду». Все более четко проявляющий себя дальнейший переход от партнерских отношений к клиентским, рыночным по принципу «продал медицинскую услугу – купил медицинскую услугу» опасен крахом для этики в нейрохирургии с заменой ее судебными процессами. Вероятно, именно поэтому количество адвокатов по медицинским делам в развитых странах резко возросло.

Часто общественная мораль извращена рыночными отношениями, коррупцией и социальными диспропорциями. Поэтому почти вся ответственность соблюдения высокой этики врача ложится на плечи личности. Устоит ли она перед разлагающим соблазном денег, богатства или не устоит?

В России врач подвергается большим нравственным испытаниям, чем врач на Западе, где он великолепно материально обеспечен и где между ним и пациентом непосредственно не стоят деньги, а страховые компании выплачивают солидные гонорары. Конечно, и в этой ситуации возможны нравственные падения, как, например, выполнение ненужных операций ради наживы.

Аморально, когда афишируемая бесплатность оказания медицинской помощи служит маскировкой для вымогания денег у больных. В некоторых солидных государственных учреждениях на стенах висят отлитые в металле объявления о бесплатности лечения, а на деле каждого стационарного пациента облагают денежной данью и неотступно требуют ее.

Перешагнув справедливое вознаграждение своей деятельности, пусть не государством, но больным, врач превращается в обычного вымогателя, возникает жажда наживы, разрушающая морально-нравственные устои врача. Увы, подобное встречается в медицинской среде.

Гораздо выше, прежде всего с этической точки зрения, стоит практика страховой медицины в Европе и США, когда функции по-настоящему адекватной, фиксированной оплаты специалиста выполняет государственная или частная страховка. Видимо, это тот путь, по которому следует пойти России и другим странам с неразвитой еще страховой медициной.

В принципе, этика должна быть независима от экономики, но ущербность экономики во многом определяет и ущербность этики.

Большие коммерческие соблазны исходят от фармацевтических и технологических фирм, производящих и распространяющих лекарственные средства и медицинское оборудование. Они, что совершенно естественно, хотят как можно больше расширить рынок сбыта своей продукции в России. Рекламы в медицинских журналах и газетах, по радио и телевидению для этого недостаточно. Гораздо перспективнее и надежнее использовать «агентов влияния» – ученых и практических врачей.

Основным способом завлечь их «в свои сети» является материальная стимуляция. Фирма предлагает видному специалисту выступить на организуемых ею семинарах, симпозиумах, во врачебных аудиториях с лекциями или докладами о преимуществах своих препаратов, инструментов, аппаратуры. За это гарантируются хороший гонорар, финансирование поездок за рубеж, спонсирование издания монографии и т.д. Ничего зазорного в этом сотрудничестве нет, но так «покупается» служение профессионала фирме.

Обязательства перед фирмой порой перевешивают заботу о больном. Меняется психология врача: коммерческие соблазны начинают мешать исполнению профессионального долга. Возникает конфликт интересов и обязательств.

Фирмы щедры на «откат», если у них покупают дорогостоящие аппаратуру, оборудование, реактивы. И это тоже является опасной приманкой для лоббирующих и реализующих их предложения медиков.

В горе люди согласны на все – лишь бы спасти близкого человека. При этом критика и оценка ситуации резко снижаются. Отчаяние охватывает мать, отца, сына, дочь, когда тяжело заболевает кто-то из родных. Долг врача – понять их состояние и постараться помочь всеми достижениями медицины, помочь искренне, не спекулируя на беде и не вымогая деньги.

Приведем недавний пример. Пожилой человек погибал в Америке от метастазов рака легкого. Двадцать лет назад его успешно прооперировали в России с практическим выздоровлением от рака кишечника. Спустя 10 лет мужчину настиг рак легкого в США. Были курсы лучевой и химиотерапии с длительными ремиссиями. Но в конце концов наступила финальная стадия болезни. Родные в отчаянии искали спасения. И нашли – в приличном офисе в Нью-Йорке один эскулап гарантировал исцеление с помощью особых вливаний. На вопрос, что за лекарство – ответил: «Ноу-хау», а на вопрос, сколько это стоит, четко назвал сумму: «Сто тысяч долларов, деньги сразу и без возврата... Я рак вылечу, но могут ворваться осложнения, за них не несу ответственности». Жена и сын, люди образованные, усомнились в эффективности такого лечения. Как им ни было тяжело, они поняли, что это блеф и их разорение бессмысленно.

Пробовать недоказательные методы лечения на безнадежных больных аморально. К сожалению, коммерциализация медицины стала мощным стимулом для всякого рода спекуляций. В наше время коммерческих соблазнов много, а профессиональный долг врача по-прежнему один – честное беззаветное служение больному. Противостоять разлагающему влиянию денег могут только совесть и нравственные устои доктора.

Надежда на спасение жизни и необходимость трансплантации органов – частая дилемма, которая прежде всего ложится на плечи нейротравматолога и реаниматолога. Наряду с объективными показателями смерти мозга здесь не менее важна этическая устойчивость врача.

Обширные технические возможности нейрохирургии и ограниченные финансовые ресурсы – следствием этого противоречия является неполная реализация имеющихся огромных спасительных возможностей современной нейрохирургии, особенно в бедных странах.

Святость жизни и качество жизни – это важнейшая проблема, ибо катастрофа смерти сегодня дополняется неприемлемым ни для самого получившего тяжелейшую ЧМТ, ни для его семьи, ни для общества качеством жизни. Таким, например, как хроническое вегетативное состояние, когда психика отсутствует, а сома при искусственной поддержке способна длительно существовать.

Заключение

Этика в нейрохирургии (как и в любой медицинской дисциплине) существовала изначально. Однако этические принципы долгое время никак не регламентировались и определялись лишь господствовавшей религиозной и общественной моралью, а также уровнем медицины [12, 18]. Развитие цивилизации, внедрение в нейрохирургию высоких технологий и связанных с ними новых диагностических и лечебных возможностей потребовали регламентации этической составляющей врачевания.

За последние десятилетия этика претерпела существенные изменения, прежде всего обусловленные соблюдением прав человека и расширением круга медицинских ситуаций, в которых морально-нравственные факторы играют решающую роль.

Клинический подход к больному как страдающей личности должен противостоять оголенно технологическому, не способному учитывать индивидуальные качества носителя болезни. Конечно, в нейрохирургии нередко имеются препятствия для полного следования принципам медицинской этики. Это обусловлено:

- 1) частым дефицитом времени при тяжелом повреждении мозга;
- 2) бессознательным состоянием пострадавшего;
- 3) необходимостью срочной сортировки и транспортировки пациентов при массовых поражениях;
- 4) нередкой ограниченностью диагностических и лечебных ресурсов.

Этическое слагаемое врачевания крайне необходимо для адекватного разрешения противоречий в нейрохирургии с учетом интересов как больного, так и общества.

Главным, что служит препятствием для дегуманизации медицины, является сочетание высокого профессионализма врача с приоритетом этических и гуманитарных ценностей на всех этапах его обучения и деятельности.

Наряду с внедрением новых технологий для гармоничного развития нейрохирургии следует разрешать ее этические проблемы не только с экономических, но и с этических позиций.

Нейрохирург, как и любой врач, всегда должен быть не только Homo sapiens, но и Homo moralis.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/References

1. Tagatiba M, Ugarte ON, Acioly MA. Ethics in Neurosurgery. In: Clausen J, Levy N (Eds): Handbook of Neuroethics. Dordrecht: Springer, 2015; p. 931–6.
2. Freeman JM. To treat or not to treat: ethical dilemmas of treating the infant with a myelomeningocele. In: Clinical Neurosurgery. Vol. 20. Baltimore: Williams and Wilkins, 1973; p. 134–46.
3. Лихтерман Л.Б., Лонг Д., Лихтерман Б.Л. Клиническая философия нейрохирургии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. / Likhterman L.B., Long D., Likhterman B.L. Klinicheskaia filosofia neirokhirurgii. M.: GEOTAR-Media, 2016. [in Russian]
4. Ammar A, Bernstein M (eds). Neurosurgical Ethics in Practice: Value-based Medicine. Berlin Heidelberg: Springer, 2014.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 7th ed. N.Y.-L.: Oxford University Press, 2012.
6. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г.Юдина. М.: Эдиториал УРСС, 1998. / Bioetika: printsipy, pravila, problemy. Pod red. B.G.Iudina. M.: Editorial URSS, 1998. [in Russian]
7. Gavrus D. Informed Consent and the History of Modern Neurosurgery. In: Clausen J, Levy N (Eds): Handbook of Neuroethics. Dordrecht: Springer, 2015; p. 505–18.
8. Loew F. Ethic in Neurosurgery. Acta Neurochir (Wien) 1999; 116: 187–9.
9. Van Alpen HF (Ed.). Introduction in: Neurosurgery and Medical Ethics. Acta Neurochir 1999 (Suppl. 74): 15–6.
10. Umansky F, Black PL, Di Rocco C et al. Statement of ethic in neurosurgery of the World Federation of Neurosurgical Societies. World Neurosur 2011; 76 (3–4): 239–47.
11. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Охлопков В.А. и др. Клиническое мышление нейрохирурга. Вopr. нейрохирургии. 2014; 6: 68–78. / Likhterman L.B., Kravchuk A.D., Okhlopov V.A. i dr. Klinicheskoe myshlenie neirokhirurga. Vopr. neirokhirurgii. 2014; 6: 68–78. [in Russian]
12. Лихтерман Л.Б., Лихтерман Б.Л. Этика и факторы гуманизации современной нейрохирургии. История медицины. 2015; 2 (3): 416–25. / Likhterman L.B., Likhterman B.L. Etika i faktory gumanizatsii sovremennoi neirokhirurgii. Istorii meditsiny. 2015; 2 (3): 416–25. [in Russian]
13. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма: диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. / Likhterman L.B. Cherepno-mozgovaia travma: diagnostika i lechenie. M.: GEOTAR-Media, 2014. [in Russian]
14. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Хронические субдуральные гематомы. М.: Антидор, 1997. / Potapov A.A., Likhterman L.B., Kravchuk A.D. Khronicheskie subdural'nye gematomy. M.: Antidor, 1997. [in Russian]
15. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и др. Хирургия последствий черепно-мозговой травмы. М., 2006. / Kononov A.N., Potapov A.A., Likhterman L.B. i dr. Khirurgiia posledstviy cherepno-mozgovoï travmy. M., 2006. [in Russian]
16. Potapov A, Kravchuk A, Likhterman L etc. Sequele des trauma cranio-encefalici. Classificazione clinica e chirurgia ricostruttiva e mini-invasiva. Modena (Italia), Athena srl, 2016.
17. Лихтерман Л.Б. Высокие технологии и клиническое мышление в нейрохирургии и неврологии. Нейрохирургия. 2012; 1: 9–17. / Likhterman L.B. Vysokie tekhnologii i klinicheskoe myshlenie v neirokhirurgii i nevrologii. Neirokhirurgii. 2012; 1: 9–17. [in Russian]
18. Lichterman B. Medical Ethics and Communism in the Soviet Union. In: Baker R, McCullough L. (Eds). The Cambridge World History of Medical Ethics. N.Y.: Cambridge University Press, 2009; p. 609–16.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Лихтерман Болеслав Леонидович – д-р мед. наук, проф. каф. истории медицины, истории Отечества и культурологии ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова»

Лихтерман Леонид Болеславович – д-р мед. наук, проф., глав. науч. сотр. ФГАУ «ННПЦН им. акад. Н.Н.Бурденко»

Могила Василий Васильевич – д-р мед. наук, проф. каф. неврологии и нейрохирургии МА им. С.И.Георгиевского ФГАУ «ВО КФУ им. В.И.Вернадского»

Спиру Михалакис Андроникович – канд. мед. наук, Лимасол, Республика Кипр, докторант, ФГАУ «Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко» Минздрава России