

## ЛЕКЦИЯ

© Л.Б. ЛИХТЕРМАН, 2015

**ЭТИКА И ГУМАНИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ***Л.Б. Лихтерман*

Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАН, Москва

*Рассмотрены современные проблемы этики в нейрохирургии. Выделены факторы её гуманизации и дегуманизации. Раскрыты новые противоречия клинической нейрохирургии, порожденные технологическим прогрессом. Представлены меры, способствующие гуманизации нейрохирургии.*

**Ключевые слова:** этика, нейрохирургия, факторы гуманизации.

*The current problems of ethics in neurosurgery are enlightened. The factors of humanization and dehumanization of modern neurosurgery as well as the new contradictions of clinical neurosurgery generated by technologic progress are discussed. The solutions for neurosurgery humanization are presented.*

**Key words:** Ethics, factors of humanization, neurosurgery.

Этика в медицине является основой гуманизма, особенно в клинических дисциплинах. Деятельность современного нейрохирурга должна основываться на совокупности трех главных слагаемых: 1) гуманизме, 2) клиницизме, 3) техницизме, что обуславливает его высокий профессионализм. Однако в обучении и практике нейрохирурга обычно доминируют клинические и технические аспекты, а гуманным началам уделяется мало внимания.

Нейрохирургия переживает технологический взрыв применительно к методам диагностики и лечения патологии головного и спинного мозга; в то же время этическая составляющая врачевания оказалась в глубоком кризисе. Вместе с тем именно этика определяет человеческое лицо нейрохирургии и каждого нейрохирурга.

Термин «этика» стал расхожим и, что особенно опасно, часто употребляемым, без стремления вникнуть в его содержание. Многим «этика» кажется ненужной оберткой, тем более в хирургических специальностях. А между тем в медицине еще со времен Гиппократа этика включает в себя прежде всего человеколюбие, долг, любовь к своей профессии. Без этого невозможно истинное врачевание.

Этика в нейрохирургии (как и в любой медицинской дисциплине) существовала изначально. Однако этические принципы долгое время никак не регламентировались, определяясь лишь господствовавшей религиозной и общественной моралью, а также уровнем знаний и медицины в преломлении личности врача, его совести и культуры. Развитие цивилизации, внедрение в нейрохирургию высоких технологий и связанных с ними новых диагностических и лечебных возможностей потребовали регламентации этической составляющей врачевания.

Этика претерпела существенные изменения, прежде всего обусловленные соблюдением прав человека и расширением круга медицинских си-

туаций, где морально-нравственные факторы играют решающую роль.

Сегодня общепринятые **принципы медицинской этики** включают: 1) автономию пациента, 2) благодеяние, 3) непричинение вреда, 4) справедливость.

Автономия больного означает его право делать выбор, принимать решение и отвечать за свои поступки по отношению к собственному здоровью. Врач должен уважать право больного человека на его размышление и действия, связанные с болезнью, и предоставлять ему честную информацию о ней; сюда относится так называемое информированное согласие. Компетентные (т.е. с сохранной психикой) больные имеют право соглашаться или отказаться от лечения или операции, независимо от связанного с их решением исхода болезни.

Пользу и вред лечения прежде всего оценивает сам больной, если его состояние позволяет ему это сделать. В нейрохирургии благодеяние всегда сопряжено с возможностью причинения вреда, ибо вторжение в мозг не исключает возможности не только дополнительного неврологического дефицита, но и изменения личности больного. Когда это допустимо с позиции гуманизма и когда нет? Вот проблема, требующая обсуждения.

Больные имеют право на справедливое отношение к себе, и никакой дискриминации в их лечении существовать не должно, невзирая на различия в социальном и экономическом положении. Тем не менее, это часто не реализуется.

Наряду с извечными этическими проблемами в современной нейрохирургии возникли новые: 1) диагноз смерти мозга и трансплантация органов и тканей; 2) персистирующее вегетативное состояние; 3) активная и пассивная эвтаназия; 4) нейротрансплантация; 5) клинические испытания новых препаратов, методов диагностики и лечения; 6) клонирование.

### Факторы гуманизации нейрохирургии

Современная нейрохирургия обогатилась факторами, ее гуманизирующими:

1. *Приближение нейрохирургической диагностики к критериям идеального метода (безболезненное, бескровное, безопасное, немедленное и прямое видение головного и спинного мозга).* Диагноз через страдания ушел в историю.

2. *Хирургия ранее недоступной патологии мозга* (опухоли, аневризмы, гематомы ствола мозга, III желудочка, эпифиза, зрительного бугра и др.).

3. *Замена паллиативных операций радикальными* (опухоли основания черепа, краниоорбитофациальные, цереброспинальной оси, глубокие артериовенозные мальформации, гигантские аневризмы и др.).

4. *Распространение щадящих операций* (вместо травматичной трепанации черепа — минимально-инвазивные, эндоскопические, эндоваскулярные, стереотаксические вмешательства и др.).

5. *Прицельность и деликатность самого воздействия на ткани и сосуды мозга* (микрохирургическая техника, системы навигации, интраоперационный мониторинг, волоконная оптика, флуоресценция, лазер, ультразвуковой отсос, «вживленные электроды» и др.).

6. *Переход от деструктивных воздействий к стимуляционным, модулирующим* (особенно в области функциональной нейрохирургии).

7. *Расширение сферы хирургического лечения очаговой патологии ЦНС* (гамма-нож и кибер-нож — при АВМ, первичных и метастатических опухолях, лучевая терапия — при герминомах шишковидной железы, парлодел — при пролактиномах гипофиза, моноклональная иммунотерапия — при метастазах меланомы, консервативное лечение — при очагах разложения и внутримозговых гематомах и др.).

8. *Развитие реконструктивной и косметической нейрохирургии* (врожденные пороки развития головного и спинного мозга, черепа и позвоночника, приобретенные дефекты костей черепа и позвоночника и др.).

9. *Адекватное обезболивание и возможность длительного эффективного управления жизненно важными функциями.*

10. *Новые знания по структуре и функциям нервной системы, по патогенезу и саногенезу её патологии,* 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.*

12. *Открытие реабилитационных центров и хосписов.*

### Факторы дегуманизации нейрохирургии

Наряду с этим встают и проблемы дегуманизации нейрохирургии, в чем-то порожденные, как это ни парадоксально, ее гуманизацией.

1. *Отдаление (дистанцизация) врача от больного.*

Почти безграничные технические возможности нейрохирургии — соблазн, который может склонить наиболее разумные, гуманные для конкретного больного решения. Больной лишается столь необходимого для него развернутого человеческого контакта с врачом, а человеку-врачу он, естественно, доверяет больше, нежели бездушному аппарату. Синдром разобщения врача и больного обуславливает прекращение взаимодействия личности врача с личностью больного. Но при такой ситуации знающего и понимающего врача замещают медсестры, няни, соседи по палате, знакомые и т.д., или же пациент начинает слепо верить только прибору, силясь понять то, что ему до конца не доступно.

2. *Возможность нежелательных изменений психики личности пациента в результате нейрохирургического вмешательства и непредсказуемые последствия этого.*

3. *Содействие генетической катастрофе.* Сохранение жизни нейрохирургическому больному в репродуктивном возрасте чревато опасным засорением генофонда, а генетическая катастрофа еще более трудно обратима, чем экологическая (антиевгеника).

4. *Увеличение ятрогенной нейрохирургической патологии.* Например, дефекты черепа (обусловленные неправомерно широким использованием резекционной трепанации вместо костно-пластической) или синдром оперированного позвоночника.

5. *Высокая и постоянно растущая стоимость нейрохирургического обследования и лечения.* Экономические факторы сдерживают всеобщую гуманизацию нейрохирургии.

6. *Нарушения этического кодекса врача.*

Нейрохирургия достигла такого уровня развития, что для нее стало особенно важным обсуждение проблемы гуманизации с учетом специфики этой специальности. Восприятие больного как личности перестало доминировать. Произошло как бы расчленение человека на носителя болезни, которой уделяется преимущественное внимание, и на личность, которая занимает второй план. Нейрохирург видит, например, опухоль мозга, и ему ясно, что надо делать для ее удаления, и он, не задумываясь, может пройти мимо личности больного, его души, его восприятия болезни, его целей и смысла жизни. Между тем больной человек не сводим к своей болезни, как бы она ни была значима или даже фатальна для него.

Укажем, что успехи современной науки и техники влияют не только на личность больного, но и на личность врача. Особенно трагично противоречие нашего времени, когда при росте спасительных возможностей нейрохирургии, как и всей медицины, происходит обесценивание самой жизни человека. Это явление способно породить отчаяние и духовный кризис. Мы стоим перед проблемой глубокого самопреобразования, как в смысле смены этических ценностей, так и в смысле новых связей между понятиями гуманизма и нравственности. Острота ситуации подчер-

квивается мировым развитием трансплантологии с забором различных органов, прежде всего у нейрохирургических больных.

### Противоречия современной нейрохирургии

Попытаемся систематизировать противоречия современной нейрохирургии:

- избыточность информации, перерастающая в хаос фактов, и поверхностное клиническое мышление, перерастающее во врачебную некомпетентность;
- фетишизация картинок и кривых и игнорирование анамнеза и клинических данных;
- обилие изолированных методов и технологий и недостаток обобщающих теорий и концепций;
- беспощадность прогностической правды и необходимость постоянной надежды;
- увеличение времени взаимодействия доктора и аппарата, пациента и аппарата и уменьшение времени взаимодействия личности врача и личности больного;
- следование рекомендациям доказательной медицины и индивидуальная эффективность лечения;
- риск операции и риск выжидания;
- логика здравого смысла и логика научных знаний;
- стремление к радикальности операции и признание ятрогенной патологии;
- профессиональный долг врача и коммерческие соблазны;
- новые технологии и новые спекуляции (нейромошенники);
- надежда на спасение жизни и необходимость трансплантации органов;
- обширные технические возможности и ограниченные финансовые ресурсы;
- огромные спасительные возможности нейрохирургии и обесценивание человеческой жизни.

Остановлюсь подробнее на некоторых из противоречий.

#### *Беспощадность прогностической правды и необходимость постоянной надежды*

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 проявляющийся себя дальнейший переход от партнерских отношений к клиентским, торговым по принципу «продал медицинскую услугу — купил медицинскую услугу» опасен крахом для этики в нейрохирургии с заменой ее судебными процессами (может быть, именно поэтому в США количество адвокатов по медицинским делам резко возросло, превысив количество врачей). Этика, как и душа, доброта и совесть, должны быть в сердце каждого нейрохирурга.

#### *Профессиональный долг врача и коммерческие соблазны*

Врачебная мораль и нравственность 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).

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 нет денег, а страховые компании выплачивают солидные гонорары. Конечно, и в этой ситуации возможны нравственные падения, как, например, выполнение ненужных операций ради наживы.

В России, как и во многих других странах, врач вынужден, чтобы сводить концы с концами подрабатывать — дежурства, совместительства, консультации и т.д., что, в среднем, дает возможность удвоить доходы. Но для достойной жизни (современная квартира, приличная машина, дача, образование детей, путешествия и т.д.) этого обычно недостаточно. Естественно, что в рамках профессии главной возможностью увеличить доходы остается доплата за лечение самими больными. Психология наших пациентов такова, что они, зная, как невысоко государство оплачивает, а стало быть, и ценит труд врача, чувствуют себя обязанными вознаграждать эскулапа за проявленное к ним профессиональное участие.

Само по себе получение врачом денег от больных за консультацию или операцию вполне укладывается в современную этику взаимоотношений врача и пациента и не нарушает морально-нравственных норм. Это допускает и Этический кодекс российского врача: «Врач вправе принять благодарность от пациента и его близких» (ст. 4).

Но одно дело, когда больной по собственной инициативе в доступных ему пределах денежно благодарит доктора. Другое — когда доктор, подчеркивая, государственной больницы, пользуясь зависимым от него положением больного, сам назначает оплату своих консультаций и операций, несоизмеримую с возможностями больного. Такие действия предосудительны.

Аморально, когда афишируемая бесплатность оказания медицинской помощи служит маскировкой для вымогания денег у больных. В некоторых солидных учреждениях на стенах висят отлитые в металле объявления о бесплатности



лечения, а на деле каждого стационарного пациента облагают денежной данью и неотступно требуют ее.

Власть полученных под столом денег такова, что нередко возникает жажда наживы, разрушающая морально-нравственные устои врача. Перешагнув справедливое вознаграждение своей деятельности, пусть не государством, но больным, врач превращается в обычного вымогателя. Увы, подобное встречается в медицинской среде.

Гораздо выше и, прежде всего, с этической точки зрения, стоит западная практика страховой медицины, когда между врачом и больным непосредственно нет денег, а функцию 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 в нашем обществе ущербность экономики 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 перспективней и надежней 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 гарантируется хороший гонорар, финансирование поездок за рубеж, спонсирование издания монографии и т.д. Ничего зазорного в этом сотрудничестве нет, но так «покупается» служение профессионала фирме.

Любая фирма, понятно, заинтересована, чтобы врач из обширного списка аналогичных препаратов назначал больным производимый именно ею. Как добиться этого? Вот пример. Есть большое количество препаратов, эффективных в лечении эпилепсии, однако у каждого из них есть свои особенности и в клиническом применении, и в индивидуальной переносимости, и в стоимости, и др. Лечение эпилепсии обычно многолетнее и с назначенного препарата трудно «слезть».

Ко мне в кабинет часто приходят представители фармацевтических компаний, производящих противоэпилептические лекарства. Одни — обосновывают преимущества финлепсина, другие — депакина, третьи — топамакса. Однако в одном все едины: выписывайте вашим пациентам именно наш препарат, а мы Вам за услуги будем платить определенный процент за каждый рецепт. И дают список аптек, где есть их лекарства, и отлажена система учета — кто его выписал. Точно так же действуют фирмы, выпускающие аппаратуру,

ортопедические изделия, медицинские полимеры, клеевые композиции, инструменты и т.д.

Я предпочитаю независимость от фирм, ибо как врач обязан свободно учитывать все обстоятельства и болезни, и социального статуса больного. Согласившийся на сотрудничество с фирмой медик уже связан обязательствами, и обязательства перед фирмой порой перевешивают заботу о больном. Меняется психология врача: выписываю лекарства и ничего за это не получаю, но могу выписывать полезный препарат и при этом еще зарабатывать, а сможет ли за него платить больной — не мое дело. Иначе говоря, коммерческие соблазны начинают мешать исполнению профессионального долга врача. Эта категория отклонений не имеет ничего общего с уголовными деяниями и подлежит только моральному измерению.

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

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.

#### *Терапия отчаянья и модные спекуляции*

В горе люди согласны на всё — лишь бы спасти близкого человека. При этом критика и оценка ситуации резко снижаются. Поэтические строки: «Будь, каким ни будешь, только будь!» точно отражают страстное желание сделать даже невозможное, не задумываясь о последствиях. Отчаянье 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.

Увы, идет какой-то девятый вал обманных и разорительных предложений. Я не говорю здесь о знахарях, шаманах, магах, колдунах или экстрасенсах. Врачи и даже профессора выступают в самой неприглядной роли одурчаивателей несчастных. Что хотите — пожалуйста: сделать парализованного — ходячим, слепого — зрячим, глухого — слышащим, обезреченного — говорящим, безрассудного — мыслящим, умирающего — выздоравливающим. Только платите, платите щедро, не жалейте. А методы — у каждого свои, научно звучащие и таинственные.

Отец моего друга погибал в Америке от метастазов рака легкого. Двадцать лет назад его успешно прооперировали в Нижнем Новгороде с практическим выздоровлением от рака нишечника. Спустя 10 лет пожилого человека настиг рак легкого в США. Были курсы лучевой и химиотерапии с длительными ремиссиями. Но 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 это за лекарство — ответил: «ноу-хау», а на вопрос, сколько это стоит — четко назвал сумму — «сто тысяч долларов, деньги сразу и без возврата». «Я-то рак вылечу, но могут ворваться осложнения, за них — не несу ответственности». Жена и сын, люди образованные, усомнились в эффективности такого лечения. Позвонили мне. Я — понимая ситуацию — сказал определенно: «Как вам ни тяжело, это — блеф, ваше разорение бессмысленно».

В последние годы самыми модными, распространенными и дорогими спекуляциями на страданиях стали стволовые клетки. Их применение перспективно, однако только начинает выходить из необходимого исследовательского этапа. Между тем в России стволовые клетки давно используют в лечебных целях с опасным размахом при любых тяжелых заболеваниях и травмах. Куда их только не вводят: в головной и спинной мозг, в цереброспинальную жидкость, в кровь, в мышцы, под кожу, в брюшную полость. Я знаком с результатами терапии стволовыми клетками не понаслышке. После тяжелой черепно-мозговой травмы с диффузным аксональным повреждением мозга порой развивается стойкое вегетативное состояние. После комы восстанавливается деятельность внутренних органов и ствола мозга, но кора больших полушарий, лишенная активирующей импульсации ретикулярной формации, остается выключенной — сознание отсутствует, возникают симптомы её разобщения с подкорково-стволовыми структурами. Видя тщетность усилий нейрореабилитологов, родные пострадавшего впадают в отчаянье. Им предлагают, естественно, за огромные суммы, вернуть человеку психическую жизнь с помощью пересадки стволовых клеток. Обнадежить легко, как и взять деньги, а результатов я не видел. Псевдонаучно обоснованный бум обогащает его творцов, собственно, в этом и есть цель наглой рекламы. А при упреке, что ничего не изменилось, есть «убедительный» ответ — «Слишком поздно к нам обратились». Деньги, однако, не возвращают. Правда, можно судиться, но дело юридически обставлено грамотно.

Пробовать недоказательные методы лечения на безнадежных больных аморально, но и особенно выгодно — всегда есть якобы оправдательные мотивы: «Никто и ничто не помогло, надо попробовать, авось, будет эффект». Однако точно будут только деньги в кармане лжеца от медицины.

К сожалению, коммерциализация медицины стала мощным стимулом для всякого рода спекуляций. Рецепта, как противостоять этому аморальному и чрезвычайно опасному наваждению, я не знаю. Могу только как врач утверждать, что достоверным критерием эффективности любого препарата, любого метода лечения является катанез больных, объективно обнаруживающий те или иные последствия действий доктора и лекарства. Принцип «вперед, а потом разберемся» к медицине не подходит.

### *Системные заблуждения и ошибки в нейрохирургии*

Мы привыкли анализировать, обсуждать и классифицировать ошибки врача, наказывать за них. А в стороне остаются причины массовых ошибок, обусловленные заблуждениями самой медицины. Их непосредственно «творит», конечно, врач, но вины его в этом нет никакой — он лишь следует принятым установкам по лечению больных.

Следует различать заблуждения, обусловленные уровнем знаний, и ошибки, связанные с идеологизированными рекомендациями либо навязываемыми «сверху» субъективными мнениями. Буду конкретен.

Радикальное удаление хронических субдуральных гематом до появления новых знаний по их патогенезу и саногенезу не являлось ошибкой хирурга, хотя нередко результаты были плачевными. Теперь же следование устаревшему стереотипу становится врачебной ошибкой.

После печально знаменитой сессии двух академий в 1950 г. вся отечественная медицина была императивно (и бездоказательно!) подчинена внедрению в практику учения И.П. Павлова, оказав ему «медвежью услугу». Исходя из идеи терапевтической роли «охранительного торможения», потребовали лечить сном и пострадавших с острой черепно-мозговой травмой. Не говоря уже об интоксикации снотворными средствами, погружение в искусственный сон маскировало клиническое проявление компрессии головного мозга внутричерепными гематомами. Врач лишился единственного в то время способа уловить возникновение жизненно опасного сдавления мозга — динамического наблюдения за общемозговыми, очаговыми и стволовыми симптомами. В итоге — терапия сном заканчивалась естественным, но, увы, неразбудимым — коматозным сном с находками гематом на секции. Бред и вред! Очевидно. Но «сонная терапия» ЧМТ длилась годами, противники ее изгонялись. Были защищены также подтверждавшие ее «эффективность» диссертации. Можно ли было винить врача за применение тогда «сонной терапии»? Конечно, нет. Это системная ошибка нашей медицины, распространившаяся и на нейротравматологию.

Вспоминаю, как в 60-е годы два крупных деятеля нейротравматологии — один в Ленинграде, другой в Москве, подхватив экспериментальные данные западных исследователей об эффективности хирургического удаления ушибов головного мозга, некритично перенесли их на человека. И стали требовать повсеместного оперативного лечения очагов церебрального ушиба. Одновременно было выдвинуто еще одно «положение» — удаление травматического субстрата в пределах здоровых тканей мозга. То есть опять-таки механически, некритично перенесли допустимое по отношению к мышцам, костям, внутренним органам на головной мозг. В ту пору еще не существовало методов неинвазивной нейровизуализации. Посему любой тяжелый больной с черепно-мозговой травмой мог рассматриваться как подходящий для трепанации черепа (при

этом рекомендовали резекционную). И это делалось! Многие пострадавшие все же переносили такое вмешательство, особенно на лобных долях. Качество их жизни в дальнейшем оценивали семья и психиатры.

Можно ли винить нейрохирурга, если он в те годы оперировал ушибы головного мозга, не зная ни их точной локализации, ни размеров, ни структуры? Конечно, нет, ибо он следовал рекомендациям мэтров. Это трагическая ошибка нейротравматологии, носившая массовый характер, закончилась, не могла не закончиться — и под напором фактов, собранных другими учеными, и, особенно, когда методы нейровизуализации внесли ясность в понимание очаговых ушибов мозга и их динамику. Оказалось, что с большинством ушибов мозга, даже тяжелой степени, собственные саногенные механизмы справляются лучше, чем хирургическая агрессия. Кстати, на прагматичном Западе давно отказались от широкого применения оперативных вмешательств при ушибах головного мозга.

Я приводил поучительные примеры из прошлого. Но могут ли они способствовать предупреждению подобного в настоящем и будущем нашей дисциплины?

Сегодня «терапия стволовыми клетками» звучит также многообещающе, как в 40-е годы прошлого века «антибиотики». В последнем случае надежды полностью оправдались, хотя и возникло множество проблем.

Проделяют ли такой же путь стволовые клетки? Ответа пока нет. Нужны исследования и осторожность. А взамен, особенно, увы, в России, преобладают спекуляции. Не надо спешить там, где спешить опасно.

Хорошо, что в конце XX века появилась доказательная медицина, направленная против субъективного прессинга в поддержку объективно полезных методов диагностики и лечения. Однако она также таит в себе возможность рекомендаций, которые потом могут быть опровергнуты. Еще одна опасность доказательной медицины: она не способна учитывать индивидуальные особенности больного. Только врач с клиническим мышлением может определить (или скорректировать) допустимость применения принятых стандартов и рекомендаций у конкретного больного.

### Что делать?

В этих условиях, на наш взгляд, заслуживают внимания следующие меры, способствующие гу-

манизации нейрохирургии и препятствующие ее дегуманизации.

1. *Приоритет гуманитарных ценностей и развития общечеловеческого духовного и душевного начала на всех этапах обучения, становления и деятельности нейрохирурга.*

2. *Повышение профессионализма нейрохирурга.* Чем выше профессионализм, тем действенней его гуманизм.

3. *Повышение общей культуры нейрохирургов.* Искусство и литература являются источником гуманизации личности, развивая чувство прекрасного и справедливого у врача.

4. *Эстетизация нейрохирургии* (экстерьер и интерьер стационаров, одежда персонала, оборудование, предметы для лечения и ухода за нейрохирургическими больными и др.).

5. *Поощрение развития модели: врач — больной — семья — общество.*

6. *Дальнейшее развитие фундаментальных исследований по изучению нейрохирургической патологии, способствующих, в конечном итоге, гуманизации диагностики и лечения.*

7. *Гуманное использование сознательной и подсознательной сфер больных.*

8. *Постоянная забота общества о больном, включая компенсацию расходов на лечение и реабилитацию, право выбора врача и др.*

9. *Постоянная забота нейрохирурга о больном.*

10. *Постоянная забота общества о нейрохирурге* (моральные и материальные поощрения, достойные условия работы и жизни, дома отдыха нейрохирургов и др.).

11. *Постоянная забота каждого нейрохирурга об обществе: максимально помогая отдельному больному, беречь здоровье семьи и общества в настоящем и для будущего.*

12. *Оценка любых достижений нейрохирургии прежде всего с гуманистических позиций, принимая только те, которые идут на пользу человечности и нравственности.*

Из всего сказанного вытекает главное условие гуманизации нейрохирургии в высокотехнологичном XXI веке: **нейрохирург, как и любой врач, должен быть не только Homo Sapiens, но также и Homo Moralis.**

### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

*Лихтерман Леонид Болеславович* — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

E-mail: lichterman@hotmail.com