

ЛЕКЦИЯ

© Л.Б. ЛИХТЕРМАН, Б.Л. ЛИХТЕРМАН, 2017

СОВРЕМЕННАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ И НЕЙРОЭТИКА

¹Лихтерман Л.Б., ²Лихтерман Б.Л.¹ Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

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, многолетний опыт авторов и отдельные выборки нейрохирургических пациентов (в частности, 78 наблюдений острых травматических внутримозговых гематом и очаговых разрывов мозга, леченных консервативно; 490 больных с хроническими субдуральными гематомами) с нейровизуализационным и катamnестическим их изучением.

Результаты. Систематизированы факторы гуманизации нейрохирургии. Обнаружены новые противоречия, возникшие вследствие широкого применения в нейрохирургии методов нейровизуализации: фетишизация визуальных данных и игнорирование клиники и личности пациента; профессиональный долг врача и коммерческие соблазны; святость жизни и качество жизни и ряд других.

Показано, как появляются этические дилеммы, которые чреваты угрозами атрофии клинического мышления, гипоскилии, дистанцизации врача от пациента.

Заключение. Разрешение противоречий в современной нейрохирургии требует учета 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, нейрохирургия, факторы гуманизации, нейровизуализация, противоречия нейрохирургии

Objective. To enlight the features of neuroethics and new challenges arising in modern neurosurgery because of its intimate connection with technology.

Material and methods. We analyzed the literature concerning neuroethics as well as our long-term experience and some groups of neurosurgical patients (78 patients with acute traumatic intracranial hematomas and brain contusions treated conservatively; 490 patients with chronic subdural hematomas) with their neurovisualization and catamnesis follow-up.

Results. The factors for neurosurgery humanization were systemized. The new challenges arising because of wide use of neurovisualization methods are discovered: fetishization of visual data and ignoring of clinical signs and patient himself; professional duties of physician and mercantile temptations; holiness of life and quality of life and some others. It was demonstrated how ethic problems are raised which may lead to atrophy of clinical thinking, hyposkillia and increase of distance between physician and patient.

Conclusion. The solve of challenges in modern neurosurgery requires taking into account both interests of patient and society that means combination of high professionalism of neurosurgeon with priority of ethics and humanity values during all time of his education.

Key words: neuroethics, neurosurgery, humanization factors, neurovisualization, challenges in neurosurgery.

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 является разработка и применение этических стандартов в нейронауках, в т.ч. в нейрохирургии. Следует отметить, что ряд клиницистов и философов не видят необходимости выделять этику отдельных специальностей, поскольку в биоэтике утвердилась кон-

цепция 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 т.н. 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 испытаний. Сейчас ни один научный журнал не примет к публикации статью, если клинические испытания проводились без разрешения этического комитета.

Помимо клинических испытаний, в повседневной практике нейрохирурга существует множество этических проблем, не всегда имеющих однозначное решение. Новые нейрохирургические операции, привлекающие внимание публики (такие, например, как нейротрансплантация), не столь проблематичны с этической точки зрения при выполнении некоторых правил: 1) достаточный объем экспериментальных исследований, предшествующих клиническим испытаниям; 2) адекватный дизайн клинического испытания; 3) при необходимости мультидисциплинарного сотрудничества работа должна проводиться в ограниченном числе центров; 4) информированное согласие больных; 5) запрет на преждевременный слив информации в СМИ [8].

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 (WFNS) 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 современной нейрохирургии и проанализировать выявленные её 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 макронеурхирургии — минимально инвазивные микронеурхирургические, 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, «вживленные электроды» и др.);

4) *переход от деструктивных воздействий к стимуляционным и модулирующим;*

5) *хирургическое лечение поражений ранее недоступных областей мозга* (опухоли, аневризмы, АВМ, гематомы ствола мозга, третьего желудочка, эпифиза, зрительного бугра и др.);

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

7) *расширение сферы нехирургического лечения очаговых поражений ЦНС* (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 позвоночника, 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 ЦНС;

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.*

Наряду с этим возникают проблемы дегуманизации нейрохирургии, в чем-то порожденные, как это ни парадоксально, ее гуманизацией. Среди них дистанцирование нейрохирурга от больного с сокращением времени взаимодействия личности врача с личностью пациента; нарушения этического кодекса врача; значительное увеличение ятрогенной нейрохирургической патологии (например, болезнь оперированного позвоночника, дефекты черепа и др). Гуманизацию нейрохирургии сдерживают и экономические факторы, включая прежде всего высокую стоимость лечения.

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 возможностями не только ее излечения, но также тех или иных изменений личностных особенностей индивидуума.

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 душевное 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 восприятия 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 как в смысле смены этических ценностей, так и установления

новых связей между понятиями гуманизма и нравственности. Острота ситуации подчеркивается мировым развитием трансплантологии и получением различных органов и тканей прежде всего от нейрохирургических больных.

Противоречия современной нейрохирургии

Современная нейрохирургия стала гораздо гуманней 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 развертыванию 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 в возрасте 70 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой: падение на затылок, перелом чешуи затылочной кости, обширные очаги размождения преимущественно в базальных отделах лобных долей, больше справа, по механизму противоудара (рис. 1 А-Г). Оглушение. Консервативное лечение. На 31-е сутки: на месте очагов размождения 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 размождения в лобных долях (рис. 1 Д-З). Клиническое выздоровление.

Аналогична динамика МРТ у пострадавшего в возрасте 64 лет с тяжелой ЧМТ и разнополушарными острыми внутримозговой височно-теменной гематомой и крупным фронтальным очагом размождения мозга (рис. 2 А,Б). Консервативное лечение. Спустя 74 дня после травмы на снимках в режимах T2 и T1 видно исчезновение перифо-

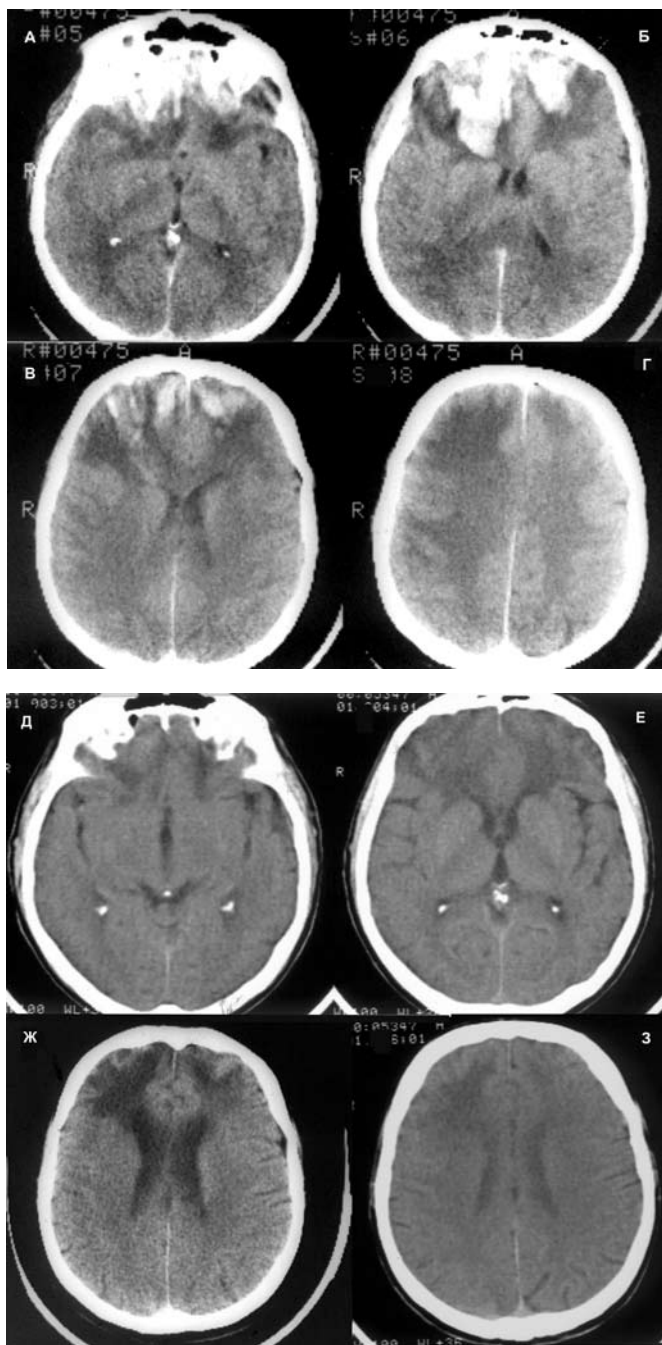


Рис. 1. КТ динамика тяжелой черепно-мозговой травмы. А-Г — при поступлении: обширные очаги размозжения в передне-базальных отделах обеих лобных долей. Консервативное лечение. Д-Ж — спустя 11 мес: очаговый спаечно-атрофический процесс в зоне расположения бывших очагов размозжения. Клиническое выздоровление.

Fig. 1. CT dynamics of patient with severe head injury. А-Г — at admission: massive contusion areas in anterior-basal parts of both frontal lobes. Conservative treatment. Д-Ж — in 11 month after trauma: focal adhesions and atrophy in the area of previous contusion. Clinical improvement.

кального отека и расправление грубо сдавленной желудочковой системы; на месте обширной внутримозговой гематомы сформировалась кистозная полость, а в зоне очага размозжения — рубцово-атрофический процесс (рис. 2. В,Г). Клинически — хорошее восстановление.

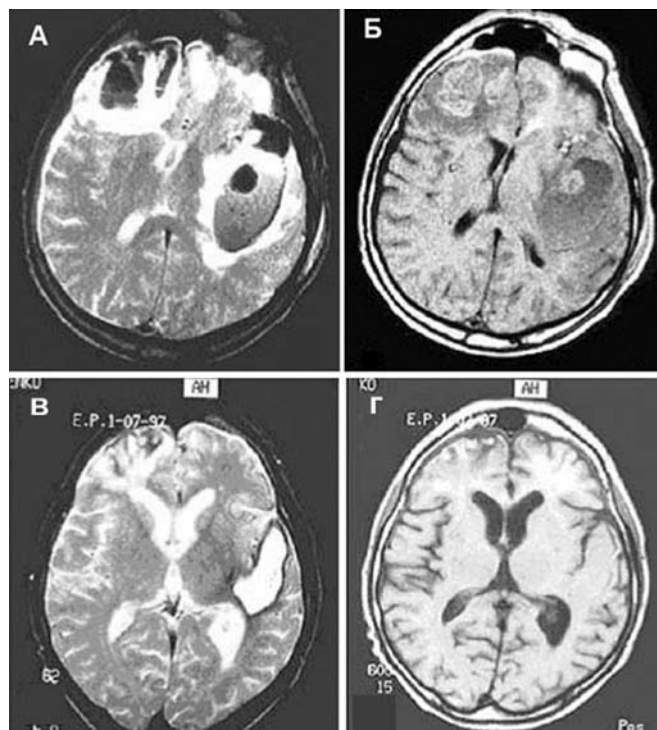


Рис. 2. МРТ-динамика тяжелой проникающей черепно-мозговой травмы. А(Т2), Б(Т1) — при поступлении: внутримозговая гематома в височной доле слева и крупный очаг размозжения в лобной доле справа. Консервативное лечение. В(Т2), Г(Т1) — спустя 74 сут: в височной доле слева на месте гематомы сформировалась кистозная полость, которая изоинтенсивна в режиме Т1, в зоне бывшего очага размозжения, в лобной доле справа — рубцово-атрофические изменения. Клинически — хорошее восстановление.

Fig. 2. MRI dynamics of severe penetrating head trauma. А(Т2), Б(Т1) — t admission : intracerebral hematoma in left temporal lobe and massive contusion in right frontal lobe. Conservative treatment. В(Т2), Г(Т1) — in 74 days after trauma: isodense (Т1) cyst in left temporal lobe in the area of previous hematoma, cicatricial and atrophy changes in the area of previous contusion. Good clinical recovery.

Здравый смысл и логика научных знаний

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

Однако нередки 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 пример.

Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) являются объемным, доброкачественным, инкапсулированным, растущим образованием, которое если его не устранить, приводит к гибели больного. По здравому смыслу возможно радикальное решение проблемы — одномоментное полное уда-

ление «кровавого мешка» вместе с его содержимым и капсулой через широкую трепанацию. Так поступали на протяжении многих десятилетий, да и сегодня такие действия — не редкость.

Однако длительно сдавленный хронической гематомой мозг, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, не может быстро расправиться. И это создает реальную угрозу тяжелого коллапса и различных осложнений — от напряженной 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.

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 фрезевое отверстие. Через него пунктируют капсулу гематомы и физиологическим раствором вымывают ее содержимое. Далее на короткий срок (1-2 сут) устанавливают систему 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 (490 наблюдений). А в течение 1,5-3 мес ХСГ, по данным КТ и МРТ [16], полностью резорбируется вместе со своей капсулой (рис. 3).

Подчеркнем, что «здравый смысл» в медицине никто не отменял, но гиппократовский принцип «поп посеге» 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].

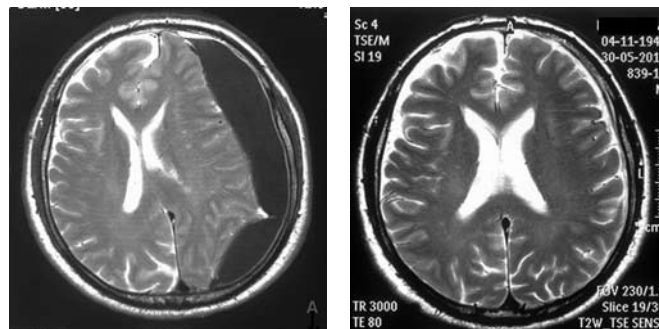


Рис. 3. МРТ-динамика при минимально инвазивной хирургии ХСГ у 67-летнего больного. Режим T2. Видна обширная ХСГ, резко смещающая вправо боковые желудочки. Спустя 2,5 мес после дренирования — гематома полностью резорбировалась, четко визуализируются субарахноидальные пространства, нормализовались положение и форма боковых желудочков.

Fig. 3. MRI dynamics after minimally invasive surgery of chronic subdural hematoma at 67 years old patient (T2). The massive chronic SDH is seen with acute dislocation of lateral ventricles to the right. Since 2,5 months after drainage hematoma is fully regressed, subarachnoid spaces are clearly seen with normalization of localization and shapes of lateral ventricles.

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 проявляющийся 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 от-

ветственность 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, 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 и 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, не соизмеримую с возможностями больного. В этом нет ничего криминального, хотя такие действия предосудительны.

Аморально, когда афишируемая бесплатность оказания медицинской помощи служит маской 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.

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 функции, по-настоящему адекватной, фиксированной оплаты специалиста выполняет государственная или частная страхов-

ка. 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 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.

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. 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 всё — лишь бы спасти близкого человека. При этом критика и оценка ситуации резко снижаются. 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.

Однако порой врачи выступают в неприглядной роли одурачивателей несчастных. Что хотите — пожалуйста: сделаем парализованного ходячим, слепого — зрячим, глухого — слышащим, безреченного — говорящим, безрассудного — мыслящим, умирающего — выздоравливающим. Только платите, платите щедро, не жалейте. А методы — у каждого свои, научно звучащие и таинственные.

Приведем недавний пример. Пожилой человек умер 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 хими-

отерапии 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-то 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 нейроотравматолога 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 черепно-мозговую травму, 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 технологическому, не способному учитывать индивидуальные качества носителя болезни. Однако 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.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

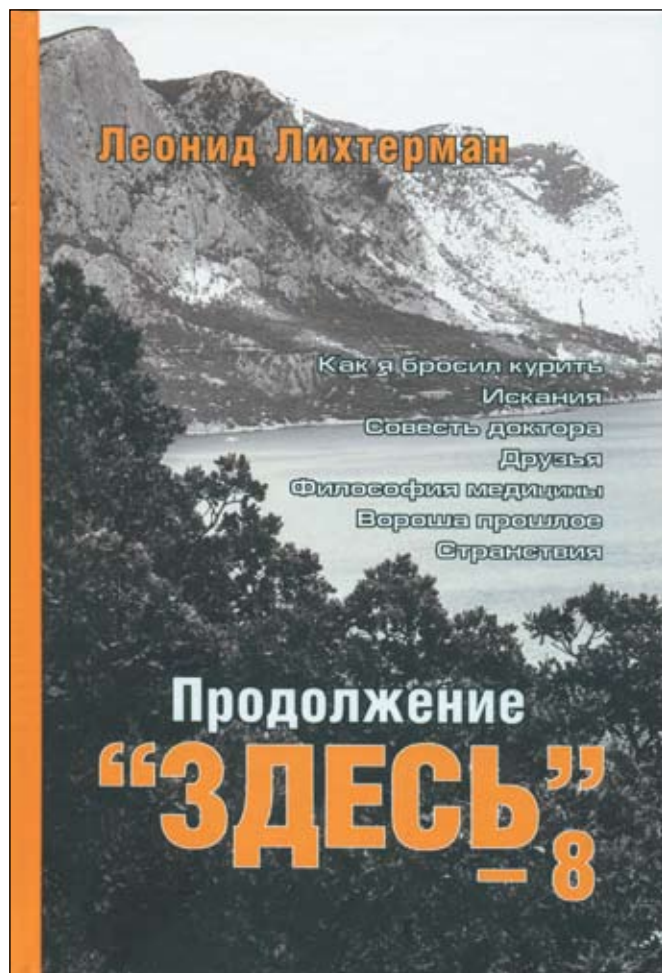
Лихтерман Леонид Болеславович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Национального научно-практического центра нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. E-mail: likhterman@nsi.ru

Лихтерман Болеслав Леонидович — доктор медицинских наук, профессор кафедры истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Tatagiba M., Ugarte O.N., Acioly M.A. Ethics in Neurosurgery. In: Clausen J, Levy N (Eds): Handbook of Neuroethics. — Dordrecht: Springer, 2015 : 931-936
2. Freeman J.M. 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: 134 — 146.

3. Лихтерман Л.Б., Лонг Д., Лихтерман Б.Л. Клиническая философия нейрохирургии. Москва, Геотар Медиа, 2016, 264 с.
4. Ammar A., Bernstein M. (eds). Neurosurgical Ethics in Practice: Value-based Medicine. — Berlin Heidelberg: Springer, 2014, 286 p.
5. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics, 7th ed. N.Y.-L.: Oxford University Press, 2012; 480 p.
6. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г.Юдина. М., «Эдиториал УРСС», 1998; 470 с.
7. Gavrus D. Informed Consent and the History of Modern Neurosurgery. In: Clausen J, Levy N (Eds): Handbook of Neuroethics. — Dordrecht: Springer, 2015 : 505-518.
8. Loew F. Ethic in Neurosurgery. Acta Neurochir (Wien); 1999, 116:187-189.
9. Van Alpen H.F. (ed.). Introduction in: Neurosurgery and Medical Ethics. Acta Neurochir (1999) [Suppl] 74. s.15-16.
10. Umansky F., Black P.L., Di Rocco C. et al. Statement of ethic in neurosurgery of the World Federation of Neurosurgical Societies. World Neurosur. 2011; 76 (3-4): 239-247.
11. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Охлопков В.А. и др. Клиническое мышление нейрохирурга. Вопросы нейрохирургии. 2014; 6: 68-78.
12. Лихтерман Л.Б., Лихтерман Б.Л. Этика и факторы гуманизации современной нейрохирургии. История медицины. 2015. Т.2. № 3: 416-425.
13. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма: диагностика и лечение. Москва, Геотар-Медиа, 2014, 481 с.
14. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Хронические субдуральные гематомы. М., Антидор, 1997, 231 с.
15. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и др. Хирургия последствий черепно-мозговой травмы. М., 2006, 352 с.
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, 319 s.
17. Лихтерман Л.Б. Высокие технологии и клиническое мышление в нейрохирургии и неврологии. Нейрохирургия, 2012, № 1, с.9-17.
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: 609-616.



НОВЫЕ КНИГИ

Лихтерман Л.Б. Продолжение «Здесь»-8. — М.: 2017. — 432 стр..

Книга продолжает авторскую серию «Здесь» (2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2011, 2014, 2016) — исканий и публицистики, связанных с проблемами нейрохирургии и неврологии, а также воспоминаний и странствий.