

поэтому терапия должна строиться по годовому плану с учетом преемственности в ее осуществлении. Поскольку пребывание в санатории, связанное со снятием трудовой нагрузки, эмоционального напряжения, изменением режима физической нагрузки и соблюдением строгой диеты, может изменить потребность в инсулине или других противодиабетических средствах, в первые дни требуются контрольные исследования и коррекция противодиабетических средств.

Комплексное лечение включает диету- и медикаментозную терапию, физический режим, ЛФК, физио- и бальнеотерапию. Больной должен получать те противодиабетические средства, которые были им использованы ранее, с изменением лишь дозировки препаратов. Включение новых медикаментов возможно лишь при гарантии их наличия в месте постоянного наблюдения за больным или по абсолютным показаниям.

Лечение хронических осложнений является частью плановой годичной терапии и должно строиться с учетом данных санаторно-курортной карты, в которой лечащий врач обязан указывать виды проводимого в течение года лечения. Целесообразно планировать на период пребывания в санатории, профилактории применение медикаментов, требующих обязательного инъекционного введения (кокарбоксилаза или АТФ, алоэ, эуфиллин, никотиновая кислота, трентал) и др., так как в условиях амбулаторного лечения для проведения инъекционной терапии необходимы значительные затраты времени. Показано лечение ангиопатий различной локализации, нейропатий и других осложнений, а также сопутствующих заболеваний. Особое место в лечении в санаториях и профилакториях следует отводить физиотерапии осложнений и сопутствующих диабету заболеваний. Эти виды лечения также должны осуществляться по годовому плану с учетом более эффективного их применения в санатории и профилактории. Мышечная работа служит существенным фактором утилизации глюкозы, а значит элементом лечения сахарного диабета, тем более сопутствующего ожирения. К сожалению, в индивидуальном режиме больного сахарным диабетом значение мышечной работы и физического режима недооценивается, что ведет к недоиспользованию резервов, а при нестабильном физическом режиме — к неотрегулированному лабильному течению заболевания. Обязательным условием лечения больных сахарным диабетом, особенно получающих противодиабетическую медикаментозную терапию, является стабильность физического режима на каждый день. Рациональная дозированная физическая нагрузка в санатории включает прогулки, гимнастику, спортивные занятия, ЛФК и должна строиться с учетом образа жизни и возможностей послесанаторного периода. С целью похудания она дополняется по показаниям щадящим, тонизирующим, тренирующим режимами. При определении характера и объема физической нагрузки ЛФК принимаются во внимание привычки, возраст, осложнения; функциональное состояние систем, в первую очередь сердечно-сосудистой; наличие ожирения, степень компенсации обменных нарушений, а также реакция больного на физический режим. Проводятся утренние и лечебная гимнастика, прогулки, терренкуры, спортивные упражнения и спортивные игры, трудотерапия. Важно выработать навыки физической культуры и внушить больному необходимость пожизненного соблюдения принципов физической активности и стабильного режима.

В общий план лечения входит коррекция психоэмоционального состояния больного с применением всех известных мер, воспитание принципов и приемов психогигиены. При планировании лечения в санатории и тем более в профилактории необходимо учитывать возможности больного и исключать как суммарную перегрузку всех лечебных мероприятий, так и перегрузку в отдельные часы, не удобные для больного.

Профилактика сахарного диабета в санаториях и профилакториях заключается в пропаганде знаний по этому вопросу, воспитании навыков и здоровых привычек, организации рационального режима физической активности и диеты. Достижение эффекта похудания лиц с избыточной массой тела, лечение заболеваний, предрасполагающих к диабету, а также исключение факторов ятрогенного диабета — конкретные пути профилактики диабета.

Поступила 20.06.85

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

УДК 614.253

ТРАНСФОРМАЦИЯ НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИХ ПОНЯТИЙ МЕДИЦИНЫ В ЭПОХУ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

А. П. Федяев

Кафедра марксистско-ленинской философии (зав. — проф. Р. Г. Балтанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

При социализме врачебная этика по своему содержанию качественно иная, чем в капиталистическом обществе, поскольку в ее основе лежат нормы и принципы не буржуазной, а коммунистической морали. Наряду с этим на область морально-нравственных отношений в медицине определенное влияние оказывает научно-техническая

революция, что приводит к трансформации основных положений врачебной этики — гуманизма, долга, чести и др. Сущность трансформации понятий состоит, на наш взгляд, в том, что под воздействием различных причин они приобретают новые свойства, признаки, изменяющие содержание, форму и соотношение понятий между собой. Трансформация норм и принципов врачебной этики обусловлена, во-первых, динамикой социальных процессов (гуманизацией общественных отношений, возрастанием роли морального фактора, изменением социально-экономического положения врача), во-вторых, количественными и качественными изменениями в самой медицине и, в-третьих, относительной самостоятельностью содержания врачебной морали. Процесс трансформации происходит в рамках как отдельных наук, так и всей медицины. При этом формируются частные положения, имеющие место в определенной сфере деятельности (деонтологические нормы поведения врача-педиатра отличаются от аналогичных требований в хирургии), и общие, применение которых возможно в любой профессии.

Но необходимо отметить, что в связи со спецификой медицины понятия врачебной этики подвергаются трансформации не в одинаковой мере. Например, такие принципы и нормы врачебной этики, как гуманизм, ответственность, врачебная тайна и т. д., в большей степени, чем другие, изменили свое содержание под воздействием научно-технической революции. Это ставит перед исследователями дополнительные трудности в изучении не только тех понятий, которые уже подвергались трансформации, но и характера возможных изменений. Естественно, что при подобном анализе необходимо «активнее вторгаться в жизнь, вести смелый научный поиск, выявлять внутренний смысл, взаимосвязь явлений, подмечать и анализировать вновь зарождающиеся тенденции, показывать пути решения назревших проблем» [1].

В социалистическом обществе повышение моральной ответственности врачей перед обществом в значительной мере обусловлено научно-технической революцией. В медицине появляются качественно новые возможности воздействия на человека, что ведет к возрастанию роли нравственных норм в деятельности как отдельного врача, так и всего медицинского коллектива. Одновременно усиливается вероятность возникновения врачебных ошибок, так как из широкого арсенала существующих способов лечения необходимо выбрать оптимальный. В этом случае мерой действия по отношению к больному служат уровень профессиональной подготовки врача и степень осознания им своего врачебного долга. Но научно-техническая революция может оказывать и негативное влияние на ответственность врача. Так, в прошлом медики несли личную моральную ответственность за проведение клинического эксперимента, часто выполняемого на себе самом и без достаточного научного обоснования (примером может служить введение в практику медицины оспопрививания Джернером в XVIII в., сальварсана Эрлихом в начале XX в.). Однако в эпоху научно-технической революции личная моральная ответственность врачей за введение нового в медицину как бы перекладывается с совести одного специалиста на существующую систему здравоохранения, включающую в себя строгий фармакологический контроль, что приводит, например, к исчезновению из медицинской практики случаев проведения экспериментов на врачах.

Определенной трансформации в эпоху научно-технической революции подвергается и такой основной принцип медицинской этики, как гуманизм [3]. Практически все этические кодексы врачебной деятельности в прошлом выдвигали в качестве необходимого условия обеспечения гуманного характера медицины требование «не повреди», которое было морально оправдано относительным развитием науки и практики. В настоящее время появляются дополнительные возможности лечения больных, позволяющие углубить и дополнить ведущий принцип врачебной этики другим, более действенным, — «активно вмешивайся». В связи с этим возникает проблема теоретического осмысления и практического использования диалектической взаимосвязи данных этических принципов в интересах больного. Однако в эпоху научно-технической революции трансформации подвергается не все содержание принципа гуманизма. И в настоящее время нет никаких оснований для введения в советскую медицину и морального оправдания так называемого принципа эвтаназии (ускорение смерти неизлечимого больного с целью прекращения его физических и моральных страданий), широко практикуемого во многих буржуазных странах [2].

Определенная трансформация некоторых положений врачебной этики в современной медицине происходит с изменением формы организации труда и появлением новых медицинских специальностей, что существенно повлияло на взаимоотношения врача с коллегами и больными. Во врачебной деятельности повышается значимость принципов коллегиальности, совершенствования профессиональных знаний. Однако одновременно произошло некоторое снижение индивидуальной ответственности врачей за результат лечения больного, а также определилось противоречие между необходимостью повышать роль принципа индивидуального подхода к больному и тенденцией к росту численности медицинских специальностей. Отсюда можно сделать вывод, что появление в медицине узкой специализации в какой-то мере ограничивает мировоззренческую основу нравственных представлений врачей и может негативно отразиться на их моральном облике.

Большое значение для практической реализации гуманистических принципов медицины в социалистическом обществе имеет понимание врачами категорий добра и

зла, содержание которых изменяется в эпоху научно-технической революции. Добром во врачебной этике обозначаются поступки и действия врача, способствующие выздоровлению больного, поддержанию его здоровья и направленные на нормальное функционирование и развитие социалистической системы здравоохранения, а также любые социальные мероприятия, содействующие укреплению общественного здоровья. Зло же, наоборот,— это поступки, процессы и действия (независимо от того, исходят ли они от самих медработников или от других классов, групп людей), которые идут вразрез с этими общезначимыми целями. Осознание и практический учет диалектики добра и зла пронизывают все сферы деятельности медицинских работников — лечебно-профилактическую, научную и т. д. Особенное значение приобретают, на наш взгляд, проблемы соотношения старого и нового, что ставит перед врачом нравственную задачу: лечить больного традиционным способом или предложить более современный, что требует определения степени допустимого риска и выявления факторов, которые могут негативно повлиять на процесс лечения. Таким образом, можно прийти к выводу о существовании диалектической связи между пониманием медицинскими работниками содержания категорий, имеющих большое мировоззренческое значение, и характером выполнения ими своего профессионального долга.

В настоящее время понятие «врачебный долг» рассматривается не в узко лечебном, а в широком социологическом аспекте, поскольку оно включает проблемы, ранее не связанные со сферой врачебной этики. Одна из этих проблем выступает в форме практической реализации важнейших общечеловеческих задач — сохранения мира на земле, борьбы за социальный прогресс. Кроме того, изменение содержания врачебного долга в эпоху научно-технической революции обусловлено ростом производительных сил и выражает заинтересованное отношение общества к развитию физических и духовных сил человека, охране природы. Поэтому профессиональный долг врача неотделим от его общественного долга, а изучение понятий врачебной этики возможно только в контексте социальной деятельности медицинского работника. И хотя общественный и профессиональный долг медработника еще не всегда совпадает, однако он находится в диалектической связи с его профессиональной подготовленностью, честью, достоинством, авторитетом. В свою очередь, честь и достоинство специалиста в эпоху научно-технической революции определяются не социальной значимостью его профессии, не его личностными качествами, а тем, как он выполняет свои обязанности, какова оценка его труда со стороны общества, а также внутренним сознанием своего личного достоинства. Добросовестное отношение к общественному и профессиональному долгу обуславливает возрастание авторитета врача, который зависит также от уровня его знаний, навыков, общей культуры, моральных качеств, профессионального долга, такта и умения сохранять врачебную тайну.

В эпоху научно-технической революции понятие «врачебная тайна» является более емким по содержанию, чем раньше. Это проявляется прежде всего в том, что в условиях коллективной организации труда медицинских работников процесс сохранения врачебной тайны усложняется в связи с увеличением числа лиц, имеющих возможность ознакомиться с подобной информацией, и возрастает необходимость сохранения в тайне многих аспектов здоровья и болезни человека. Кроме того, современная медицина носит преимущественно профилактический характер, что требует изучения многих аспектов духовно-практической деятельности человека (образа жизни, интересов, потребностей) и передачу этих сведений различным группам населения (сюда входят задачи профилактики семейно-брачных конфликтов, полового воспитания молодежи). Трансформация понятия «врачебная тайна» состоит в том, что подобная неинформированность негативно отражается на состоянии общественного здоровья. Кроме того, научно-техническая революция оказывает качественное воздействие на духовное развитие личности, уровень ее информированности, что изменяет место врачебной тайны в системе нравственных отношений врача и больного. Так, появление новых методов лечения иногда формирует у части населения неадекватное представление о возможностях медицины, способствует росту самолечения. Растущая осведомленность в вопросах медицины, в свою очередь, часто приводит к росту так называемых ятрогенных заболеваний, связанных с неправильным пониманием патологических и нормальных процессов, происходящих в организме человека, и определенным самовнушением.

Таким образом, на содержание понятий врачебной морали в социалистическом обществе существенное влияние оказывает научно-техническая революция, что обуславливает необходимость разработки врачебной этики как самостоятельной научной дисциплины и формирования у медицинских работников способности к самостоятельной моральной ориентации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачев М. С. Живое творчество народа. М., Политиздат, 1985.— 2. Царегородцев Г. И., Кармазина Е. В. Вопр. философии. 1984, 12, 111.— 3. Чазов Е. И., Царегородцев Г. И. Полит. самообразование, 1984, 2, 36.

Поступила 24.04.85