

не должна рассматриваться только как нечто, подлежащее искоренению. Слишком сильный акцент на устранении ведет к тому, что во имя некоторого предполагаемого добра творится зло такое как евгеническое движение, нацизм, ликвидирующий социально и этнически непригодных, и тоталитарные режимы, стремящиеся искоренить социальную несправедливость. «Учет уязвимости человека», о котором говорится в статье 8, предполагает соблюдение равновесия между устранением и принятием уязвимости человека. Такое равновесие проявляется в некоторых дилеммах:

А) Инвалидность. Инвалидность рассматривается как ненормальное явление, так что инвалиды (лица с ограниченными возможностями) по определению являются уязвимыми; в то же время инвалиды (маломобильные лица) не должны подвергаться стигматизации, выражающейся в отношении к ним как к «ненормальным».

Б) Депрессия. Препарат прозак (Prozac) широко используется в качестве антидепрессанта, когда обнаруживаются явные клинические симптомы депрессии; в то же время его считают лекарством от уныния и грусти.

В) Смерть. С точки зрения медицины место смерти в жизни человека амбивалентно: в паллиативной медицине смерть понимается как часть жизни, тогда как в некоторых других областях медицины смерть все еще считается врагом.

Список литературы

1. Доница А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – № 2(10) – 2012. – С.59–62.
2. Доница А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. – № 2. – С.52–57.

ДЕТИ КАК ПАЦИЕНТЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИНИКИ

¹Егорова В.А., ²Доница А.Д.

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,
e-mail: addonika@yandex.ru;

²Волгоградский медицинский научный центр,
Волгоград

В контексте надлежащего исполнения медицинских услуг, особое место занимает проблема правоспособности детей давать согласие на медицинское вмешательство [1]. Дети и новорожденные, согласно основным биоэтическим принципам, относятся к группе лиц, которые пока еще не в состоянии принимать самостоятельные решения. Новорожденные не в состоянии принимать решения, понимать информацию, рационально обрабатывать ее или стремиться прийти к разумному итогу. Когда в отношении их необходимо принимать адекватные решения, наилучшими кандидатами для этой роли являются родители, поскольку считается, что именно

они будут руководствоваться наилучшими интересами своих детей. Однако, бывают случаи, когда родители не руководствуются лучшими интересами своих детей. Тогда возможно вмешательство государства с тем, чтобы лишить их роли лиц, принимающих решение. Это делается по решению суда, устанавливающего над ребенком опеку. Может показаться, что дети не могут думать, как взрослые. Но если это и справедливо в отношении маленьких детей, то по мере взросления дети демонстрируют значительные отличия друг от друга. Конвенция ООН «О правах ребенка» утверждает, что ребенок имеет право выражать собственные взгляды на то, что он считает должным, когда взрослые принимают затрагивающее его решения, причем решение ребенка должно приниматься во внимание (ст. 12); что ребенок имеет право передавать и получать информацию (ст. 13); что он имеет право мыслить и верить так, как он хочет, и придерживаться своей религии в той мере, в какой это не нарушает права других лиц (ст. 14); что он имеет право на личную жизнь (ст. 16). Исследования с участием детей проводятся с целью узнать больше о характере детского развития, о детских болезнях и потенциальных методах их лечения. Важной гарантией, призванной минимизировать недостаточное уважение к анатомии, является общее правило, в соответствии с которым в тех случаях, когда исследование может проводиться с участием взрослых, в него не следует включать детей [1].

Список литературы

1. Доница А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – № 2(10) – 2012. – С.59–62.
2. Доница А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. – № 2. – С.52–57.

СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕНТ АВТОНОМИИ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

¹Ерохина А.В., ²Доница А.Д.

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,
e-mail: addonika@yandex.ru;

²Волгоградский медицинский научный центр,
Волгоград

Современные исследования в междисциплинарном поле медицины, философии, биоэтики и права демонстрируют доминирование автономии пациента в медицинской практике [2].

В то же время, в этике понятия автономии и ответственности взаимосвязаны. Ответственность означает автономию; без ответственности нет автономии; если нет ответственности, автономия превращается в произвол, когда при принятии решения человек не принимает во внимание интересы других.

В настоящее время различные такие уровни и понятия автономии, как свобода от патерналистского вмешательства, тем более от авторитарного диктата со стороны любого агента, включая государственные и особенно транснациональные корпорации, способность к самоопределению; способность действовать на основе рациональных принципов и правил в соответствии с тем, как данный человек понимает свое благо, личное достоинство и счастье; способность обдумывать эти принципы и правила, влиять на их формирование и реформирование в ходе публичного обсуждения. В свою очередь различают и ряд аспектов ответственности: спонтанно обретенный статус или обязательства (например, ответственность родителей); сознательно принятый статус или обязательства (ответственность профессионала, а также человека, самостоятельно принявшего на себя обязательства); юридическая ответственность.

Рассмотренный контент относится в равной мере как к пациентам, так и к медицинским специалистам, определяя комплементарность их прав и обязанностей [1].

Список литературы

1. Доница А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 – № 1(15) – С.58–60.
2. Доница А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. – № 2. – С.52–57.

БИОЭТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ «БЛАГА» В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Жолудь Д.С., Доница А.Д.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,
e-mail: addonika@yandex.ru*

Проблема повышения качества медицинской помощи обуславливает поиск скрытых потенциалов в междисциплинарном поле социологии, медицины, права и экономики. Особый интерес представляют эксплицированные в современных исследованиях пациент-ориентированные техники оказания медицинских услуг. В основе их разработки лежит интериоризация пациентом своей роли в рассматриваемых общественных отношениях [2]. В свою очередь «краеугольным камнем» пациентского восприятия «роли больного» является понимание им биоэтического феномена «блага для здоровья», широкий диапазон которого показали результаты социологических опросов и психологических тестов: «избавление от страданий», «забота», «предотвращение болезни и (или) инвалидизации», «восстановление или улучшение здоровья», «психологическая польза» и др. На первый взгляд может показаться, что определить потребности, касающиеся здоровья, не так уж и сложно. Хорошо известны обычные причины,

побуждающие обратиться к врачу. При этом пациент ожидает, что врач сможет выявить какую-то проблему, связанную с болезнью, скажет, что у него «инфекция» или что его «состояние требует дальнейшего изучения», которое будет включать серьезные обследования. Существует стандартная классификация болезней к которой прибегают врачи при проведении таких обследований. Поэтому очень заманчиво сделать такой вывод: быть здоровым – значит быть свободным от любой из болезней, фигурирующих в этом списке, а быть больным – значит страдать от одной или нескольких таких болезней. Таким образом, может сформироваться ложное представление, что как только врач определяет заболевание, он тем самым определяет и потребности в здоровье. Отсутствие болезни означает отсутствие потребности в получении медицинской помощи, так что в этой ситуации нет возможности получать благо для здоровья. Наличие же болезни, означает наличие потребности в лечении, и возможности лечения, ведущего либо к излечению, либо к временному облегчению проявлений болезни; и то, и другое, является благом для здоровья. Такое ложное представление о «блага для здоровья» является причиной медиализации.

Список литературы

1. Доница А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – № 1(15). – С.58–60.
2. Доница А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. – № 2. – С.52–57.

ФЕНОМЕН ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ БАКТЕРИЙ

Журлов О.С.

*Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург,
e-mail: jurlov1968@mail.ru*

Значительный рост резистентности бактерий к антибактериальным препаратам и повышение устойчивости к эффекторам врожденного иммунитета, на фоне увеличения количества иммунокомпроментированных пациентов и лиц с иммунодефицитными состояниями способствует росту постоперационных инфекционных осложнений. Поэтому, одним из важных направлений исследований является расшифровка механизмов формирования устойчивого бактериального фенотипа (морфотипа), обладающего резистентностью к антибактериальным препаратам и эффекторам врожденного иммунитета.

В ряде публикаций [4, 5], авторы пытаются объяснить повышение антибиотикорезистентности клинических изолятов бактерий формированием «особого» бактериального фенотипа (с измененным метаболизмом, низкой скоростью роста или переходом в некультивируемое