

ми, исходящими от нашей биологии, такими как старение, подверженность недугам, болезням и смерти; экологическими и другими природными и вызываемыми человеком угрозами, такими как голод, землетрясение, ураган, загрязнение окружающей среды и экологические катастрофы. Социальная уязвимость – связана с ограниченной способностью людей налаживать общественную жизнь и совместно пользоваться благами и услугами: социальные угрозы, вызываемые войной и преступностью, предрассудками и дискриминацией, жестокостью и безразличием; люди становятся также уязвимыми в результате госпитализации и помещения в закрытые учреждения; социальные обстоятельства и условия. Культурная уязвимость – связана с хрупкостью определенных традиций и ценностных концепций, типичных для каких-либо общностей или локальных культур. В современной медицинской практике должны учитываться все виды уязвимости, для создания оптимального психологического климата для пациента.

Список литературы

1. Доница А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – № 2(10). – 2012. – С.59–62.
2. Доница А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 – № 1(15) – С.58–60.

МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ КАК КОНТРАКТ МЕДИЦИНЫ И ОБЩЕСТВА

Озерова В.А., Доница А.Д.

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

Проблема повышения качества медицинской помощи тесно связана с проблемой повышения медицинского профессионализма, исследование которого в междисциплинарном поле социологии медицины представляется наиболее адекватным. Профессионализм – это поведение, цели и качества, которые характеризуют или отличают ту или иную профессию или личность профессионала.

Международный Проект «Медицинский профессионализм в новом тысячелетии: хартия врача» определяет профессионализм как основу контракта медицины с обществом. Профессионализм «требует ставить интересы пациентов выше интересов врача, устанавливать и соблюдать стандарты компетентности и добросовестности и давать экспертные рекомендации обществу по вопросам здравоохранения. Принципы и сфера ответственности профессиональных медиков должны четко осознаваться как самими профессионалами, так и обществом. Важным аспектом этого контракта является общественное доверие к врачам, что зависит от добросо-

вестности как отдельных врачей, так и всей профессии».

Таким образом, профессионализм непосредственно связан с этикой. Его этическим выражением является «профессиональная этика». Иногда она формулируется в виде кодексов профессиональной этики. В ходе исторического развития медицины в медицинской этике происходило множество изменений. Влияние патернализма уменьшилось, и в той же степени возросло уважение автономии. Произошли также большие изменения в том, что касается доступности медицинской помощи и распределения ограниченных ресурсов. Однако на протяжении всей истории профессиональной этики неизменным оставалось одно – моральный долг профессионалов состоит не только в том, чтобы не причинять вреда своим пациентам, но и в том, чтобы служить им как можно лучше. Это – главная цель профессиональных кодексов поведения, которые обязан соблюдать каждый медицинский профессионал.

Список литературы

1. Доница А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – № 2(10). – 2012. – С.59–62.
2. Доница А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – № 1(15). – С.58–60.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ В РАЗВИТИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,
e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Сердечно-сосудистая система проходит целый ряд стадий в индивидуальном развитии человека, которые непросто разграничить. Особенно это касается сосудистого русла (СР) в связи с очень гетерохронным органогенезом в разных областях тела человека. Коренные перестройки СР обусловлены интенсивным ростом и гистогенезом обслуживаемых органов. Поначалу эпителиальные (или им эквивалентные) зачатки органов окружены рыхлой, сетевидной мезенхимой, которая также их объединяет. Все сосуды, включая аорту, имеют тонкие эндотелиальные стенки (3–4 нед.). Затем (4–6 нед.) пролиферирующие эпителиальные зачатки индуцируют пролиферацию и уплотнение прилежащей мезенхимы. Она утрачивает сетевидное строение, что означает нарушение первичной сети широких дотканевых каналов, по которым вещества диффундируют из просвета эндотелиальных трубок в закладки органов и обратно. Разрастается сеть протокапилляров, но их просвет резко сужается под давлением плотной мезенхимы. Артерии приобретают наружную оболочку,

а стенки первичных вен остаются эндотелиальными, но ширина просвета и количество вен заметно увеличиваются. В плотном окружении интенсивно растущих органов первичные вены деформируются: на пути их расширения проходят артерии с более толстыми и плотными стенками, инвагинирующие в просвет вен и разделяющие их периферическую часть на боковые карманы. Они вместе с их притоками (коллатеральными деформированной магистральной) выключаются из кровотока с образованием первичного лимфатического русла с эндотелиальными стенками. Вторичные вены приобретают тонкую адвентициальную оболочку (6–9 нед). Интенсивный рост органов, хотя и с меньшими темпами, и гистогенез продолжают. Интенсивный метаболизм органов сопровождается значительным лимфооттоком с расширением первичных лимфатических сосудов в плотном окружении. В их просвет инвагинируют кровеносные сосуды с более толстыми и плотными стенками. Такие инвагинации становятся стромальными зачатками лимфоузлов, которые преобразуются в лимфоидные зачатки (плоды 3–4-го мес).

Заключение. В пренатальном развитии человека можно выделить четыре формы организации СР – первичную, переходные (предлимфатическую, предузловую) и вторичную. Преобразование первичного СР во вторичное сопровождается гетерохронной перестройкой его стенок в тесной связи с перестройкой окружающей мезенхимы и ее сменяющей рыхлой соединительной ткани, т.е. дососудистых путей циркуляции – тканевых каналов.

БИОЭТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ «ВРЕДА» В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ (НА ПРИМЕРЕ КЕЙС-СТАДИ)

Хан А.А., Доника А.Д.

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

Одним самых дискуссионных вопросов в сфере здравоохранения, вызывающих широкий общественный резонанс, является ненадлежащее исполнение медицинских услуг, которое интерпретируется в диапазоне от «преступления» до «врачебная ошибка». Эти определения различной природы (первое – юридическое, второе – психологическое), но едины по своему значению для пациента. В биоэтике также дается единая оценка, представленная в категории «вреда».

Для экспликации «вреда» в медицинской практике рассмотрим кейс: «хирургическая операция по удалению кисты яичника у пациентки проведено успешно. В ходе этой операции одна из ее фаллопиевых труб была случайно повреждена и зарубцевалась. Такая травма приводит к бесплодию. Был ли причинен вред этой пациентке?» Ответ на этот вопрос с точки зрения био-

этики таков: все зависит от пациентки. Если она считает, что ее семья уже достигла оптимальных размеров, и больше не хочет иметь детей, тогда неспособность забеременеть не будет означать для нее вреда. Разумеется, может случиться, что в дальнейшем ее мнение изменится, если в ее жизни возникнут новые обстоятельства. Тогда она сочтет, что хирургическая ошибка причинила ей вред. Другими словами, мы обязаны учесть последствия хирургической ошибки для дальнейшей жизни пациентки, прежде чем мы сможем определить, причинила ли ей вред эта ошибка. Впрочем, вред, причиняемый в аналогичных случаях, нельзя рассматривать в отрыве от того, какое благо может получить данная женщина от обеспечения или сохранения ее фертильности.

Анализ различных толкований понятия «вред», позволяет определить, следующие варианты, какого характера вред может причиняться в сфере оказания медицинской помощи: физический вред, психологический вред, моральный вред (вред интересам, вред как несправедливость, вред как неуважение); социальный/экономический вред (последствия с точки зрения социальной роли, стигматизация).

Список литературы

1. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – № 1(15). – С.58–60.
2. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – № 2(10). – 2012. – С.59–62.

БИОЭТИКА И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА: «БЛАГО» И «ЗДОРОВЬЕ»

Худякова Д.В., Доника А.Д.

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

Проблема повышения качества медицинской помощи обуславливает поиск скрытых потенциалов, в основе которых лежит определение «здоровья», с точки зрения понимание «блага» для пациента [1]. Беглый взгляд на медицинскую практику показывает, что и те, кто в данное время не страдают ни одной болезнью, могут получать благо для здоровья. Это благо обеспечивается профилактическим лечением или программами по предупреждению болезней, такими, например, как прививки против коклюша. Быть изначально защищенным от какой-либо болезни – это несомненное благо для здоровья. Специалисты по экономике здравоохранения утверждают, что это – наиболее дешевые из всех возможных форм получения блага для здоровья. Большинство людей также предпочли бы, чтобы их лечащие врачи позволили им избежать мучительной болезни, а не лечить ее, когда она уже