***Медицинская этика и деонтология. Группа 323-СК***

**ЗАДАНИЕ : Написать конспект лекции , который представлен ниже.**

**Подготовить призентацию на тему : « Профилактика ВиЧ инфекции и СПИД»**

***Лекция № 5***

 ***« Морально -этические проблемы пациентов с ВИЧ инфекцией и СПИД»***

**План лекции:**

1. СПИД как глобальная проблема современности
2. «Спидофобия» и требовния медицинской этики
3. СПИД как ятрогения

Во многих отношениях СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита (AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome) - стоит особняком среди тысяч известных современной медицине заболеваний. Впервые болезнь была идентифицирована в США в 1981 г., хотя позднее в средствах массовой информации были опубликованы сообщения о случаях заболевания ею, имевших место раньше. В 1983 г. француз Л. Монтанье и независимо от него американец Р. Галло выделили вирус, вызывающий СПИД. Спор между ними о приоритете завершился компромиссом, и главное - в ходе этого спора вирус получил признанное теперь во всем мире название - "вирус иммунодефицита человека" (ВИЧ).

Эпидемический характер распространения болезни и высокая смертность уже в начале 80-х годов стали причиной паники во многих западных странах, прежде всего - в США. Позднее стали говорить о трех взаимосвязанных эпидемиях: ВИЧ-инфекции (как правило, в течение нескольких лет ВИЧ-инфицированные лица остаются практически здоровыми, но являются при этом носителями заболевания для других людей); собственно СПИДа и все возрастающей реакции общества на распространение СПИДа.

До середины 80-х гг. недооценка значимости проблемы СПИДа была характерна не только для нашей страны, такое положение сохранялось повсеместно. Так, бывший тогда Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Малер позднее признал, что эта организация с опозданием осознала масштабы значения эпидемии СПИДа.

Первый ВИЧ-инфицированный, иностранный гражданин, на территории СССР был выявлен в 1985 г., а первый больной, являвшийся гражданином нашей страны - в марте 1987 г. Темпы распространения ВИЧ в России стали угрожающими с 1996 г. Если с марта 1987 по начало 1996 г. было выявлено 1062 ВИЧ-инфицированных, то только в течение 1996 г. число инфицированных составило 1535 человек, а за первые 5 месяцев 1997 г. - около 2 тыс. По некоторым расчетам, к концу 1997 г. число зарегистрированных случаев должно было достичь 10 тыс., а реальное число зараженных, вероятно, достигло 100 тыс. человек. При сохранении таких темпов распространения эпидемии в 1998 г. не исключено, что число зараженных приблизится к полумиллиону.

Многообразие морально-этических вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, определяется следующими факторами:

oСПИД является заболеванием с чрезвычайно высокой смертностью;

oВИЧ-инфекция уже стала пандемией, то есть ее распространение не сдерживается ни географическими, ни государственными, ни культурными границами;

oэтиология СПИДа в большинстве случаев связана с интимнейшими сторонами жизни людей, с человеческой сексуальностью, а также с такими формами девиантного поведения, как злоупотребление наркотиками;

oестественный страх человека перед неизлечимой болезнью часто становится источником неадекватного поведения многих людей в отношении СПИДа, что, в свою очередь, порождает своеобразный феномен массового сознания - "спидофобию";

oвысокая стоимость лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в сочетании *с*неуклонным ростом числа лиц, нуждающихся в таком лечении, побуждает к спорам на темы социальной справедливости, оптимального распределения ресурсов здравоохранения, которые даже в богатых странах всегда ограничены;

oпрактически все важнейшие вопросы современной медицинской этики (сохранение врачебной тайны, уважение автономии личности пациента, предупреждение дискриминации пациентов в связи с характером их заболевания, право больного на достойную смерть и т.д.) требуют конкретизации, углубленного анализа применительно к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

***1."Спидофобия " и требования медицинской этики***

"Спидофобия" - социально-психологический феномен, аналогичный "канцерофобии", "сифилофобии", "радиофобии" и т.п. В силу ряда обстоятельств вспышка спидофобии в массовом сознании даже более выражена. К таким обстоятельствам прежде всего относится то, что летальность при СПИДе выше, чем при холере и черной оспе. Неизбежной *реакцией большинства людей на слово "СПИД" является страх.*Страх перед заражением, перед умиранием, смертью, бессилием медицины и общества в целом, неспособных, по распространенному мнению, противопоставить СПИДу что-либо действенное. К несчастью, одним из парадоксальных проявлений спидофобии является бессознательное стремление людей "забыть" об угрозе, отвернуться от нее. Это проявляется как в безответственном, постоянно грозящем инфицированием поведении, так и, что не менее важно, в недооценке проблемы со стороны государственных органов.

Всознании же самих ВИЧ-инфицированиых на первом плане нередко оказывается *страх перед дискриминацией и стигматизацией, социальным остракизмом.*Как известно, поначалу

взападных странах СПИД распространялся в основном среди так называемых "маргинальных социальных групп" - гомосексуалистов, наркоманов, проституток. Строгие моралисты не раз заявляли, что СПИД есть "кара Божья" за "грех гомосексуализма", "спортивный секс", "секстуризм" и т.п. Негативное отношение общества к представителям названных маргинальных групп по инерции было перенесено на всех ВИЧ-мнфици-рованныхлиц, причем их стигматизация многократно усиливалась нарастающим страхом перед СПИДом.

Уместно, видимо, в связи с обсуждаемой проблемой сравнить СПИД с раком. Диагноз рака воспринимается массовым сознанием и отдельным человеком как смертный приговор. Диагноз психического заболевания нередко стигматизирует человека. Больные СПИДом, как

правило, испытывают и то и Другое: сознание неизлечимости, обреченности на смерть усугубляется эмоциональной изоляцией, враждебным отношени-ем к ним со стороны общества.

Из сказанного прежде всего следует особая значимость *сохранения врачебной тайны*в случаях ВИЧ-инфекции.

Вособенности в прошлые годы зарубежные и отечественные средства массовой информации были полны сообщений о фактах насилия над больными СПИДом, изгнания их из родных мест, создания вокруг них "эмоционального гетто" и т.п Так, в Буэнос-Айресе больные СПИДом содержались на цепи а в одном из городов США соседи подожгли дом, принадлежавший семье, в которой три ребенка были ВИЧ-инфицированы. Российские газеты писали о случае, когда рейсовый автобус, следовавший из Элисты (где в это время была обнаружена вспышка внутрибольничного заражения детей СПИДом) в Волгоград, забрасывали камнями. Как видим, имея дело с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом, врачу приходится сталкиваться не только с клинической реальностью, но также и со связанными с этим заболеванием мифами и предрассудками, распространение которых во многом порождается невежеством значительной части населения - он должен иметь достаточно мужества, чтобы противостоять этим проявлениям.

Между тем запрет на какую-либо дискриминацию (в том числе и больных СПИДом) является нормой международного права, содержится во многих документах, принятых различными международными организациями, членом которых является и наша страна.

Можно в связи с этим напомнить и моральное обязательство врача, содержащееся в "Женевской декларации" Всемирной медицинской ассоциации (ВМА): *Я не позволю*соображениям пола или возраста, *болезни*или недееспособности, вероисповедания, этнической, национальной или расовой принадлежности, политической идеологии, *сексуальной ориентации*или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом" (курсив наш - *Авт.).*

На примере отношения медиков к ВИЧ-инфицированным лицам, представляющим названные выше маргинальные группы, особенно хорошо видна важность принципа "делай благо", в соответствии с которым моральным долгом медицинского работника является оказание профессиональной помощи, проявление заботы и сострадания к таким лицам, а не оценка их образа жизни. Заметим, кстати, что для медицинской науки до конца не ясно, является ли гомосексуализм особой половой ориентацией или одной из форм психического расстройства.

Здесь же уместно напомнить еще одно требование биомедицинской этики - недопустимость со стороны врача, медсестры, медицинского психолога и т.д. навязывания

своего мировоззрения, своих религиозных и философских взглядов, своих убеждений пациенту. Уважение автономии пациента - это и уважительное отношение к его системе ценностей, особенностям его индивидуальности.

В 1985 г. в Нидерландах для наркоманов была введена практика бесплатного обмена использованных шприцов или игл на стерильные. Наряду с несомненной эпидемиологической целесообразностью данной программы в ней присутствовал также и антидискриминационный аспект. Следует, правда, отметить, что точка зрения критиков этой программы возобладала, когда было предложено бесплатно снабжать наркотиками ВИЧ-инфицированных проституток-наркоманок. Подобные же программы бесплатного обмена шприцов начали прводиться и в ряде российских регионов, особенно опасных с точки зрения как наркомании, так и распостранения ВИЧ-инфекции. Как отмечается в прессе, это уже дает позитивные результаты в борьбе с инфекцией.

В первых же документах, принятых ВОЗ, ВМА и другими международными организациями в связи с нарастанием пандемии СПИДа, одно из центральных мест заняло специально выделяемое требование не допускать дискриминации ВИЧ-инфицированных, а также лиц, представляющих так называемые "группы риска". Важно, однако, не только моральное осуждение дискриминации больных СПИДом, но и создание соответствующих гарантий. Дело в том, что борьба с дискриминацией является одним из компонентов борьбы со СПИДом как таковым. Об этом, в частности, четко говорится в принятой в 1988 г. Резолюции ВОЗ "СПИД: избежание несправедливости в отношении лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом".

Дискриминация инфицированных и больных СПИДом, преимущественно репрессивный характер многих законодательных актов относительно СПИДа, наконец невежество и предрассудки, присущие не только населению, но и части спе-Циалистов-медиков, - все это в конечном счете негативно отражается на эпидемиологической обстановке, на темпах распространения инфекции. То есть дискриминация ВИЧ-инфициро-ванных и больных СПИДом не только попирает права человека, но и подрывает основополагающие принципы общественного здравоохранения. Она может провоцировать у инфицированного или больного чувство мести, способное превратить его в злостного преднамеренного распространителя инфекции, у человека, осознавшего свою обреченность, такое чувство мести может быть особенно ожесточенным»

Отказы врачей и других представителей медицинской профессии оказывать помощь ВИЧ-инфицированным - это едва ли не самая напряженная с точки зрения медицинской этики проблема. Проведенное еще в начале 90-х годов в США исследование показало, что, отказывая в помощи больным СПИДом, врачи ссылались на недостаточную специальную подготовку, страх перед инфицированием, отвращение к гомосексуалистам, наркоманам или другим представителям "групп повышенного риска", а также на опасения отпугнуть других пациентов.

Когда журналист "Московского комсомольца" решил провести расследование об отношении населения к СПИДу, он обратился в химчистку, парикмахерскую и, наконец, в частную стоматологическую поликлинику, выдавая себя за ВИЧ-инфи-цированного. Везде ему было отказано в обслуживании.

Между тем подобный отказ не отвечает не только нормам медицинской этики и этики вообще, но и требованиям закона. Закон РФ "О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" предписывает: "ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям" (Ст. 14); "не допускается... отказ... в приеме в... учреждения, оказывающие медицинскую помощь" (Ст. 17).

Наряду с отказом в помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом *грубейшим нарушением*профессиональной медицинской этики *является разглашение*соответствующего диагноза. Имеется огромное множество примеров, когда такого рода неэтичное и противозаконное поведение медицинских работников инициировало дискриминацию, остракизм, а то и прямое насилие по отношению к вирусоносителям или больным СПИДом. Так, в ходе расследования случая внутрибольничного заражения ВИЧ группы детей в г. Элисте был выявлен первоначальный источник инфекции - умерший за несколько месяцев до этого ребенок, родители которого также оказались

инфицированными. Факт стал известен не только медикам и лицам, участвовавшим в расследовании, но и посторонним, после чего несчастная семья подверглась такому остракизму, что отец вынужден был скрываться, а у матери скоротечно развился СПИД, в результате чего она умерла.

Разглашение врачебной тайны медиками зачастую было проявлением все той же "спидофобии" в обществе, то есть работники здравоохранения не только нарушали законные права своих пациентов, но и сами становились проводниками настроений страха перед СПИДом.

Когда центры, проводящие тестирование на СПИД, передавали сведения в районные санэпидстанции, их действия не противоречили действовавшему в то время "Закону РСФСР о здравоохранении" (1971 г.), статья 19-я которого гласила: "Руководители учреждений здравоохранения обязаны сообщать сведения о болезни граждан органам здравоохранения в случаях, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения". При нигилистическом отношении к врачебной тайне возможности для "утечки" такой служебной информации оказывались практически безграничными.

С учетом сложившейся ситуации в статье 7-й принятого в 1991 г. Закона СССР "О профилактике заболевания СПИД" было зафиксировано требование: "Медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением служебных обязанностей стали известны сведения о проведении медицинского освидетельствования на заражение ВИЧ (заболевание СПИД) и его результаты, обязаны сохранять эти сведения в тайне".

Статья 61 - "Врачебная тайна" - действующих сегодня "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" содержит не только определение объекта врачебной тайны (сведения о результатах медицинского освидетельствования, о диагнозе, прогнозе и т.д.), но и требование, которое хотелось бы подчеркнуть особо: "Гражданину должна быть подтверждена конфиденциальность передаваемых им сведений". Далее в названной статье перечислены ситуации, допускающие передачу сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну, без его согласия; одной из таких ситуаций, согласно Закону, является "угроза распространения инфекционных заболеваний".

Как видим, в контексте медицинской этики врач и здесь призван искать компромисс между личными интересами пациента, с одной стороны, и общественными интересами, с другой. Это - еще одна непростая моральная дилемма, которую ставит Перед врачом его профессия.

***2. Тестирование и скрининг на ВИЧ в контексте принципа уважения автономии пациента***

Скрининг - выявление частоты нераспознанной заболеваемости с помощью быстродействующих тестов. Как правило, скрининг предполагает плановое тестирование в рамках всей популяции или отдельных групп внутри популяции. Серологический тест на наличие у человека антител к ВИЧ стал широко доступен с 1985 г. В массовой практике тестирования и скри-нинга чаще всего используются методы иммуноферментного анализа, которые, однако, могут давать как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты.

Эти тесты были разработаны с целью исследования донорской крови и потому имеют настолько высокую чувствительность, что вероятная ошибка при их проведении дает положительный, а не отрицательный результат. В случае положительного результата тестирования донорская кровь обязательно подлежит уничтожению. Что же касается самого донора, то ему проводится контрольное тестирование. Ложноотрицательные результаты тестирования прежде всего зависят от того, что инкубационный период для ВИЧ-инфекции составляет 1-3 месяца (в среднем - 6 недель). В течение этого периода человек уже является вирусоносителем (и потому заразен), чего, однако, тест на антитела к ВИЧ не выявляет. Иногда такой "невидимый период" (или, как его еще называют, "скрытый период циркуляции вируса") может достигать трех лет.

Очевидно, что скрининг на ВИЧ всего населения будет неэффективен. В особенности там, где распространенность ВИЧ-инфекции незначительна, обследование даст больше ложноположительных, чем подлинно положительных результатов. Необходимо также учитывать сильнейшие стрессы для мнимых серопозитивов, которые подчас приводят к

ятропсихогениям (своеобразным неврозам), нарастанию в обществе настроений "спидофобии", конфликтности общения, наконец - неразумным тратам финансовых ресурсов (одно тестирование обходится примерно в один доллар).

Возможность пройти тест на наличие антител к ВИЧ должна предоставляться каждому. В современном обществе тестирование может быть *добровольным*и *обязательным.*При *добровольном анонимном тестировании*пациент регистрируется под номером; при этом допустимо указание демографической информации (возраст, пол), но и документы не заносятся ни фамилия, ни адрес обследуемого. При *добровольном конфиденциальном тестировании*сведения о личности пациента отражаются в его медицинских документах, однако пациенту должны быть предоставлены гарантии неразглашения информации.

Тестирование на ВИЧ непременно должно сопровождаться консультированием пациента как до, так и после проведения тестирования. Адекватное информирование пациента подчас становится лучшей психотерапией. В зависимости от индивидуальных психологических характеристик каждого пациента его целесообразно проинформировать о том, что в медицинской литературе неоднократно сообщалось о случаях, когда регулярная половая жизнь с ВИЧ-инфицированным партнером в течение многих лет не приводила к заражению; что такое лож-ноположительные результаты тестирования; что положительный результат еще не означает заболевания СПИДом; что медицине известны случаи, когда СПИД не развивается у "ВИЧ-позитивов" более 10 лет, и т.д.

Грубейшим нарушением профессиональной этики будет не предваряемое компетентным консультированием сообщение пациенту о положительном результате тестирования, еще не подтвержденном в повторном анализе. Пациенты окончательно информируются о результатах тестирования только после подтверждения положительных результатов тестирования. Это делается для того, чтобы избежать трагических случаев, подобных тому, который произошел в Риге в 1991 г.: супруги, узнав о положительном результате тестирования у одного из них, покончили жизнь самоубийством; посмертные исследования факта заражения ВИЧ не обнаружили.

*Проблема обязательного тестирования и скрининга на ВИЧ вызывает бурные споры, в*

которых переплетены научно-эпидемиологические, морально-этические, правовые, социально-экономические и даже политические аспекты. Во многих странах принят обязательный скрининг на ВИЧ крови, спермы, других донорских тканей и органов. В США с 1985 г. введено обязательное тестирование в армии (ежегодно обязательному обследованию на ВИЧ подлежат 2 млн. рекрутов, военнослужащих и резервистов). В некоторых штатах проверка на СПИД обязательна перед вступлением в брак, а с 1997 г. к обязательной проверке на ВИЧ всех новорожденных приступили в штате Нью-Йорк. В целом н США существует множество законоположений об обязательном тестировании на ВИЧ, что отличает эту страну от остальных.

ВЯпонии Министерство труда только в 1994 г. рекомендовало работодателям отказаться от требования обязательного тестирования при приеме на работу. Тем не менее обязательное тестирование должны проходить работники, направляемые компаниями на работу в страны, законодательство которых требует от иностранцев наличия сертификата об отсутствии ВИЧинфекции и СПИДа. В этих случаях наличие положительного результата тестирования означает, что такой работник не будет послан за рубеж, однако руководство кампании обязано гарантировать ему сохранение рабочего места внутри страны.

Вцелом многие зарубежные специалисты считают, что практика обязательного тестирования на ВИЧ не только нарушает права человека, но также оказывается малоэффективной как заслон на пути распространения эпидемии, а потому ее использование должно быть достаточно ограниченным. ВОЗ также не поддерживает практику обязательного тестирования.

Внашей стране обязательная регистрация заболеваний СПИДом была введена в 1985 г., с момента выявления первого случая заболевания (первой же страной, принявшей в 1983 г. закон об обязательном уведомлении обо всех случаях этой болезни, была Швеция). На начальном этапе политика борьбы со СПИДом в СССР почти целиком сводилась к обязательному скринингу. Так, в принятом в 1987 г. Указе Президиума Верховного Совета

СССР "О мерах профилактики заражения вирусом СПИД" говорилось о том, что как граждане

СССР, так и находящиеся на его территории иностранцы могут быть в обязательном порядке привлечены к медицинскому освидетельствованию на предмет заражения вирусом СПИД.

Согласно Указу, заведомое поставление другого лица в опасность заражения СПИДом каралось лишением свободы на срок до 5 лет, а самозаражение - на срок до 8 лет.

Визданных Минздравом СССР на основе этого Указа "Правилах медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом СПИД" говорилось, что освидетельствованию подлежат: доноры (крови и других тканей); советские граждане, вернувшиеся из зарубежных командировок продолжительностью более 1 месяца; иностранцы, прибывшие в СССР на срок более 3 месяцев из стран, где распространен СПИД; лица из "групп риска" (постоянные реципиенты донорской крови, наркоманы, гомосексуалисты и проститутки); лииа, "имевшие контакты с больными или вирусоносителями". В конце перечня были названы лица, изъявившие желание пройти такое освидетельствование.

Эти документы подвели юридическую базу под уже фактически проводившийся в стране

с1986 г. скрининг донорской крови на ВИЧ и практику врачебных эпидрасследований, которая некоторое время играла у нас ведущую роль в выявлении распространения ВИЧинфекции. В обоих документах обращает на себя внимание норма, допускавшая применение принудительных мер к гражданам, уклоняющимся от обязательного тестирования, непосредственно органами здравоохранения или милиции без участия представителей прокуратуры или суда. Вряд ли запугивание населения уголовной ответственностью за "заведомое поставление другого лица в опасность заражения" имело еще какой-то смысл кроме самоудовлетворения чиновников от медицины, стремившихся создать у представителей высших органов власти впечатление о том, что ими принимаются эффективные меры борьбы со СПИДом.

Более реальные меры такой борьбы были приняты самими врачами-эпидемиологами, клиницистами. Так, по их инициативе в феврале 1987 г. по Всесоюзному радио было сообщено об открытии в Москве кабинета анонимного обследования на СПИД. Через несколько дней этот кабинет заработал, принимая до тысячи человек в месяц.

Начатый в 1986 г. в нашей стране обязательный скрининг на ВИЧ больших контингентов населения постоянно расширялся. Более того, вопреки принятым Минздравом СССР нормам, кое-где на основе решений, принимавшихся на местном уровне, вводилось обязательное тестирование на ВИЧ всех пациентов, поступающих в стационары (особенно хирургические). В итоге в период с 1987 по 1992 г. было проведено свыше 95 млн. тестов на ВИЧ. Какова же была эффективность столь масштабной практики? При плановых обследованиях около 29 млн. доноров зараженных выявлено не было; из более чем 27 млн. протестированных беременных женщин было выявлено 30 зараженных; из 2 млн. больных венерическими заболеваниями - 58 зараженных; из почти 2 млн. заключенных - 3 зараженных и т.д. Анонимное обследование охватило лишь 356942 человека и позволило выявить 13 ВИЧинфицированных.

Если вспомнить, что один тест обходится бюджету здравоохранения в один доллар, то возникают серьезные сомнения в целесообразности затрат таких значительных средств на проведение столь малоэффективных мероприятий. Хорошо известно, что в большинстве других стран стратегия борьбы со СПИДом иная: соответствующее просвещение населения, программы обучения отдельных социальных групп безопасным формам поведения, всемерное побуждение лиц, имеющих причины беспокоиться по поводу своего здоровья, пройти добровольное тестирование на ВИЧ и т.п.

Сказанное вовсе не означает полного отрицания целесообразности обязательного тестирования на ВИЧ для определенных групп населения.

Отдельного обсуждения заслуживает широко применяющийся в нашей стране так называемый *"метод эпидрасследования".*Эпидрасследование - это выявление источника заражения в каждом случае инфекции, по возможности, восстановление всей "цепочки" передачи инфекции и одновременно предпринимаемые меры по профилактике распространения инфекции.

Внашей стране с помощью метода эпидрасследования в период с 1987 по 1989 г. было выявлено до 70% всех ВИЧ-инфицированных. Именно благодаря использованию этого метода была доказана внутрибольничная передача ВИЧ-инфекции на юге России.

Вуказанный период были обследованы все, кто мог иметь хоть какое-то отношение к распространению инфекции; накоплен большой уникальный научный материал - практически от всех инфицированных были получены сыворотки и лимфоциты, причем у многих пациентов пробы брались неоднократно, что важно для изучения изменчивости вируса.

Встранах, где тестирование на ВИЧ проводится в основном на добровольной основе, подобное было бы просто невозможно. Можно констатировать, что в данном случае отечественные медики успешно решили острейшую проблему общественного здравоохранения - очаг инфекции был локализован и погашен за 10 месяцев - и выполнили весьма важную программу научных исследований.

Вначале 90-х годов многие специалисты-медики и представители общественных движений (уже тогда в нашей стране стали формироваться общественные организации, оказывающие ВИЧ-инфицированным психологическую и социальную поддержку) осознали ограниченность стратегии, в основе которой лежит обязательное обследование (в основном - тестирование) огромных масс населения. Принципу добровольности тестирования стали уделять все большее внимание, и не только потому, что "так принято в цивилизованных странах", но и в силу привлекательности самого принципа как для пациентов, так и для врачей.

Врезультате в принятом в 1995 г. Федеральном законе "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" требование обязательного тестирования на СПИД "партнеров", то есть лиц, в отношении которых у медиков могли возникать подозрения на инфицированность, было отменено. Отменено также и обязательное профилактическое наблюдение ВИЧ-инфицированных в учреждениях здравоохранения. Согласно этому Закону, медицинское освидетельствование на предмет ВИЧ-инфицированности проводится добровольно, а по желанию обследуемого - и анонимно. Обязательному тестированию на СПИД подлежат только доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также представители отдельных профессий (прежде всего - медики).

***3. СПИД как ятрогения***

По данным ВОЗ, на рубеже 80-х-90-х гг. 70-80% больных СПИДом заразилось половым путем, 10-20% - от своей матери, 5-10% - при введении наркотиков, 3-5% - при переливании крови и 0,01% - при медицинских манипуляциях. Две последние группы оказываются зараженными ятрогенным путем, то есть при грубейшем нарушении этического принципа "не навреди".

С позиций биомедицинской этики, для врача или медсестры все ВИЧ-инфицированные пациенты имеют одинаковый моральный статус, не допускающий никакой дискриминации при оказании им медицинской помощи. Что же касается обыденного взгляда на различных больных СПИДом, в сознании большинства людей этиологический фактор незаметно трансформируется в фактор морального осуждения, в результате чего пациенты, заразившиеся половым путем или при введении наркотиков, практически всегда испытывают чувство вины, усугубляемое общественным остракизмом, и, напротив, - заразившиеся от матери или при парентеральных медицинских вмешательствах всегда воспринимаются общественным мнением как невинные жертвы.

В медицинских учреждениях передача ВИЧ-инфекции может произойти от больного к больному, от больного - к медработнику и от медработника - к больному. По степени концентрации вируса из биологических жидкостей на первом месте находится кровь. В некоторых странах 25-50% зараженных получили ВИЧ при переливании крови. В России, поданным на 1995 г., этот путь инфицирования имел место в 1% всех случаев заражения ВИЧ. Опасность передачи ВИЧ при переливании крови и ее компонентов была доказана в США еще

в1982 г., а с 1983 г. здесь уже стали применять методы стерилизации компонентов и препаратов крови, при которой ВИЧ и все другие вирусы погибали. С 1985 г. в некоторых странах начали проводить скрининг донорской крови на ВИЧ, что резко снизило опасность передачи ВИЧ-инфекции при переливании крови. В нашей стране такой скрининг донорской крови проводится с 1986 г.

Вто же время ясно, что освидетельствование доноров крови (и других тканей и органов) методом выявления антител к ВИЧ не может дать 100%-ной гарантии незараженности крови -

всилу существования "скрытого периода циркуляции вируса". Обследование более 100 тыс. доноров на ВИЧ-инфекцию, проведенное в Гематологическом научном центре РАМН, показало, что 1% донорских образцов дает в иммуноферментном анализе первичную положительную реакцию, повторный же анализ этим метолом сократил число положительных

реакций в 5 раз (до 0,2%). Риск можно было бы практически свести к нулю, если бы тестирование доноров на ВИЧ проводили спустя 2-3 месяца после забора крови, которую до этого момента сохраняли бы в законсервированном виде. Однако такой подход сопряжен с дополнительными финансовыми затратами и в нашей стране не используется.

Некоторое снижение риска передачи ВИЧ-инфекции с донорской кровью произойдет тогда, когда донорская служба в нашей стране откажется от использования послеабортной и плацентарной крови. При использовании двух последних источников заготовки крови отсутствует фактор личной ответственности человека, выступающего в роли донора. В самом деле, донор, сдающий кровь на основе добровольного осознанного согласия, сам оценивает, случалось ли с ним что-либо, несущее в себе опасность инфицирования ВИЧ. Моральным долгом медработников донорской службы является консультирование будущих доноров с целью актуализации фактора личной ответственности.

Наиболее известен случай массового (около 1000 человек) заражения ВИЧ через переливание донорской крови, имевший место во Франции в середине 80-х годов. В первой половине 80-х годов, когда во многих других странах уже началось распространение ВИЧинфекиии (и прежде всего в маргинальных социальных группах), во Франции четвертая часть всей донорской крови собиралась в тюрьмах. Первой причиной столь масштабной ятрогении эксперты впоследствии признали то, что оборудование, условия сбора и хранения крови, а также квалификация медиков здесь были значительно ниже, чем в обычных клиниках.

Еще более важной причиной оказалось то, что летом 1985 года правительство Франции затормозило минимум на 3 месяца обязательное тестирование на ВИЧ донорской крови. Это было откровенно протекционистское решение, имевшее целью не допустить на французский рынок тест-системы американской фирмы "Эббот", так как разработка французского теста в знаменитом Институте им. Пастера близилась к завершению. Непосредственный виновник "кровяного дела" - директор Национального центра по переливанию крови доктор М. Гаретта цинично заявил: "Это будет стоить жизни 5-10 здоровым людям". Даже с эпидемиологической точки зрения здесь была допущена грубейшая ошибка: после введения в августе 1985 г. обязательного тестирования донорской крови на ВИЧ исследования показали, что зараженность крови, собираемой в тюрьмах, в 69 раз выше той, что заготавливается в обычных клиниках.

Разгоревшийся во Франции скандал с зараженной ВИЧ кровью приобрел международный характер (например, из всех зарубежных закупок крови в Греции в 1985 г. более 50% приходилось на Францию). В ноябре 1992 г. решением суда за проявленную "преступную халатность" М. Гаретта был приговорен к 4 годам тюремного заключения. Были осуждены еще несколько директоров банков крови. Общественность, и прежде всего ассоциация больных гемофилией, требовала, чтобы на скамье подсудимых оказались все причастные к "кровяному делу" высшие государственные чиновники, вплоть до тогдашнего премьерминистра Л. Фабиуса.

На 1985 г. в Японии 52% ВИЧ-инфицированных (из общего числа 3,5 тыс.) были заражены при переливании крови. Большое количество ятрогенных заражений ВИЧ наблюдалось в Румынии, где пострадало более 3 тыс. детей.

Широкий резонанс в мире вызвала упоминавшаяся выше вспышка внутрибольничного заражения ВИЧ 268-ми человек (более 250 из которых были дети) на юге России. Когда в конце 1988 г. из г. Элисты поступила информация о двух только что выявленных случаях серопозитинности (у маленького ребенка и женщины), стандартный ход эпидрасследования не смог обнаружить поначалу путей заражения этих пациентов. Гипотеза о возможности внутрибольничного заражения появилась, когда выяснилось, что у ВИЧ-инфицированной женщины за несколько месяцев до этого умер маленький ребенок. Вместе с нею он проходил лечение в том же отделении больницы, где в момент эпидрасследования находился зараженный ребенок, родители которого, однако, были здоровы. Проверка еще 18-ти детей, проходивших лечение в том же отделении на протяжении последних месяцев, выявила еще троих ВИЧ-инфицированных. Гипотеза о внутрибольничном заражении ВИЧ-инфекцией в элистинской больнице подтвердилась.

Цепная реакция внутрибольничного распространения ВИЧ-инфекиии приобретала все большие масштабы - некоторых инфицированных детей (когда еще неизвестно было об их заражении) стали направлять и переводить в больницы ближайших к Элисте городов - Ростова-на-Дону, Волгограда, Ставрополя и др.

Благодаря эпидрасследованию, проведенному московскими специалистамиэпидемиологами во главе с В.В. Покровским, был доказан ятрогенный характер заражения ВИЧ-пациентов на юге России: или через использование одного шприца у разных больных, или через промывание внутривенных катетеров (перед использованием их у пациентов) одним и тем же раствором гепарина. Версия внутрибольничного заражения ВИЧ в Элисте и других городах юга России была затем подтверждена вирусологами М. Гараевым и М. Бобковым, показавшими, что у всех детей в названных внутрибольничных очагах ВИЧ-инфекции обнаруживался один и тот же серотип ВИЧ-"G".

В ходе судебного расследования этого дела были получены многочисленные свидетельские показания и признания о нарушениях медперсоналом противоэпидемических правил. Проведенные в 1989 г. опросы медперсонала в других больницах, показали, что практика производства инъекций разным пациентам одним шприцем была достаточно широко распространена везде.

Таким образом, в период 1988-1989 гг. передача ВИЧ-инфекции на территории СССР

наиболее часто осуществлялась при парентеральных вмешательствах в медицинских стационарах, которые выполнялись инструментами, не подвергшимися стерилизации - в 56,9% случаев (усредненные данные ВОЗ, напомним, -0,01%). По данным на 1995 г., этот путь распространения ВИЧ-инфекции в России составил 36%.

Уроки элистинской трагедии многочисленны. Наибольший положительный результат - за прошедшие годы больше случаев внутрибольничного заражения ВИЧ через нестерильные инструменты не было. Серьезным предупреждением всем практикующим врачам стал вывод ученых о том, что косвенным фактором риска ятрогенного заражения пациентов ВИЧ является слишком большая парентеральная нагрузка на больных, в том числе детей, в наших стационарах (например, в одной из больниц для введения всех назначенных препаратов 1 ребенку в течение 10 дней потребовалось 242 шприца). Еще раз пришлось убедиться, что СПИД вызывает панические настроения, неконтролируемые разумом страхи и у самих врачей: в печати сообщалось, что коллеги боялись здороваться за руку с врачами из Элисты. Едва ли не самым запомнившимся за все последние десятилетия уроком пренебрежительного отношения к правилу конфиденциальности стали грубые нарушения врачебной тайны не только местными врачами, но и московскими специалистами на первых этапах работы в очагах инфекции.

Сенсацией явились выводы отечественных специалистов о доказанных случаях передачи ВИЧ при грудном вскармливании от зараженной матери ребенку и от зараженного ребенка кормящей матери (сопутствующим фактором риска явилось одновременное наличие трещин соска у женщины и изъязвлений во рту у ребенка). Отсюда последовала рекомендация о целесообразности отмены грудного вскармливания в таких ситуациях. В 1992 г. совещание экспертов ВОЗ и ЮНИСЕФ, рассмотрев этот вопрос, подтвердило реальность такого пути передачи вируса в отдельных случаях, отметив также, что ограниченное число детей, искармливаемых грудью инфицированных матерей, не заражается через молоко.

Все факты ятрогенного заражения ВИЧ должны быть предметом обязательного эпидрасследования с последующими выводами, и том числе и этического, а в необходимых случаях -юридического характера.

ВСША широко обсуждались случаи заражения пациентов ВИЧ при оказании им стоматологической помощи. В одном из наиболее известных случаев пациентка, зараженная своим стоматологом ятрогенным путем, по решению суда получила компенсацию в 1 млн. долларов. Интересна и другая деталь: врач-стоматолог, узнавший о том, что в течение длительного времени он являлся источником возможного инфицирования для своих пациентов, разослал последним более 590 писем с предложением пройти тестирование на ВИЧ; из прошедших такое тестирование пациентов четверо оказались инфицированными, а у троих был доказан ятрогенный характер их заражения.

Внашей стране, в соответствии с принятым в 1995 г. Федеральным законом "О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека", инфицирование ВИЧ ятрогенным путем влечет следующее возможное уголовное наказание: если таким путем заражен 1 человек, то виновный медработник может быть лишен свободы на срок от 2 до 7 лет; если зараженными оказались несколько человек, то на срок от 5 до 12 лет.

Понятие "ятрогения" в своем первоначальном смысле означало психическую травму, нанесенную пациенту словом (а иногда и всем поведением) врача, допустившего

"психотерапевтический брак". В связи с этим нельзя не указать на постоянно существующую опасность именно такого воздействия на пациентов в практике тестирования на ВИЧ (когда, например, положительный результат тестирования сообщается пациенту без надлежащего консультирования). К этому же ряду ятрогений относятся и случаи, когда положительные результаты тестирования на ВИЧ сообщались совсем не тем лицам, так как медперсонал перепутал фамилии, указанные на пробирках с пробами крови.

***4. СПИД и профессиональный риск медицинских работников***

При контактах медицинских работников с кровью и другими жидкостями, содержащими ВИЧ, существует риск их заражения. Такого рода профессиональный риск зависит от двух факторов:

1)объема жидкости, с которой контактировал медработ ник, и

2)инфекционности пациента (лица с развитой стадией ВИЧ-инфекции представляют наибольшую опасность).

С первых же лет распространения ВИЧ-инфекции проводятся исследования, имеющие целью определение степени такого профессионального риска. Так,проводилось специальное исследование опасности инфицирования хирургов, показавшее, что опасность инфицирования хирурга при операции у зараженного больного составляет 1:4500. В целом риск заражения для хирурга, использующего защитные средства, такой же, как при гетеросексуальном половом контакте с зараженным партнером при использовании презерватива. Другие расчеты показывали, что вероятность профессионального заражения медицинского работника в случае укола иглой составляет 1 шанс из 250.

В последние годы степень риска заражения при случайном уколе иглой или при порезе скальпелем, контаминированным ВИЧ, оценивается одними авторами в 1%, другими - в 0,3%. Для сравнения необходимо подчеркнуть, что риск заражения вирусом гепатита "В" при случайном уколе иглой составляет от 6% до 30%. Риск заражения ВИЧ в результате контактирования слизистой оболочки или пораженного участка кожи с инфицированной кровью весьма низок, но количественно его определить гораздо труднее. Учитывая, что в мире пока известно несколько десятков случаев (строго доказанных!) профессионального заражения ВИЧ медиков, можно сказать: риск минимален, но он реален.

Точный диагноз профессионального заражения СПИДом медицинских работников представляет собой нелегкую задачу. Не все микротравмы, получаемые ими в процессе работы, регистрируются. В контексте медицинской этики не менее важно и то, что некоторые авторы весьма скептически относятся к слишком уж малому общему числу профессиональных заражений медиков. Они считают, что немало врачей и других медицинских работников, попадающих в ситуации, чреватые заражением ВИЧ, сознательно официально не регистрируют такие случаи, а в дальнейшем некоторые из них скрывают свою ВИЧинфицированность, чтобы избежать возможных осложнений и прежде всего - потери работы.

Проблема профессионального заражения ВИЧ медицинских работников включает в себя не только оценку возникающей реальной опасности для их здоровья и жизни, но и меры по сведению опасности к минимуму и, наконец, собственно моральные аспекты - отношение к риску самих медиков, их пациентов и общества в целом.

*Меры по снижению риска профессионального заражения, в свою очередь, имеют медико-технический и социально-организационный аспекты. Известно, что меры предосторожности, рекомендуемые в целях предотвращения заражения вирусом гепатита "В", достаточны и для защиты от заражения ВИЧ (последний значительно менее устойчив, чем вирус гепатита "В"). Несмотря на это, ВОЗ еще в 1983 г. опубликовала дополнительные рекомендации по соблюдению мер безопасности при обращении с материалами, содержащими кровь (например, запрещение засасывания жидкостей в пипетку ртом, использование, по возможности, одноразовых инструментов и т.п.). В 1988 г. ВОЗ провозглашает принцип: "Изолируйте инфекцию, а не пациента" и вновь публикует "Меры предосторожности при работе с кровью и другими жидкими средами организма". Здесь, в частности, говориться, что обращение с кровью и другими жидкими компонентами должно всегда быть таким, как если бы они были инфицированы.*

В социально-организационном плане во всех медицинских учреждениях должна быть разработана и применена система мониторинга, регистрации случаев возможного и

действительного заражения ВИЧ медперсонала. Кроме того, каждый врач должен - и это его профессиональный и моральный долг - как можно больше знать о ВИЧ-инфекции и СПИДе; это знание может способствовать также и снижению уровня страха как перед возможностью заразиться, так и перед самой болезнью, о необходимости чего уже говорилось.

Согласно "Правилам проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", в случае выявления ВИЧинфекции у работников отдельных профессий - их перечень утверждается Правительством РФ - такие работники подлежат переводу на другую работу, исключающую условия распространения ВИЧ-инфекции. В 1997 г. такой перечень профессий еще только разрабатывался в Министерстве здравоохранения РФ. Как отмечали руководители санитарно- эпидемиологичес-кой службы российских регионов, действуя в соответствии с законом, невозможно отстранить от работы инфицированного ВИЧ медика, профессиональная деятельность которого связана с инвазивными вмешательствами.

Если инфицированный врач или медсестра остается на клинической работе, предполагающей необходимость производить инвазивные вмешательства, то возникает проблема: нужно ли сообщать о факте их инфицированности пациентам, которым они проводят такие вмешательства? В современной литературе описаны различные варианты ответа на этот вопрос. Так, один американский врач-окулист информировал своих пациентов о своей инфицированности, предоставляя им свободу выбора - лечиться у него или обратиться за помощью к другому врачу. По свидетельству В.В. Покровского, наблюдавшего двух ВИЧинфицированных хирургов, один из них какое-то время продолжал работать хирургом, пытаясь применять повышенные меры защиты своих пациентов (он, в частности, надевал перед операцией несколько перчаток), но затем-все-таки оставил медицинскую деятельность, другой же сразу сменил работу.

Еще одна коллизия возникает тогда, когда, например, продолжающий клиническую практику ВИЧ-инфицирован-ный медработник допускает неосторожность, например проникновение своей крови в кровь или на слизистую оболочку пациента. В таком случае его и профессиональным, и моральным долгом будет обязательное информирование пациента и, разумеется, оказание ему необходимой помощи.