



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: фигура и роль врача

Алексеева С. С., Стародубцев М. Э.

Информированное добровольное согласие отражает право пациента на самостоятельное принятие решения о медицинском вмешательстве либо об отказе от такового. В идеальном случае пациент получает всю необходимую информацию от врача и без всякого давления, осознанно, разрешает лечение или отказывается от него. Но в медицинской практике, в отличие от идеала, неоспоримо присутствует элемент власти врача: как вследствие наличия у него профессиональных знаний, так и вследствие уже самого факта обращения пациента к врачу за помощью. Из этого следует, что добровольность согласия пациента вряд ли может быть абсолютной, врач в той или иной степени влияет на его решение. В статье предлагаются критерии для оценки допустимости влияния, оказываемого врачом на пациента при принятии решения о даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или об отказе от него, на примере кардиохирургии.

Ключевые слова: информированное добровольное согласие, биоэтика, медицинское право, добровольность согласия, автономия, власть врача, дискурсивная власть, коммуникация врача и пациента, культура оказания помощи.

Отношения и деятельность: нет.

ФГАУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Алексеева С. С.* — магистр культурологии, преподаватель кафедры биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО МФ, ORCID: 0000-0001-9527-5039, Стародубцев М. Э. — юрист по международным делам, кафедра биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО МФ, ORCID: 0000-0002-3944-7139.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): ssofia-95@mail.ru

ИДС — информированное добровольное согласие.

Рукопись получена 23.08.2021

Рецензия получена 09.09.2021

Принята к публикации 24.09.2021



Для цитирования: Алексеева С. С., Стародубцев М. Э. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: фигура и роль врача. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(9):4677. doi:10.15829/1560-4071-2021-4677

Informed consent to medical intervention: the figure and role of a doctor

Alekseeva S. S., Starodubtsev M. E.

Informed consent reflects a patient's right to decide whether to receive or refuse medical intervention. Ideally, the patient receives all the necessary information from a physician and, consciously, allows the treatment or refuses it. However, in routine practice, a doctor may influence the patient's decision: both because of professional knowledge, and because of the very fact that a patient seeks medical help. It follows from this that voluntary basis of a patient's consent can hardly be absolute, since a doctor often influences his decision to a greater or lesser degree. The article proposes criteria for assessing the admissibility of doctor's influence on a patient when deciding whether to sign informed consent to medical intervention or to refuse it, using the example of cardiac surgery.

Keywords: informed consent, bioethics, medical law, autonomy, doctor's power, discursive power, doctor-patient communication, health care delivery.

Relationships and Activities: none.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia.

Alekseeva S. S.* ORCID: 0000-0001-9527-5039, Starodubtsev M. E. ORCID: 0000-0002-3944-7139.

*Corresponding author:

ssofia-95@mail.ru

Received: 23.08.2021 **Revision Received:** 09.09.2021 **Accepted:** 24.09.2021

For citation: Alekseeva S. S., Starodubtsev M. E. Informed consent to medical intervention: the figure and role of a doctor. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(9):4677. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2021-4677

Понятие информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинскую помощь и медицинское вмешательство лежит в основе этической и правовой стороны работы с пациентом. Подписание ИДС, с точки зрения этики, является утверждением принципа уважения достоинства личности, запрета на любое бесчеловечное отношение. С точки зрения права, ИДС обеспечивает юридическую чистоту события оказания медицинской помощи, давая пациенту понимание того, с чем он столкнется, а для врача и медицинского учреждения — верифицируя данное понимание. Юридическая практика пока-

зывает, что правильно составленное, нешаблонное ИДС является инструментом защиты интересов учреждения и медицинских работников. Однако важно понимать, что за формальной, правовой и этической сторонами кроется проблема психологическая или коммуникативная, которая восходит к более сложному представлению о пациенте как личности, человеке. ИДС в части *информирования* входит в так называемый нарратив болезни — представление пациента о своём состоянии и о факте взаимодействия с системой здравоохранения, развёртывающегося во времени [1]. Клиническая практика ставит вопросы

о том, может ли пациент в полной мере осознанно подписать согласие, может ли он стать *действительно* информированным; тем самым упраздняется патернализм в отношениях врач-пациент. Практическая кардиология и, в частности, кардиохирургия имеют свою нозологическую специфику, а значит, имеют и особенности коммуникации с пациентами, восприятия ими тех вопросов, которые требуют ответа с этико-правовой точки зрения.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации и общепризнанными международными нормами люди равны (статья 19 Конституции РФ), обладают свободой воли и правом на личную неприкосновенность (статья 22). Из этого следует, что врач, несмотря на свое превосходящее знание и понимание процессов, происходящих в организме пациента, не имеет права ни явно, ни путем обмана распоряжаться его телом. Даже если сам факт оказания профессиональной услуги предполагает доминирующее положение профессионала, это не означает объективации, превращения клиента или пациента в объект. Поэтому медицинское вмешательство и возможно только с согласия пациента. Это тесно связано с человеческим *достоинством*, достоинством личности, право на защиту которого закреплено в статье 21 Конституции РФ. Именно в этой статье содержится и прямой запрет на проведение медицинских опытов без добровольного согласия подопытного.

Требования к согласию пациента на вмешательство

Чтобы соответствовать требованиям, вытекающим из упомянутых прав личности, согласие на медицинское вмешательство должно быть добровольным. Ведь «согласие», данное под давлением (например, под давлением врачебного авторитета) или под косвенным принуждением (например, эмоционально окрашенное очерчивание перспектив развития патологии), не является, по сути, согласием; его трудно назвать волеизъявлением «*соглашающегося*», т.к. оно отражает не его волю, а волю того, кто оказывает давление. Но чтобы иметь возможность дать действительно добровольное согласие, пациент, не обладающий медицинскими знаниями, должен получить в доступной форме необходимый для принятия решения объем информации от врача [2]. Поэтому медицинское законодательство и называет необходимое для вмешательства согласие пациента информированным и добровольным. Конкретизируя требования, предъявляемые к ИДС, исходя из положений Конституции, статья 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (323-ФЗ от 21.11.2011) определяет, что согласие пациента должно быть дано предварительно, добровольно и на основании предоставленной медработником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской по-

мощи, связанном с нею риске, её возможных вариантах, последствиях и предполагаемых результатах; здесь речь идет об информированности. Следует рассмотреть каждый аспект отдельно.

Предварительность. Предварительность согласия означает, что пациент должен принять и изъяснить свое решение *до* вмешательства. Потенциально проблематичными здесь являются случаи, когда неизвестные ранее патологии обнаруживаются во время вмешательства: понятно, что согласия на устранение подобных патологий пациент дать не мог, т.к. не знал о них. В плановой кардиохирургии подобные случаи представляют собой, скорее, исключение, ведь перед плановыми операциями проводится тщательное обследование. Однако, если говорить о хирургии пороков, аневризм и опухолей, а тем более в неотложной хирургии, объем вмешательства может оказаться более обширным. В связи с этим при фиксации факта дачи пациентом информированного добровольного согласия на кардиохирургическое вмешательство следует оговаривать порядок действий врачей при обнаружении ранее неизвестных патологий либо в целом необходимости изменить объем и тактику вмешательства. При этом, с медицинской точки зрения, подобное изменение может быть как частью исходной стратегии лечения, так и результатом смены стратегии ввиду новых обстоятельств.

Добровольность. Добровольность предполагает отсутствие давления на пациента при принятии им решения о согласии на медицинское вмешательство или на отказ от него. Вот как описывается этот аспект в контексте Конвенции Овьедо — международного документа, посвященного правам человека в биомедицине [3]: «...заинтересованное лицо не должно подвергаться необоснованному давлению или влиянию. Даже незначительное давление на лицо, находящееся в уязвимом положении, может создать у него впечатление, что оно обязано дать свое согласие вопреки своей воле» и «любое давление подразумевает оказание влияния на заинтересованное лицо, которое, при отсутствии давления, не дало бы своего согласия».

Конечно, приведенные формулировки являются довольно формальными: любой больной находится в уязвимом положении в силу своей болезни и отсутствия медицинских знаний. Врач оказывает мотивирующее влияние на пациента, предлагая ему пути лечения. В медицинской практике этого не избежать. Более правильным критерием для разграничения допустимого и недопустимого влияния представляется наличие или отсутствие прямой связи с болезнью пациента мотивации врача и приводимых им в пользу вмешательства аргументов. Чем слабее связь этих аргументов с болезнью, тем более необоснованным можно считать оказываемое давление. Если, например, врач правдиво говорит пациенту, что в случае

отказа от операции болезнь создаст угрозу жизни, то прямая связь налицо. Если врач мотивирован не заботой о здоровье пациента, а, например, собственной карьерой, а тем более финансовой составляющей, то прямая связь явно отсутствует. Если же врач озабочен здоровьем сомневающегося пациента и пытается убедить его, апеллируя, например, к ответственности пациента перед его родственниками (вроде “из-за болезни вы не сможете помочь вашим престарелым родителям”), то такой случай можно было рассматривать как пограничный и, в случае возникновения спора, оставить его квалификацию на усмотрение судов. Но в данном случае нужно также учитывать, что точка зрения врача основана на его знании и его опыте, она не включает опыт пациента о жизни, “жизненном мире” пациента, поэтому баланс между давлением на пациента действительно во благо и давлением ввиду убеждённости врача непросто поддерживать, и это требует высокого уровня коммуникативных компетенций [4].

Информированность. В области кардиохирургии аспект информированности согласия представляется проблематичным, ведь не имеющему медицинских знаний пациенту трудно представить себе процессы, происходящие в сердечно-сосудистой системе, последствия воздействия на эти процессы или отказа от вмешательства. Пациент *непосредственно* не ощутит полезного результата вмешательства, в то время как, например, слова оториноларинголога о том, что “нос будет заложен” или “ухо перестанет болеть” дают пациенту возможность на чувственном уровне оценить пользу вмешательства и сопоставить ее с рисками. Даже предвосхищаемый результат в виде прекращения приступов стенокардии или избавления от одышки — есть опосредованный клинический результат тех действий, которые совершены хирургом, и на которые, собственно, пациент и даёт согласие. Информирование в области кардиохирургии происходит на уровне теоретическом, далеко не всегда врач может оперировать понятиями, не требующими дополнительного разъяснения. А если так, то пациент вынужден во многом “верить на слово” врачу, подчиняться его профессиональному авторитету при принятии решения о согласии или несогласии на вмешательство. Как видно, в кардиохирургии понятие информированности ИДС тесно связано с понятием добровольности. Это налагает на врача обязанность уделять больше внимания доступности своих объяснений и восприятию пациентом получаемой информации.

Для фиксации факта дачи согласия оно подписывается пациентом или, в определенных случаях, его законным представителем. Здесь следует учитывать, что пациенты в области кардиохирургии, имея патологию кровообращения, могут иметь и когнитивные либо аффективные особенности, быть, напри-

мер, раздражительными, склонными к конфликтам. В целом соматическое состояние создаёт основу для психосоциального функционирования [5]. Поэтому тщательная фиксация факта (а желательно и процедуры) дачи ИДС особенно важна ввиду возможных юридических разбирательств, т.к. может послужить доказательством, используемым в дальнейшем для разрешения споров.

Таким образом, исходя из ключевых нормативных правовых актов, исходя из этических императивов, к понятию и процедуре дачи ИДС возникает целый ряд вопросов. Ключевые из них: 1) влияние на решение пациента и коммуникативная роль медицинского работника, получающего согласие; 2) объём информирования и степень понимания пациентом реальной ситуации; 3) психосоматический статус пациента в связи с ситуацией оказания помощи и информацией о заболевании [6]. Отвечая на эти вопросы, следует обратиться к понятию *власти врача* [7].

Власть врача как фактор медицинского вмешательства

Клиническая медицина соединяет биомедицинскую практику с практикой взаимодействия двух субъектов, личностей: врача и пациента. Для того, чтобы разобраться в логике правовых аспектов ИДС, стоит установить отношения субъектов, провоцирующие появление конкретной (правовой) необходимости фиксации взаимодействия между врачом и пациентом. Если представить модель взаимоотношений в виде кейса, каждую из деталей которой можно декодировать, то помимо правовых аспектов ИДС возникнет перспектива смежных проблем.

И врач, и пациент являются людьми, личностями: социальными, правовыми, этическими субъектами. Коммуникация врач-пациент находится в специальном контексте и несёт в себе особенности “помогающих” профессий¹. Необходимость взаимодействия людей и естественная соматическая потребность “человеку нужен человек” по сути и порождает культуру врачевания. Рассматривая фигуру врача с точки зрения права, очевидно, что врач наделён профессиональными обязанностями, он принадлежит к медицинскому сообществу и отвечает за свою деятельность на основании Федерального закона. Существует формальное представление о том, *что* врач может делать и чего он не должен допустить в своей профессиональной практике. Тем не менее личность врача обладает собственной философией и мотивами, индивидуальным отношением к специфике профессии и сомато-психологической специфики пациентов в рамках той или иной группы нозологий. Чтобы врач-личность и врач-профессионал не противоречили друг другу в контексте медицины,

¹ Профессии врача как концепту присуща этическая черта добродетели, при этом характер этой составляющей можно рассматривать отдельно с психологической точки зрения, например, в рамках феномена патологической заботы.

существуют нормы: деонтология (понятие долга врача) и закон.

Поскольку невозможно заранее запрограммировать поведение, нормирование взаимодействий — формулирование норм права — будет динамичным и многофакторным даже при условии конкретизации правовых ограничений действий и артикуляции санкций. Развитие наук о человеке служит катализатором экспериментов с различными междисциплинарными концепциями взаимодействия врача и пациента, где правовой аспект служит своеобразной “критической чертой”, которую лучше не преступать, и где она служит триггером бюрократического процесса, соответствие которому, в свою очередь, даёт возможность дистанцироваться от опасных с точки зрения закона ситуаций и их последствий. Так, получение врачом социального статуса медицинского работника номинально нейтрализует саму возможность формирования преступного мотива или умысла — но в то же время наделяет врача неотъемлемой профессиональной привилегией — дискурсивной властью [8]. *Естественные* отношения врача и пациента содержат в своей основе неотъемлемую, присущую им черту, отличительную от других типов социальных связей, в т.ч. коммерциализированных, которая определяет норму их взаимодействия. Эта черта — наличие *жизненноважного запроса* пациента. Пациент же, не обладая компетенциями в области кардиохирургии, заведомо делегирует разработку решений по этой части врачу, оставаясь при этом личностью, этическим и правовым субъектом, как и врач.

Таким образом, в модели взаимоотношений ощущается сущностная проблема: *дискурсивная власть врача граничит с субъектностью пациента*. В некоторых ситуациях пациент теряет субъектность по физиологическим причинам. И эту проблему решает как понятие законного представителя, так и не правовая норма, но концепция пациентоориентированности, вбирающая в себя правовые и биоэтические аспекты, предусматривающая ситуации форс-мажора и невозможности принятия пациентом решения как личностью. Достоинство и долг врача

подразумеваются априори в связи с доверием пациента. Такая социально-медико-правовая модель и является реализацией негласного запроса пациента на квалифицированную помощь. Так или иначе, пациент не конкурирует с врачом, а вступает с ним во взаимодействие в рамках медицинской культуры, формировавшейся не одну тысячу лет.

ИДС в контексте рассуждения выше является *следствием запроса пациента* (результатом реализации права пациента на квалифицированную медицинскую помощь), реализацией уже принятого пациентом решения и формальным результатом обращения к врачу — фиксацией этого факта. ИДС также служит горизонтальной бюрократической нормой — своеобразной фиксацией взаимодействия врача и пациента для защиты от предполагаемых санкций.

Заключение

Потенциально неразрешимая сложность отношений врача и пациента, требуя на практике довольно однозначных решений и правовой оценки, может быть смягчена полноценным выстраиванием коммуникации вокруг факта оказания медицинской помощи. Особенно это важно в современной медицине, когда существует возможность научного анализа “побочных” эффектов немедицинских действий или психосоматических эффектов коммуникации. При получении ИДС перед вмешательством, в частности, кардиохирургическим, обязательно следует оговорить варианты действий при обнаружении ранее неизвестных патологий. Мотивация и аргументы врача должны быть максимально тесно связаны с болезнью. При этом следует уделять особое внимание пониманию пациентом объяснений врача, а обобщённой задачей взаимодействия должно быть формирование конструктивного отношения пациента к ситуации заболевания. Согласие или отказ должны тщательно фиксироваться.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Taratukhin EO. Patient's personality: an interdisciplinary approach to cardiovascular pathology. *Russ J Cardiol.* 2014;(9):22-5. (In Russ.) Таратухин Е. О. Личность больного: междисциплинарный подход в работе с кардиологической патологией. *Российский кардиологический журнал.* 2014;(9):22-5. doi:10.15829/1560-4071-2014-9-22-25.
2. Sokova E. Informed voluntary consent of the patient: legal status and practical significance. *Glavvrach.* 2020;(5). (In Russ.) Сокова Е. Информированное добровольное согласие пациента: правовой статус и практическое значение. *Главврач.* 2020;(5). doi:10.33920/med-03-2005-07.
3. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. <https://rm.coe.int/168007cf98>.
4. Taratukhin EO, Kudinova MA, Shaydyuk OYu, et al. Person-centered interview as a tool for clinical work in myocardial infarction setting. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2017;16(1):34-9. (In Russ.) Таратухин Е. О., Кудинова М. А., Шайдюк О. Ю. и др. Человекоцентрированное интервью как инструмент клинической работы с большими инфарктом миокарда. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2017;16(1):34-9. doi:10.15829/1728-8800-2017-1-34-39.
5. Taratukhin EO. Risk factors hierarchy. *Russian Journal of Cardiology.* 2017;(9):28-33. (In Russ.) Таратухин Е. О. Иерархия факторов риска. *Российский кардиологический журнал.* 2017;(9):28-33. doi:10.15829/1560-4071-2017-9-28-33.
6. Semiokhina AS, Taratukhin EO, Bayandin NL, et al. Life quality in one year after myocardial infarction with incomplete revascularization. *Russian Journal of Cardiology.* 2017;(1):102-5. (In Russ.) Семиохина А. С., Таратухин Е. О., Баяндин Н. Л. и др. Качество жизни у пациентов через год после перенесённого инфаркта миокарда с неполной реваскуляризацией. *Российский кардиологический журнал.* 2017;(1):102-5. doi:10.15829/1560-4071-2017-1-102-105.
7. Furst LR. *Between doctors and patients: The changing balance of power.* University of Virginia Press. 1998. ISBN: 978-0813917559.
8. Foucault M. *Intellectuals and power. Language, counter-memory, practice.* Cornell University Press. 2021:205-17. ISBN: 9780801492044.