

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП

Обсуждено на заседании кафедры
Протокол № 16
от 30.08.2022

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для проведения занятия со студентами
1 курса лечебного факультета
по дисциплине «Биомедицинская этика»
Тема: МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ
С ВИЧ/СПИД.
Время 3 часа

1.УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ, ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ.

Мотивационная характеристика темы: ВИЧ-инфекция с момента ее появления породила в обществе немало проблем этического и правового характера. Это связано, прежде всего, с низкой информированностью населения об инфекции, а также негативным влиянием средств массовой информации. Феномен спидофобии поставил вопрос о социальной защите ВИЧ-инфицированных, а также недопустимости дискриминации таких пациентов, что не редко встречается и среди практикующих врачей.

Учебные цели занятия: усвоить основные этические принципы взаимоотношений медицинских работников и пациентов, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения.

Воспитательные цели занятия: формирование высоко профессиональной, разносторонне развитой и нравственно зрелой личности.

Задачи занятия:

- изучить основные этические принципы взаимоотношений медицинских работников и пациентов, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения;
- применять методы и приемы философского анализа этических проблем;
- руководствоваться принципами гуманизма и общечеловеческими ценностями при реализации своей профессиональной деятельности.

Требования к исходному уровню знаний.

В результате проведения занятия студент должен:

– Знать:

- морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД;
- этические проблемы здравоохранения;
- основные функции и направления работы биоэтических комитетов;
- формы проведения независимой биоэтической экспертизы.

– Уметь:

- расследовать факты внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией;
- соблюдать гуманность и уважение человеческого достоинства лиц с психическими расстройствами, недопустимость дискриминации, защиту прав и законных интересов душевнобольных;
- соблюдать этические аспекты общения и лечения пациентов с девиантным поведением;

- проводить скрининг донорской крови;

2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН.

1. ВИЧ/СПИД как медико-социальная проблема.
2. Компоненты здорового образа жизни.

3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.

1. Деонтологические проблемы оказания помощи ВИЧ-инфицированным людям.
2. Недопустимость дискриминации и стигматизации людей, живущих с ВИЧ/СПИД.
3. Этические нормы лечения ВИЧ-инфицированных детей.
4. Проблема «спидофобии» и требования медицинской этики.
5. Значимость сохранения врачебной тайны. Добровольность и анонимность тестирования.
6. Правовая и социальная защита лиц, живущих с ВИЧ/СПИД.
7. СПИД как ятрогения. Скрининг донорской крови. Эпидрасследование и факты внутрибольничного заражения.
8. СПИД и профессиональный риск медицинских работников. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (Статья 28. Особенности оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека. Статья 29. Предупреждение пациентов о наличии у них венерических заболеваний и (или) вируса иммунодефицита человека).

9. Закон Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека».

4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ.

1. Деонтологические проблемы оказания помощи ВИЧ-инфицированным людям.

ВИЧ-инфекция – это медленно прогрессирующее вирусное заболевание иммунной системы, приводящее к ослаблению иммунной защиты от опухолей и инфекций. Стадия ВИЧ-инфекции, при которой из-за снижения иммунитета у человека появляются вторичные инфекционные или опухолевые заболевания, называется синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Впервые болезнь была идентифицирована в США в 1981 г., хотя позднее в СМИ были опубликованы сообщения о случаях заболевания ею, имевших место раньше. В 1983 г. Л. Монтанье и Р. Галло выделили вирус, вызывавший СПИД. Спор между ними о приоритете завершился компромиссом, и главное – в ходе этого спора вирус получил признанное теперь во всём мире название – «вирус иммунодефицита человека» (ВИЧ).

Источником заражения является ВИЧ инфицированный человек на всех стадиях заболевания. Первый ВИЧ-инфицированный, иностранный гражданин, на территории СССР был выявлен в 1985 г., а первый пациент, явившийся гражданином СССР – в марте 1987 г. Эпидемия ВИЧ инфекции за 30 лет охватила все страны мира. На планете было заражено более 60 млн. человек, из которых около 30 млн. погибли.

Существуют 3 пути передачи ВИЧ-инфекции:

- контактный (половой);
- парентеральный (через кровь, шприцы, иглы, режущие инструменты и др., загрязненные кровью, содержащую ВИЧ);
- вертикальный (от матери к плоду).

Факторы риска: наркомания, асоциальный образ жизни, гемотрансфузии, рождение от ВИЧ-инфицированной матери, заболевания венерическими болезнями.

Большинство ВИЧ-инфицированных – это потребители инъекционных наркотиков (в РБ в основном превалирует половой путь передачи ВИЧ – ок. 70% случаев). В Беларуси в структуре ВИЧ-инфицированных преобладают в основном мужчины – около 70%; лица трудоспособного возраста от 15 до 49 лет.

К контингентам высокого риска заражения относятся:

- лица, предоставляющие секс-услуги;
- лица, практикующие незащищенный секс;
- лица, имеющие профессиональный контакт с кровью;
- лица, употребляющие наркотики (даже однократные пробы наркотических средств может привести к заражению ВИЧ - инфекции). ВИЧ-инфекцией также можно заразиться и при выполнении различных татуировок без соблюдения стерильности проведения манипуляции. Не исключается возможность передачи вируса в быту через инфицированные бритвенные приборы и другие колюще-режущие предметы.

Основными этическими проблемами, связанными с распространением ВИЧ-инфекции, являются:

- принцип равного доступа к лечению;
- соблюдение конфиденциальности как в связи с оказанием медицинской помощи, так и в различных социальных ситуациях;
- получение информированного согласия на диагностику инфекции;
- стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

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

- СПИД характеризуется чрезвычайно высокой смертностью;
- ВИЧ-инфекция стала пандемией, её распространение не ограничивается ни государственными, ни географическими, ни социально-культурными, ни иными границами;
- этиология СПИДа в большинстве случаев связана с интимной стороной жизни людей, с человеческой сексуальностью, а также с такой формой девиантного поведения, как злоупотребление наркотиками;

– естественные фобии людей перед неизлечимым заболеванием часто становятся причиной неадекватного поведения многих людей в отношении ВИЧ-инфицированных пациентов, что, в свою очередь, порождает своеобразный феномен массового сознания – «спидофобию»;

– высокая стоимость лечения ВИЧ-инфицированных, а также пациентов в стадии СПИДа в совокупности с неизменным ростом их числа, побуждает к спорам на темы социальной справедливости и оптимального распределения ресурсов здравоохранения, которые даже в развитых странах всегда ограничены;

– практически все важнейшие вопросы современной биомедицинской этики (уважение автономии личности пациента, сохранение врачебной тайны, предупреждение дискриминации пациента в связи с характером их заболевания, а также соблюдение его права его на достойную смерть и др.) требуют конкретизации и глубокого анализа применительно к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

2. Недопустимость дискриминации и стигматизации людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Дискриминация – (от лат. *discriminatio* «различение», «ущемление») – 1) ограничение или лишение прав определённой категории граждан по к.- л. признакам; 2) негативное отношение, ущемление и ограничение в правах, а также насилие и всяческое проявление неприязни по отношению к тем, кто обладает опасными «порочными» качествами («стигмами»).

Стигма – 1) в древние времена клеймо, наносившееся на тело раба или преступника; 2) последствия определённого ярлыка (диагноза), проявляющиеся в предубеждённом отношении общества к его носителю.

Стигматизация (от греч. *στίγμα* – «ярлык, клеймо») – клеймение, нанесение «стигмы», навешивание социальных ярлыков – увязывание какого-либо качества (как правило, отрицательного) с отдельным человеком или множеством людей, является составной частью многих стереотипов. Стигматизация может вести к дискриминации, т.е. к реальным действиям, ограничивающим права какой-то группы.

ВИЧ-инфекция с момента её появления породила в обществе немало проблем этического и правового характера. Это связано, прежде всего, с низкой информированностью населения об инфекции, а также негативным влиянием СМИ.

В случае с ВИЧ/СПИД с самого начала эпидемии интересы общества были поставлены на первое место, что приводило к предложениям об изоляции ВИЧ-инфицированных, их принудительном лечении, другим проявлениям дискриминации (увольнения, запрет на пребывание в садах и школах детей с ВИЧ/СПИД, чрезмерные медицинские ограничительные меры). При чём в зависимости от путей инфицирования (инъекционный, гомосексуальный и половой) отношение мед. работников и общества к ВИЧ-инфицированным стигматизируется больше, чем в случае заражения при медицинских манипуляциях или при рождении. Также многими странами не обеспечивается лечение СПИД; оно осуществляется там за счёт международной помощи, финансируются, как правило, посредством различных санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на защиту всего общества от инфекции и её вероятных носителей.

Феномен «спидофобии» поставил вопрос о социальной защите ВИЧ-инфицированных, а также недопустимости дискриминации таких пациентов, что не редко встречается и среди практикующих врачей. Имеется множество примеров, когда неэтичное поведение медицинских работников инициировало дискриминацию, а то и прямое насилие по отношению к вирусоносителям или больным СПИДом. В первых 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.

Можно, в связи с этим напомнить 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». Дискриминация инфицированных и больных СПИДом, невежество и предрассудки, присущие не только населению, но и части специалистов медиков, – все это, в конечном счёте, негативно отражается на эпидемиологической обстановке и на темпах распространения инфекции. То есть дискриминация ВИЧ-инфицированных 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.

Стигматизация – это клеймо. Поэтому нужно сделать всё возможное, чтобы люди с таким диагнозом чувствовали себя в обществе максимально комфортно. Как проводить дестигматизацию:

1. *Вести разъяснительную работу (беседы с различными контингентами населения, через СМИ и т.д.).*

2. *Медицинские специалисты должны знать и помнить, что их профессиональный долг – дестигматизация пациентов с любыми заболеваниями.*

3. *Не допускать неверного распространения информации о такой патологии.*

4. *Акцент нужно делать на личность пациента, а не на саму болезнь.*

5. *Общество должно знать, что пациент имеет чувства, потребности, комплекс этических и моральных норм.*

6. *Не допускать при разговоре с пациентами жаргонных выражений и слов.*

7. *Специалисты не должны разглашать сведения, которые нарушают конфиденциальность информации о конкретном пациенте.*

3. Этические нормы лечения ВИЧ-инфицированных детей.

ВИЧ-инфекция у ребенка влияет на всю семью. В таких случаях рекомендуется проводить серологическое тестирование сиблингов и родителей. Врач должен предоставить всю необходимую информацию и постоянное консультирование.

Инфицированного ребенка нужно обучить правилам гигиены и поведения с целью снижения риска передачи заболевания другим. Когда и как много ребенку рассказывают о заболевании, зависит от его возраста и зрелости. Дети старшего возраста и подростки должны знать о своем диагнозе и возможности передачи инфекции половым путем; они должны получить все необходимые консультации. Семья может не захотеть поделиться фактом заболевания с другими людьми, поскольку это может привести к социальной изоляции. Распространено чувство вины. У членов семьи, включая детей, может развиваться депрессия и им потребуется консультация специалиста.

Поскольку ВИЧ-инфекция не передается при обычных типах контактов,

распространенных среди детей (например, через слюну или слезы), ВИЧ-инфицированные дети могут посещать школу без ограничений. Так же нет причин ограничивающих направление таких детей на патронажное воспитание, приемное размещение или уход за ВИЧ-инфицированными детьми. Наличие условий, составляющих повышенную опасность для окружающих (например, если ребенок агрессивно кусается или наличие у него открытых ран с выделением экссудата, которые нельзя изолировать) может потребовать принятия специальных мер предосторожности.

Число людей из персонала школы, знающих о наличии у ребенка заболевания, должно быть сведено до минимума, необходимого для обеспечения надлежащего ухода за ним. Семья имеет право информировать школу, но люди, участвующие в уходе и обучении зараженного ребенка, должны уважать право ребенка на личную жизнь. Сведения о заболевании должны быть раскрыты только с информированного согласия родителей или законных опекунов и соответствующего возрасту согласия ребенка.

4. Проблема «спидофобии» и требования медицинской этики.

«Спидофобия» – социально-психологический феномен (аналогичный «канцерофобии», «сифилофобии», «радиофобии» и т.п.), наиболее тяжёлая форма стигматизации, панический страх людей перед болезнью и носителями ВИЧ.

Неизбежной реакцией большинства людей на аббревиатуру «СПИД» является страх. Страх перед заражением, перед умиранием, смертью, бессилием медицины и общества в целом, неспособного, по распространённому мнению, противопоставить СПИДу что-либо действенное. Одним из парадоксальных проявлений спидофобии является бессознательное стремление людей «забыть» об угрозе, отвернуться от неё. Это проявляется как в безответственном, постоянно грозящем инфицированием поведении, так и, что не менее важно, в недооценке проблемы со стороны государственных органов.

Отказ врачей и других представителей медицинской профессии оказывать помощь ВИЧ-инфицированным людям – это едва ли не самая напряжённая, с т.зр. медицинской этики, проблема. Проведённое ещё в начале 1990-х годов в США исследование показало, что, отказывая в помощи людям, 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 отвергнуть других пациентов.

Подобный отказ не отвечает не только нормам медицинской этики и этики вообще, но и требованиям Закона. Отказ в помощи ВИЧ-инфицированным и людям, живущим с ВИЧ/СПИД является грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики!

В сознании самих ВИЧ-инфицированных на первом плане нередко оказывается страх перед дискриминацией и стигматизацией, социальным ostracism. Поначалу в западных странах СПИД распространялся в основном среди так называемых «маргинальных социальных групп» – гомосексуалистов, наркоманов, проституток (первоначально называли «болезнью гомосексуалистов и наркоманов»; «болезнью 4-х Г» – (англ. 4-H disease), т.к. она была обнаружена у жителей или гостей Гаити, гомосексуалов, гемофиликов и лиц, употреблявших героин (англ. Haiti, homosexual, hemophilia, heroine)). Строгие моралисты не раз заявляли, что СПИД есть «кара Божья» за «грех гомосексуализма», «спортивный секс», «секс-туризм» и т.п. Негативное отношение общества к представителям названных маргинальных групп по инерции было перенесено на всех ВИЧ-инфицированных лиц, причём 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, обречённости на смерть усугубляется эмоциональной изоляцией, враждебным отношением к ним со стороны общества.

Ещё относительно недавно СМИ были полны сообщений о фактах насилия над больными СПИДом, изгнания их из родных мест, создания вокруг них «эмоционального гетто» и т.п. Имея дело с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом, врачам 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. Отсюда вытекает особая значимость сохранения врачебной тайны в случаях ВИЧ-инфекции.

4. Значимость сохранения врачебной тайны. Добровольность и анонимность тестирования.

«Врачебная тайна» в форме правила конфиденциальности зафиксирована во многих этических кодексах, начиная с «Клятвы Гиппократата», а также Законах РБ, которые защищают право на конфиденциальность и даже вводят наказание за её нарушение. Ещё в Древней Индии существовала пословица: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача – никогда».

Наряду с отказом в помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики является разглашение соответствующего диагноза. Разглашение врачебной тайны медиками зачастую было проявлением все той же «спидофобии» в обществе, т.е. работники здравоохранения, не только нарушали законные права своих пациентов, но и сами становились проводниками настроений страха пред СПИДом. Речь идет об обязательствах не только врача, но и любых других медицинских работников, а также должностных лиц, которым эта информация была передана или получена при исполнении своих обязанностей.

Отношения врача и пациента не являются отношениями равных. Врач несёт большую ответственность, и одновременно он является более сильной стороной. Особенность отношений требует от пациента, если он хочет эффективного лечения, раскрывать множество информации о себе, ставя себя в ранимое положение. Для защиты пациента создан институт врачебной тайны. Особенность врачебной тайны состоит в том, что врачам о пациенте становится известна не только медицинская информация, но и многое из того, что к болезни отношения не имеет. Следовательно, врачи становятся носителями разнообразной чувствительной информации. Очень важно, что клятва Гиппократа, равным образом, как и все последующие этические кодексы, настаивают на том, что врач должен сохранить в конфиденциальности всю значимую для пациента информацию, а не только ту, которая поступила от пациента и касается его заболевания.

Особо остро стоит вопрос об участии пациента в принятии врачебного решения. В данном случае речь идёт о предварительном информированном согласии пациента на медицинское вмешательство. Что в настоящее время имеет не только моральную силу, но и является юридической нормой. И пациент, и врач имеют права, которые должен знать каждый.

Если правило правдивости обеспечивает открытость при взаимодействии врача и пациента, то правило конфиденциальности призвано предохранить систему врач-пациент от несанкционированного проникновения извне.

Предметом конфиденциальности является: сам факт обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания, состояние здоровья, прогноз и все те сведения, которые мед. работник получает в ходе медицинского интервью, при выслушивании жалоб. Конфиденциальной должна быть и немедицинская информация о пациенте, его близких, ставшая известной врачу. Начиная осмотр и расспрос пациента, врач должен выяснить за кем, пациент признает право иметь доступ к сведениям, касающихся его здоровья. Все эти обстоятельства следует принимать в расчёт, руководствуясь на практике правилом конфиденциальности.

Добровольность и анонимность тестирования.

Согласно Закону РБ «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека» от 7.01.2012 №345-З:

Медицинское освидетельствование – это изучение и оценка состояния здоровья пациента, проводимые врачом-специалистом в процессе оказания медицинской помощи в целях установления наличия либо отсутствия у пациента социально опасного заболевания, ВИЧ, определения его нуждаемости в медицинской помощи.

Добровольное медицинское освидетельствование – медицинское освидетельствование, проводимое по желанию пациента, а в случаях, предусмотренных законодательными актами, – с согласия его законного представителя в порядке, установленном законодательством о здравоохранении. Добровольное медицинское освидетельствование может быть проведено анонимно.

Обязательное медицинское освидетельствование – медицинское освидетельствование, являющееся обязательным для отдельных категорий лиц, а также лиц, перечень которых определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Принудительное медицинское освидетельствование – медицинское освидетельствование лица, в отношении которого имеются достаточные основания полагать

о наличии у него социально опасного заболевания, ВИЧ или в случае его уклонения от лечения, проводимое без его согласия или без согласия его законного представителя (проводится государственными организациями здравоохранения на основании вынесенного врачебно-консультационной комиссией государственной организации здравоохранения заключения о необходимости принудительного медицинского освидетельствования и с санкции прокурора).

Государственная политика в области предупреждения распространения социально опасных заболеваний, ВИЧ направлена на:

- создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения;
- снижение уровня заболеваемости населения социально опасными заболеваниями, ВИЧ;
- предупреждение передачи ВИЧ от матери ребёнку во время беременности, родов и в послеродовой период;
- увеличение продолжительности жизни и снижение смертности лиц, имеющих социально опасные заболевания, ВИЧ;
- выявление социально опасных заболеваний, ВИЧ на ранних стадиях;
- формирование у населения знаний по проблеме социально опасных заболеваний, ВИЧ и навыков безопасной жизнедеятельности;
- обеспечение прав лиц, имеющих социально опасные заболевания, ВИЧ;
- обеспечение прав лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать о наличии у них социально опасных заболеваний, ВИЧ;
- обеспечение прав лиц, оказывающих медицинскую помощь пациентам или участвующих в организации её оказания;
- обеспечение приоритетности профилактических мероприятий.

Серологический тест на наличие у человека антител к ВИЧ стал широко доступен с 1985 г. Как правило, скрининг предполагает плановое тестирование в рамках всей популяции или отдельных групп внутри популяций. Инкубационный период для ВИЧ – инфекции составляет 1-3 месяца (в среднем 6 недель; иногда скрытый период циркуляции вируса) может достигать трёх лет). Возможность пройти тест на наличие антител к ВИЧ должна предоставляться каждому. Тесты для обнаружения антител достаточно чувствительны. Иногда, при наличии ряда факторов, результаты тестирования могут быть ложноположительными. Это значит, что тест реагирует на антитела, похожие на антитела к ВИЧ. Поэтому первый положительный результат всегда должен быть подтверждён другими тестами.

Во многих ситуациях принцип автономии соблюдается формально: так практика предтестового и послетестового консультирования (информирования), как правило, не проводится, а после получения положительных результатов пациенту необходимые сведения сообщаются постфактум и напрямую: «у вас ВИЧ». При этом игнорируется то, что сообщение диагноза вызовет у любого человека психологический шок и негативные эмоциональные переживания, и человеку необходима поддержка, а не слова: «а чего же вы хотели, употребляя наркотик (занимаясь сексом с мужчинами, за деньги или небезопасно)». Грубейшим нарушением профессиональной этики будет не предваряемое компетентным консультированием сообщение пациенту о положительном результате тестирования, ещё не подтвержденном в повторном анализе. Частым оправданием неполучения информированного согласия является то, что пациенты («а ведь это наркозависимые, гомосексуалисты, проститутки») своим поведением угрожают здоровью других и поэтому к ним можно применять любые меры принуждения. Необходимость признания того, что в некоторых ситуациях вред не может быть устранен полностью, и его нужно хотя бы снизить. На последнем положении и основаны, так называемые подходы «снижения вреда», которые не пытаются уничтожить наркопотребление, гомосексуальность или рискованное сексуальное поведение, а ставят своей целью уменьшение последствий этого поведения и обучение людей как жить с ним менее опасно для себя.

6. Правовая и социальная защита лиц, живущих с ВИЧ/СПИД.

Права граждан на охрану здоровья (или в сфере медицинской деятельности), независимо от их ВИЧ-статуса, рассматриваются как совокупность положений, содержащихся в международных и национальных нормативно-правовых актах, гарантирующих гражданам охрану здоровья и предоставление медицинской помощи при возникновении заболевания. Наиболее значимый в этом плане международный документ – Всеобщая декларация прав человека [1948 г.] – провозгласила равенство всех перед законом, защиту от какой-либо дискриминации, произвольного вмешательства в личную жизнь, а также право на социальное обеспечение и обслуживание, медицинский уход в случае болезни или инвалидности всех без исключения.

Конституция Республики Беларусь, подчеркнув, что человек, его жизнь и здоровье признаются наивысшими социальными ценностями, гарантировала в ст.45, 46, 47 все перечисленные права. Людям, живущим с ВИЧ/СПИД, гарантированы права, предусмотренные Конституцией (право: на охрану здоровья и жизни; на бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения; на экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие и др.).

Социальные отношения, связанные с проблемой ВИЧ/СПИД, регулируются отдельными статьями Законов Республики Беларусь «О здравоохранении», «О санитарно-эпидемическом благополучии населения», «О государственных пособиях семьям, воспитывающих детей», «О донорстве крови и её компонентов»; нормативными документами Совета Министров, различных Министерств (здравоохранения, труда и социальной защиты, образования) и ведомств.

Законом РБ «О здравоохранении» конституционные права на охрану здоровья уточняются и подробно регламентируются: право ВИЧ-инфицированных граждан на охрану здоровья; предоставление доступной медицинской помощи. В стране обеспечен всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.

Лица, в отношении которых получены данные о заражении ВИЧ, предупреждаются органами и организациями здравоохранения в письменной форме о наличии у них таких заболеваний, о необходимости соблюдения мер предосторожности по нераспространению этих заболеваний и об уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

ВИЧ-инфицированные люди, в том числе женщины и дети, пользуются всеми правами и свободами, как и другие граждане Республики Беларусь. Не допускается увольнение их с работы, отказ в приёме на работу, в приёме детей в детские учреждения, а также ущемление иных прав и ограничение законных интересов. Они имеют право на социальное обслуживание и обеспечение. Согласно Закона Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающих детей» предусмотрена материальная поддержка ВИЧ-инфицированным детям в возрасте до 18 лет.

Организация оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, осуществляется с соблюдением принципа конфиденциальности и уважения прав и свобод человека.

Людям, живущим с ВИЧ, также предоставляются услуги по профилактике в области репродуктивного здоровья, планирования семьи, контрацепции. Обеспечен доступ ВИЧ-инфицированных беременных женщин к медикаментозной профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку, что позволяет снизить риск передачи ВИЧ.

На реализацию прав людей иметь доступ к информации, качественной профилактике, лечению и уходу направлены также и средства доноров.

Социальная защита ВИЧ-инфицированных предполагает запреты на ограничение их в правах. Это Социальная защита ВИЧ-инфицированных предполагает запреты на ограничение их в правах. Это относится в первую очередь к получению медицинской помощи. Заражённые имеют право получать её в любых организациях наравне со здоровыми людьми. При этом инфицированные обязаны оповещать врачей и других медицинских работников о своём диагнозе. Всем ВИЧ-положительным пациентам, если у них есть

показания к назначению специфического лечения, в РБ бесплатно предоставляются лекарственные средства для антиретровирусной терапии. Вовремя начав лечение антиретровирусными препаратами и следуя всем указаниям врача, люди, живущие с ВИЧ, могут прожить долгую и полноценную жизнь.

Продemonстрировали эффективность в уменьшении распространения ВИЧ-инфекции программы обмена шприцев и игл, обеспечение средствами для более безопасных сексуальных практик, обучение людей стратегиям профилактики по принципу «равный равному» (т.к. традиционная модель «специалист – нуждающийся» во многих ситуациях продемонстрровала свою низкую эффективность), социальная работа, группы поддержки. Трудоустройство больных вирусом иммунодефицита должно осуществляться без препятствий. Заражённые СПИДом молодые люди могут поступать в любые учебные заведения. Администрация ВУЗов и колледжей не вправе отказывать абитуриенту в подаче документов, а также чинить какие-либо препятствия.

ВИЧ – социально значимое заболевание. Социальное сопровождение ВИЧ-инфицированной семьи, а точнее семей, в которых есть заражённые дети, также осуществляется по нормам действующего законодательства. Родители в данном случае имеют право на бесплатное пребывание (с предоставлением койко-места и питанием) в медицинских организациях.

7. СПИД как ятрогения. Скрининг донорской крови. Эпидрасследования и факты внутрибольничного заражения.

По данным ВОЗ, на рубеже 80-х-90-х гг. 70-80% больных СПИДом заразились 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 ostrакизмом, 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 в 1982 г., а с 1983 г. здесь уже стали применять методы стерилизации компонентов и препаратов крови, при которой ВИЧ и все другие вирусы погибал и. С 1985 г. и 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.

В то 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 – в силу 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 методом 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 ВИЧ-инфекции (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 премьер-министра 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 серопозитивности (у маленького ребенка и женщины), стандартный ход эпидрасследования не смог обнаружить поначалу путей заражения этих пациентов. Гипотеза о возможности внутрибольничного заражения помнилась, 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-инфекции 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 специалистами-эпидемиологами 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 ВМ4-^LG".

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, вскармливаемых грудью инфицированных матерей, не заражается через молоко.

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

В США 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.

В нашей 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.

Эпидрасследования и факты внутрибольничного заражения.

ВИЧ-инфекция относится к категории антропонозов с контактным (половым), парентеральным и вертикальным (трансплацентарным) механизмом передачи возбудителя.

Источником инфекции является инфицированный человек в любой стадии ВИЧ-инфекции.

Наибольшие концентрации вируса содержатся в крови, сперме, секретах женских половых органов, спинномозговой жидкости. Далее, по убывающей степени концентрации, ВИЧ содержится в околоплодных водах, женском молоке, в слюне, поте, слезах, экскрементах, моче.

Как и при любых инфекциях для заражения необходима определенная доза возбудителя. Чем ниже концентрация возбудителя в биологической жидкости, тем меньше риск заражения.

В настоящее время установлены три пути заражения ВИЧ.

Наибольшую эпидемиологическую значимость имеет половой путь, особенно при гомосексуальных контактах мужчин. В последний период резко возрос удельный вес заражений при гетеросексуальных контактах. Опасность заражения половым путем резко возрастает при частой смене партнеров.

Передача вируса реальна через донорскую кровь в случае отсутствия тестирования крови на антитела к ВИЧ. Интенсивное распространение ВИЧ имеется среди наркоманов, вводящих наркотики внутривенно последовательно одним шприцем. В ряде городов юга России, в Румынии имелись массовые заражения детей в больницах вследствие использования недостаточно обработанного или повторно использованного медицинского инструментария (шприцев многоразового применения, катетеров). Описаны случаи заражения через иглы для акупунктуры, татуировки. Не исключается заражение через повторно используемые без дезинфекции бритвенные и маникюрные приборы.

Имелись случаи заражения при пересадке органов и тканей (даже роговицы), матерей при грудном вскармливании детей (через слюну от зараженного ВИЧ ребенка матери – через трещины околососковой зоны, а также от матери через молоко ребенку), при попадании инфицированной крови на кожные покровы, слизистые. Не отрицается возможность заражения при пользовании общей зубной щеткой и другими предметами личной гигиены.

Описаны случаи заражения медицинских работников от ВИЧ-инфицированных лиц при случайных уколах, порезах, разбрызгивании крови при проведении медицинских манипуляций. Не исключено заражение при обширном или длительном загрязнении кровью кожной поверхности.

Вертикальный путь передачи от матери плоду происходит трансплацентарно или в процессе родов. По разным источникам вероятность инфицирования составляет от 25 до 50 %. Поскольку ребенок может иметь материнские антитела, достоверность его

инфицирования устанавливается в процессе 18-месячного наблюдения за ним.

Контингенты, наиболее подверженные риску заражения: гомосексуалисты, проститутки, наркоманы, лица, часто меняющие половых партнеров, больные гемофилией, получающие концентрированные VIII и IX факторы свертывающей системы крови, граждане, выезжающие в неблагоприятные по СПИД страны. К группе риска относятся и медицинские работники, по роду своей деятельности постоянно контактирующие с кровью и другими биологическими жидкостями больных. По роду своей деятельности к такой группе можно отнести и работников милиции.

Восприимчивость мужчин и женщин к ВИЧ практически одинакова. Превалирование того или иного пола зависит от пути заражения. При гетеросексуальных связях заражение женщин наступает чаще. Воздушно-капельный путь передачи инфекции отрицается. По мнению большинства исследователей, заражение через бытовые контакты (рукопожатия, дружеские поцелуи, пользование общими столовыми приборами, ваннами, санузлами, при купании в бассейне, бане) не доказаны.

Передачи кровососущими насекомыми и случаев перорального (пищевого) заражения не описано.

Вирусы иммунодефицита, выявленные у кошек, телят, обезьян и других животных, не опасны для человека, они не могут преодолеть видовой барьер.

9. СПИД и профессиональный риск медицинских работников. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» [Статья 28. Особенности оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека. Статья 29].

Статья 28 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (от 18.06.1993 №2435-XII: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп.).

Особенности оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека:

Государственные организации здравоохранения осуществляют специальные меры по оказанию медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека.

Перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Медицинское освидетельствование лиц на наличие у них заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека осуществляется в добровольном, обязательном или принудительном порядке.

Граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что они имеют заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в случае их уклонения от обязательного медицинского освидетельствования по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения и с санкции прокурора могут быть подвергнуты принудительному медицинскому освидетельствованию в государственных организациях здравоохранения. Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования устанавливается законодательством Республики Беларусь.

Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительной госпитализации и лечению в государственных организациях здравоохранения. Порядок и условия принудительного медицинского освидетельствования лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, а также порядок и условия принудительной госпитализации и лечения лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, устанавливаются законодательными актами Республики Беларусь.

Оказание медицинской помощи лицам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в отношении которых

судом назначены принудительные меры безопасности и лечения или которые отбывают наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь, осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Статья 29 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» Предупреждение пациентов о наличии у них венерических заболеваний и (или) вируса иммунодефицита человека: Пациенты, в отношении которых получены данные о наличии у них венерических заболеваний и (или) вируса иммунодефицита человека, в письменной форме предупреждаются организациями здравоохранения о наличии таких заболеваний и необходимости соблюдения мер предосторожности по их нераспространению, а также об ответственности в соответствии с законодательством Республики Беларусь за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

9. Закон Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека».

Настоящий Закон направлен на определение правовых и организационных основ предупреждения распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения (далее – социально опасное заболевание), вируса иммунодефицита человека (далее ВИЧ) и обеспечение прав лиц, имеющих такие заболевания, лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать о наличии у них таких заболеваний, а также лиц, оказывающих им медицинскую помощь или участвующих в организации ее оказания.

5. ХОД ЗАНЯТИЯ.

1. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, возникшие в процессе самостоятельной работы с учебным материалом.

2. Обсуждение основных вопросов по теме занятия.

3. Студенты делают тесты и решают ситуационные задачи по теме занятия.

6. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ.

1. Основные деонтологические проблемы оказания помощи ВИЧ-инфицированным людям.

2. Понятие «спидофобия» и требования медицинской этики.

3. Врачебная тайна и ВИЧ-инфицированные люди.

4. Правовая и социальная защита ВИЧ-инфицированных.

5. Как осуществляется скрининг доноров крови.

7. ЛИТЕРАТУРА.

1. Шамов, И. А. Биомедицинская этика [Электронный ресурс] : учебник для студентов мед. вузов / И. А. Шамов. – 2-е изд. – Москва : ИНФРА-М, 2018. – 288 с. : фот.авт. – (Высшее образование). – Рек. УМО вузов России по мед. и фармацевт. Образованию – Режим доступа: <https://znanium.com/catalog/document?id=346307>. – Дата доступа: 29.08.2022.

2. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / А. Т. Щастный [и др.] – Витебск, 2018. – 310 с. – Режим доступа: https://www.elib.vsmu.by/bitstream/123/17827/1/Biomeditsinskaia_etika_i_kommunikatsii_v_zdra_vookhranении_Shchastnyj-AT_2018.pdf. – Дата доступа: 29.08.2022.

3. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению [Электронный ресурс] / Респ. научно-практический центр мед. технол., информатизации, управления и экономики здравоохранения ; редкол.: Е. Л. Богдан [и др.]. – Минск, 2017. – 119 с. – Режим доступа: <https://e-catalog.nlb.by/Record/BY-NLB-br0001459558/Details#holdings>. – Дата доступа: 29.08.2022.

4. Хрусталева, Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья [Электронный ресурс] : учебник / Ю. М. Хрусталева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 400 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433287.html>. – Дата доступа: 29.08.2022.

5. Орлова, И. И. Сборник тестовых заданий по курсу «Биомедицинская этика»

[Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие для студентов 2 курса лечеб. и мед.-диагност. фак. мед. вузов / И. И. Орлова ; УО "ГомГМУ", каф. социально-гуманитарных дисциплин. – Гомель : ГомГМУ, 2016. – 54 с. – Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/3176>. – Дата доступа: 29.08.2022.

6. Конституция Республики Беларусь 1994 года [Электронный ресурс] : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 17 окт. 2004 г. и 27 февраля 2022 г. – Минск : Амалфея, 2006. – 48 с. – Режим доступа: <https://pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnyedokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus>. – Дата доступа: 29.08.2022.

7. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.12.2020 № 94-З : с изм. и доп. // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 29.08.2022.

8. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 340-З : с изм. и доп. от 30 июня 2016 г. № 387-З. – Режим доступа: [http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8\(020-153\).pdf#page=1](http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8(020-153).pdf#page=1). – Дата доступа: 29.08.2022.

9. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 18 июля 2002 г., № 963 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 84. – Режим доступа: <http://pravo.levonevsky.org/bazaby/org507/sbor8/text7679.htm>. – Дата доступа: 29.08.2022.

10. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза. Расширенный пакет = Student consultant. Electronic library of medical high school. Extended package [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ООО «ИПУЗ». – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. – Дата доступа: 19.01.2022. (Включает: «Электронную библиотеку медицинского ВУЗа»; ГЭОТАР-Медиа. Премиум комплект; Книги из комплекта «Консультант врача»).

11. Scopus [Electronic resource] / Elsevier. – Mode of access: <https://scopus.com>. – Date of access: 29.08.2022.

12. Springer Medicine and Biomedical and Life science eBooks collections [Electronic resource] / Springer International Publishing AG. – Mode of access: <https://link.springer.com>. – Date of access: 29.08.2022.

13. Springer Medicine Journals collection [Electronic resource] / Springer International Publishing AG. – Mode of access: <https://link.springer.com>. – Date of access: 29.08.2022.

Старший преподаватель
30.08.2022

В.И.Моторенко