

Пам'яті академіка НАМН України і Великої Людини
Любомира Антоновича Пирого присвячується

УДК 61:614.253+616.61

DOI: <https://doi.org/10.22141/2307-1257.11.4.2022.382>

Денова Л.Д. 

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Принципи біоетики в лікуванні та реабілітації пацієнтів з хронічною хворобою нирок

For citation: *Роски. 2022;11(4):192-203. doi: 10.22141/2307-1257.11.4.2022.382*

Резюме. Хронічна хвороба нирок (ХХН) справляє великий вплив на глобальне здоров'я, тому що є причиною як захворюваності, так і смертності в усьому світі. Біоетика (від грецького βίος — життя, еθις — звичай) — це наука, яка аналізує та вивчає моральність людських дій у сфері охорони здоров'я та в біологічній і медичній сферах відповідно до її моральних стандартів і цінностей. Сучасне поняття «біоетики» тісно переплітається з поняттями «деонтологія», «кодекс етики лікаря» в медичній практиці нефролога. У медичній практиці лікарів мають тенденцію до поширення абсолютизації медикаментозної терапії, фетишизації лабораторних, інструментальних, апаратних методів дослідження, лікарська агресія. Контакт пацієнта з лікарем повинен починатися з бесіди. З боку лікаря така бесіда має ґрунтуватися на принципах емпатії. Лікар повинен уміти розв'язати пасивність, депресію пацієнтів, посилити соціальний контакт, розширити простір їх інтелектуальних інтересів. Поведінка лікаря, який демонструє нерозуміння проблем пацієнта і не бере до уваги психосоціальних стосунків, часто викликає недовіру і навіть стає причиною конфлікту між лікарем і пацієнтом. Складними залишаються питання медичної етики за необхідності нирково-замісної терапії (НЗТ). Пропозиція перитонеального діалізу, гемодіалізу може сприйматися з першого слова позитивно, а може категорично негативно, залежно від характеру та емоційного стану пацієнта. Мета нашої статті — розглянути особливості впровадження біоетичних принципів у лікуванні та реабілітацію пацієнтів із ХХН. Об'єктом дослідження стали статті філософів, медиків, юристів, які досліджували етичні відносини в медичному середовищі у цілому та в нефрології зокрема. Предметом дослідження стали етичні норми і правила, зафіксовані в документах. У статті використовуються методи історичного підходу, дослідження історичних документів.

Ключові слова: біоетика; медична деонтологія; медична етика; нефрологія

У всьому світі 850 мільйонів людей страждають від ХХН. ХХН справляє великий вплив на глобальне здоров'я, тому що є причиною як захворюваності, так і смертності в усьому світі. ХХН — це ще і великий економічний тягар як для пацієнта, так і для країни [1, 2]. ХХН спостерігається у 12 % населення України. Серед дорослого населення поширеність ХХН спостерігається у 10–15 %. У світі поширеність ХХН сягає 10–16 % загальної популяції. В осіб похилого віку вона становить 30 %. Кількість пацієнтів із ХХН, які потребують нирково-замісної терапії (НЗТ), постійно зростає. За оцінками Global Burden of Disease, до 2040 року ХХН стане п'ятою основною причиною смерті у світі. ХХН

була названа прихованою епідемією [1, 2]. Лікарі не повною мірою застосовують принципи та правила біоетики при лікуванні та реабілітації пацієнтів із ХХН, що негативно впливає на процес лікування.

З 2002 року термін «ХХН» об'єднує різні нозологічні форми з високим ризиком прогресування патології в нирках та подальшим приєднанням хронічної ниркової недостатності, що потребує НЗТ (перитонеальний діаліз, гемодіаліз або трансплантація нирки) [2].

ХХН — це порушення функції нирок, що корелює зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації менш ніж 60 мл/хв/1,73 м² (СКД-EPI) і/або маркерами ураження нирок протягом 3 місяців і більше, що

© 2022. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Денова Лідія Данилівна, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: marbua18@gmail.com

For correspondence: Lidiia D. Denova, graduate student, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorohozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: marbua18@gmail.com

Full list of authors information is available at the end of the article.

характеризується структурними і/або функціональними нирковими порушеннями за даними клінічних, лабораторних, інструментальних, морфологічних досліджень, на підставі яких можна виключити гострий патологічний процес у нирках [2].

Проблеми етичних стосунків у медичному середовищі досліджували різні дослідники — як медики і юристи, так і філософи: С.В. Юрнюк, Л.Д. Борецько, Б.П. Сенюк, О.Ю. Хомко, М.І. Попіль, В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв, Т. Кучера, Л.А. Пиріг, А. Литвак, О.А. Галушко, С.В. Пустовіт, А.С. Свінцицький, А.М. Скрипников, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков, П.В. Кідон та інші, які зробили власний внесок у дослідження етичних норм і правил.

Мета нашої статті — розглянути особливості впровадження біоетичних принципів у лікування та реабілітацію пацієнтів із ХХН, висвітлюючи невирішені питання. Об'єктом дослідження стали статті філософів, медиків, юристів, які досліджували етичні відносини в медичному середовищі у цілому та нефрології зокрема. Предметом дослідження стали етичні норми і правила, зафіксовані в документах. У статті використовуються методи історичного підходу, дослідження історичних документів, нормативно-правова база та статті шляхом контент-аналізу та зіставлення текстів документів.

Біоетика (від грецького βίος — *життя*, ἠθικός — *звичай*) — це наука, яка аналізує та вивчає моральність людських дій у сфері охорони здоров'я та біологічній і медичній сферах відповідно до її моральних стандартів і цінностей [3–11].

Біоетика перекладається з грецької як «етика життя». Виокремилась біоетика в самостійну форму міждисциплінарної теорії і практики у США в 70-ті роки минулого сторіччя і одразу одержала підтримку в Західній Європі. Пізніше, у 80–90-х роках ХХ сторіччя, ідеї біоетики були визнані в країнах Азії, Африки і Східної Європи [6].

Поняття етики походить від давньогрецького слова *etos*, який є аналогом латинського слова *mos*, що означає «удача і характер людини», «стиль та мода», «звичай». Згодом утворився прикметник *moralis*, а пізніше поняття *moralitas* — мораль. Отже, етика — наука про мораль [4].

Ф. Ягром увів термін у 1927 році як поняття щодо моральних засад використання лабораторних рослин і тварин. У 1971 році Ван Рансселер Поттер розвинув сучасну ідею біоетики як дослідження моральності людської поведінки з точки зору біологічно-медичної сфери та інших соціально орієнтованих наук про життя [3–13].

Поттер увів новий термін «глобальна біоетика», що мав на меті об'єднати етичні спеціальності у нову міждисциплінарну систему для вирішення глобальних викликів [5].

Сучасне поняття «біоетика» тісно переплітається з поняттями «деонтологія», «етичний кодекс лікаря». Фундаментальні основні цінності — життя і здоров'я людини [6, 14]. Діяльність лікаря від моменту зачаття і до смерті пацієнта має бути спрямована на збере-

ження життя і здоров'я пацієнта, біоетика вимагає від нього гуманного ставлення до пацієнта, з повагою як до особистості, прояву співчуття і співучасті, доброти, милосердя і благодійності, терпіння, взаємної довіри, порядності та справедливості [14].

Біоетика допомагає подолати розмежування гуманітарних та природних наук («сперечання між фізиками і ліриками»), розбіжності між знаннями і моральними цінностями. Феномен життя у широкому розумінні був обраний об'єктом біоетики. Предметом біоетики стала система умов збереження життя на планеті Земля і забезпечення сталого розвитку [6].

Біоетика має різні функції, такі як гносеологічна, світоглядна та аплікативна тощо. Використання етичних принципів, правил і теорій, етичного аналізу конкретних ситуацій у сфері охорони здоров'я і біомедичних випробувань лежить в основі аплікативної функції біоетики. Гносеологічна функція біоетики може бути реалізована в процесі аналізу і дослідження етичного матеріалу, який постачає медико-біологічна наука і практика. Найголовнішою функцією біоетики вважається її світоглядна функція [6].

У світі існує три моделі біоетики (І. Бойко). Перша модель — «ліберальна», коли обмеження відсутні. Друга модель — «утилітарна», коли дозволяється те, що вигідно та корисно для більшості людей. Третя модель — «персоналістична», у рамках якої людина є цілісною, надприродною і недоторканою [7].

Важливі фундаментальні засади біоетики: 1. Людське життя недоторканне, воно становить абсолютну, фундаментальну цінність. 2. Не все допустиме з моральної точки зору, що можливе технічно. 3. Життя вивчаємо не для маніпуляцій, а з метою лікування. 4. Принцип цілісності. 5. Принцип подвійного наслідку. 6. Закон повинен захищати інтереси людини. 7. Повага автономії. 8. Принцип незаподіяння шкоди. 9. Принцип допомоги і сприяння. 10. Принцип справедливості [7].

Щоб краще розуміти етично-моральні принципи сучасної біомедичної етики, потрібно бути хоч трохи обізнаним про їхній розвиток у різні історичні епохи.

Історію професійної медичної етики можна умовно розділити на чотири етапи: I — формування основ предмета; II — формування корпоративної медичної етики; III — деонтологічний; IV — біоетичний [6].

У XV столітті у Замості (неподалік Львова) був заснований перший вищий навчальний заклад для підготовки лікарів в Україні [6].

І. Канту належить ексклюзивна роль у формуванні класичних теорій деонтології. Його філософські принципи характеризуються концепцією етичного раціоналізму. Категоричний імператив І. Канта є основним принципом його дуже складної етичної системи. В деонтології І. Канта прослідковується етика поваги до себе і до інших [6].

В. Росе створив теорію «конфлікту зобов'язань», коли одні етичні зобов'язання схилиються в один бік, а інші — у протилежний. Для вирішення подібних ситуацій В. Росе ввів поняття *prima fades* (умовних) зобов'язань [6].

Етика А. Швейцера («благочинність перед життям») не ділила життя на більш і менш цінне, на нижче та вище. А. Швейцер заповідь з Біблії «Не вбий» виніс за вузькі межі міжлюдських стосунків, він критикував антропоцентричність. У нього було моральне право сказати: «Моїм аргументом є моє життя» [6]. Різноманітні світогляди та етичні системи поділяються, за А. Швейцером, на два основні типи: етика вдосконалювання та етика самозречення [6].

18-та Всесвітня медична асамблея (Гельсінкі, 1964 р.) прийняла Декларацію Міжнародної асоціації лікарів (доповнену в 1973, 1983, 1989, 1996, 2000 рр.), яка проголошувала, що «здоров'я пацієнта — моя головна турбота» [6, 7, 11]. У Міжнародному кодексі медичної етики підкреслюється, що лікар, який надає медичну допомогу, що потім може полегшити психічний і фізичний стан пацієнта, повинен керуватися виключно інтересами пацієнта. Тому при наданні медичної допомоги будь-якій категорії пацієнтів важливе значення має врахування інтересів пацієнта.

Доповнює Європейську соціальну хартію та Європейську конвенцію з прав людини Європейська конвенція про захист прав людини та гідності людини щодо розвитку біології та медицини, яку Україна підписала разом з 22 іншими державами [6, 15]. Законодавство, що стосується захисту життя та здоров'я, повинно відповідати вимогам останньої конвенції, яка базується на принципах біоетики. Щорічно у всьому світі 10 грудня, починаючи з 1950 року, відзначають День прав людини [6].

На міжнародній зустрічі в м. Ериче (Італія) у 1991 р. були розглянуті завдання, значення і відмінності біоетики. «Документ Ериче» визначив компетенцію біоетики в чотирьох сферах: 1) етичні проблеми медичних професій; 2) етичні проблеми експериментів та досліджень на людині; 3) соціальні проблеми системи охорони здоров'я; 4) проблеми людського втручання в життєві процеси мікроорганізмів, рослин, тварин та гомеостаз екосистем [6].

На Нюрнберзькому процесі були засуджені злочини лікарів-фашистів під час Другої світової війни. Шоковане людство дізналось про наджорстокі дії нацистських медиків, а саме вбивства 70 000 людей за медичними, расовими та соціальними критеріями. Медиками-нацистами була створена дуже ефективна програма евтаназії. Також стало відомо про злочинні дослідження на депортованих з окупованих країн людях та військовополонених. Нещодавно світ дізнався про подібні злочинні дослідження, які проводили японські лікарі під час Другої світової війни. На Нюрнберзькому процесі лікарська етика була взята під сумнів [6].

Вимоги Нюрнберзького кодексу 1947 р., який був прийнятий під час судового процесу над 23 нацистськими лікарями, звинуваченими у злочинах проти людяності та військових злочинах, є моральною основою, на якій має базуватися сучасна біоетика [6, 7]. Нюрнберзький кодекс поділив клінічні дослідження на два види: терапевтичні та нетерапевтичні [7]. Перші були спрямовані на порятунок життя та покращен-

ня стану пацієнта. Другі не мають жодної цінності для людини, на якій вони проводяться. Кодекс забороняє експерименти, які загрожують смертю пацієнта або завдають йому непоправної шкоди [7].

Головним суддею на професійному шляху лікаря має бути сумління [14, 16]. Сумління має бути справедливим, впевненим й істинним. На сумління впливають моральні чесноти: сила, поміркованість, справедливість і розсудливість (Аристотель) [6]. Ці моральні принципи систематизовано в Кодексі етики лікаря України (далі — Кодекс) з урахуванням положень Міжнародного кодексу етики, Гельсінської декларації, Загальної декларації про геном і права людини та Конвенції про захист прав людини та гідності. Цей Кодекс створено для використання лікарями та науковцями, чия професійна діяльність охоплює внутрішньоутробне та післяпологове життя та здоров'я людини, народження та смерть [14].

У християнській традиції ці чесноти були трансформовані в теологічні чесноти: милосердя, надія, віра. Чеснота розсудливості допомагає з варіантами етичного вибору в такий спосіб, який відповідав би нашій людській суті [6].

Чеснота розсудливості медичного працівника свідчить про його професійну і моральну зрілість [6].

Чеснота сили — це терпіння, подолання страху, фізичного болю, небезпеки і загрози, служіння добру та істині, протистояння складнощам та подолання вад і спокуси. Від чесноти сили походять терпіння, наполегливість, покірність [6].

Поєднання гіппократівської та постгіппократівської етики стало біоетичною основою професійної діяльності медиків. Гіппократівська етика базується на принципах «Роби добро» та «Не нашкодь», постгіппократівська етика — на принципах поваги до особистості та справедливості. Повагу до особистості забезпечує правдива медична інформація, інформована згода, конфіденційність, надання адекватної паліативної допомоги та ведення вмираючого пацієнта. Справедливість включає контролювання розподілу медичних ресурсів на всіх рівнях та контроль за проведенням клінічних досліджень [6].

Сьогодні весь багатоміжовий медичний етичний досвід об'єднаний і позначений поняттям «біомедична етика». Вона існує в чотирьох моделях: моделі Гіппократа, моделі Парацельса, деонтологічній моделі та у формі біоетики [7–9]. Деякі його форми, наприклад модель Гіппократа і модель Парацельса, сформувалися в діаметрально протилежних світоглядних культурах — язичницькій і християнській. Але, незважаючи на це, вони найтісніше пов'язані. Цінності християнської етики: милосердя, співчуття і любов — гармонійно поєднуються з 10 зобов'язаннями клятви Гіппократа.

Першою формою лікарської етики були моральні принципи лікування Гіппократа (460–377 рр. до н.е.), викладені ним у «Клятві», у книгах «Про лікарів», «Про закон» тощо [6, 8, 17]. Не випадково Гіппократа називають «батьком медицини». Ця характеристика фіксує народження професійної медичної етики. Визначені

Гіппократом принципи та норми лікарської поведінки — це не просто специфіка відносин у ту чи іншу історичну епоху. Вони мають цілі і завдання лікування незалежно від часу їх реалізації. Дещо змінюючись, вони дотримуються й сьогодні, втілюючись у тому чи іншому етичному документі («Декларація», «Клятва» тощо). Наприклад, «Клятва лікаря», прийнята Указом Президента України від 15 червня 1992 р. (№ 349), створена на основі моделі Гіппократа [9].

Один із стародавніх медико-етичних документів, пов'язаний з ім'ям Гіппократа, — «Клятва Гіппократа». «Клятва Гіппократа» була моральним кодексом для лікарів, що визначала правила їхньої професійної діяльності. Цей документ увійшов у збірник праць, відомий під назвою «Корпус Гіппократа». Він був створений у Давній Греції, на острові Кос, у медичній школі Гіппократа у V—IV столітті до н.е. Сама клятва була написана майже на 100 років пізніше [6].

У клятві Гіппократа є два розділи: присвята і кодекс поведінки. У присвяті — клятва лікаря усім богам і богиням, беручи їх у свідки, чесно виконувати присягу і письмове зобов'язання. У другій частині клятви Гіппократа міститься етичний кодекс, який регулює професійну діяльність лікаря у таких сферах, як фармакотерапія, хірургія і дієтетика. Клятва забороняє, зокрема, аборти й евтаназію [6].

Наступною історичною формою медичної етики стала модель Парацельса — форма медичної етики, у якій етичні відносини з пацієнтом розглядаються як один із найважливіших принципів терапевтичної поведінки лікаря [8, 9]. На відміну від моделі медичної етики Гіппократа, яка завойовує соціальну довіру пацієнта, модель Парацельса наголошує на емоційних і психічних особливостях пацієнта, визнаючи необхідність співпереживання лікаря і включаючи такі контакти в процес лікування. Такий патерналістський підхід створює характерні позитивні психоемоційні прихильності та соціальну і моральну відповідальність.

Приблизно в X столітті у Древній Русі виникла лікарська діяльність [6]. Кодекс Персиваля, кодекси «трьох учених професій» (медицина, релігія, право), праці Мальпігія, Везалія, Парацельса та Гарвея були створені в ранньому Середньовіччі [6].

Основоположником «деонтологічної моделі» можна вважати професора Н.Н. Петрова, який у 1940-х роках увів у медицину термін «деонтологія» (від грец. *deontos* — *власний*) [9]. Передумовою була необхідність закріплення у медичній практиці тогочасної медичної етики, яку після перевороту 1917 р. намагалися заборонити за зв'язок з релігійною культурою. Уявлення про «належне» базуються на релігійно-етичній свідомості, для якої характерна оцінка дій не лише за результатами, а й за думками. Деонтологічна модель медичної етики являє собою набір правил, що відповідають певній сфері медичної практики [8].

Деонтологія чинить супротив на трьох напрямках: виступає за захист інтересів пацієнтів та професійних прав медиків, проти комерціалізації медицини [6].

М. Пирогов зробив вагомий внесок у медичну деонтологію, розробивши моральний кодекс медичної сестри. Він акцентував увагу на відносинах лікаря з медичною адміністрацією. Його відома фраза «Навчатися й жити — одне й те ж саме» лягла в основу принципу безперервності лікарської освіти [6].

Відомі українські медики-науковці, такі як М. Пирогов, М. Стражеско, О. Богомолець, М. Амосов, Н. Максимович-Амбодик, Д. Самойлович, Ф. Яновський, Д. Заболотний, В. Фролькис та інші, зробили важливий внесок у медичну деонтологію і практику [6].

Існує дві моделі етичного мислення: дедуктивний аналіз і індуктивний аналіз [6].

Дедуктивна модель етичного аналізу є складною процедурою ухвалення рішення. Дедуктивний метод можна представити у вигляді наступного алгоритму: 1. Вибір найкращої філософської теорії етики. 2. Встановлення потрібного етичного принципу. 3. Встановлення відповідного етичного правила. 4. Використання правила відносно конкретного випадку. Під час застосування дедуктивного аналізу теорію І. Канта, теорію утилітаризму найчастіше використовують як кращі філософські теорії етики [6].

Індуктивний метод розв'язання етичних проблем принципово відрізняється від дедуктивного тим, що пропонує починати етичний аналіз з фактичного вивчення деталей окремого випадку [6]. В алгоритм індуктивного методу етичного аналізу входять такі етапи: 1. Акцент на конкретні особливості. 2. Знаходження чинних етичних принципів та зобов'язань. 3. Збалансування конкретних подробиць та загальних принципів. 4. Іноді потрібен додатковий четвертий етап для збалансування окремого і загального: модифікувати або відкинути загальний етичний принцип залежно від того, яке нераціональне посилення лежить в його основі [6].

Казуїстичний метод, феміністська етика та етика турботи є варіантами індуктивного підходу до розв'язання етичних проблем [6].

До альтернативних підходів в етичній науці відносять етичні теорії, що сфокусовані не на дії, а на характері людини і які намагаються дати відповідь на запитання, що таке добре і що таке погано. Теорія доброчесної етики відображає такий альтернативний підхід [6].

Як альтернативний підхід щодо дедуктивних і індуктивних методів етичного аналізу можна розглядати теорію розумової рівноваги (англ.: *reflective equilibrium*) (Дж. Роулз). Відсутність ексклюзивного статусу будь-якого методу визначає необхідність альтернативних теорій [6].

Теорія доброчинності відповідає на третє запитання нормативної етики: які риси характеру похвальні [6]?

Медицина стає все більш прогностичною, особливо на молекулярному рівні. Французький генетик та імунолог Ж. Доссе вважає, що завдяки прогностичній медицині «життя людини буде довгим, щасливим і вільним від хвороб» [18]. Але на шляху цієї світлої перспективи є одне «але», вважає Ж. Доссе. Це «особа або група людей, керованих прагненням до влади і

часто заражених тоталітарною ідеологією». Основним моральним принципом біоетики є принцип поваги та людської гідності [19]. Сьогодні гостро стоїть питання про участь пацієнта у прийнятті лікарського рішення.

Теорія принципалізму є основною теорією, заснованою на принципах, що були запропоновані Т. Бочампом і Дж. Чілдрессом, яка посіла топове місце серед домінуючих етичних теорій ХХ сторіччя. Принципалізм пов'язаний з теорією В. Росса, де використовується поняття зобов'язань *prima facie*, що в перекладі з латини означає «на перший погляд» [6].

У своїй оригінальній публікації «Принципи біомедичної етики» Т. Бочамп і Дж. Чілдресс сформулювали чотири її принципи: 1) принцип поваги автономії, який передбачає повагу до особистості й захист людей з недостатньою автономією; 2) принцип незаподіяння шкоди, який полягає в тому, що медичний працівник ніяким чином не повинен шкодити пацієнтові; 3) принцип допомоги і сприяння спонукає медичного працівника діяти в інтересах благополуччя пацієнта, проявляти милосердя і благодіяння; 4) принцип справедливості контролює справедливий розподіл як соціальних благ, так і соціальних навантажень. Також Т. Бочамп і Дж. Чілдресс пропонують чотири правила: вірності, правдивості, конфіденційності, приватності [6].

Принцип поваги до автономії стверджує право людини на невтручання в її вчинки та плани і що оточуючі ніколи не можуть перешкоджати її автономним діям [6].

Дію вважають автономною тільки в тому випадку, якщо особа діє: 1) навмисно; 2) з розумінням; 3) без зовнішніх чинників впливу. Згідно з першою умовою, дія, яка має автоматичний характер, не вважається автономною. Друга та третя умови можуть реалізовуватися по-різному [6].

В основі принципу справедливості лежить вимога щодо справедливого соціального розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я так, щоб як блага, так і економічний тягар були розподілені по справедливості між різними прошарками суспільства, а також акцентовано, що медичні професіонали відповідальні як перед суспільством у цілому, так і перед кожним пацієнтом [6].

Принципи незаподіяння шкоди, сприяння і допомоги, справедливості та автономії пацієнта становлять парадигму принципалізму і є центральними в сучасній біомедичній етиці. Інші принципи орієнтовані на життя суб'єкта. До них відносять терапевтичний принцип, принцип соціальної відповідальності та взаємодопомоги, принцип захисту фізичного життя, принцип свободи і відповідальності, вони становлять парадигму персоналістичної біоетики [6].

В основі терапевтичного принципу лежить поняття, за яким медико-біологічні втручання в генетичну і фізичну сфери допустимі в якійсь частині тіла пацієнта, якщо дії мають на меті збереження всього організму і життя взагалі. Умовами терапевтичного принципу є відсутність інших, менш інвазивних методів лікування, висока ймовірність успіху, поінформованість пацієнта щодо мети, суті і можливих наслідків втручання [6].

Система цінностей, яку запропонували американські вчені Дж. Чілдресс і Т. Бочамп, що включала чотири взаємопов'язані принципи біомедичної етики: інформована згода, повага до автономії пацієнта, справедливість і верховенство істини, «Не нашкодь», а також приватність, добрі справи, конфіденційність, лояльність, набула популярності на початку 1970-х років [11].

У південноамериканській системі на сьогодні є чотири взаємопов'язані принципи: незаподіяння шкоди, автономії, справедливості та благодіяння. Запропонована система похідних основних правил і принципів: інформованої згоди, вірності, правдивості, приватності та конфіденційності [6].

Сучасний моральний стандарт медичної діяльності не допускає деперсоналізації ставлення лікаря до пацієнта та вимагає поваги до останнього як особистості [6].

«Суб'єктивний стандарт» автономно враховує корисність інформації для середньостатистичного пацієнта та інтереси конкретного пацієнта перед ухваленням раціонального рішення. Для цього процесу об'єктивне інформування є лише підготовчим моментом [6].

Поняття «формалізм» включає в себе етичну концентрацію на внутрішній природі дії, її структурі або формі. Відповідно, правильність або неправильність дії визначається через її внутрішній зміст і форму, а не через її наслідки [6].

Відносно недавнім суттєвим додатком до визнаних етичних принципів, які регулюють стосунки лікаря і пацієнта, є обов'язкове отримання інформованої згоди. Лікарський обов'язок інформування пацієнта про перевагу альтернативних методів лікування та діагностики, про ризики не визнається класичними кодексами медичної етики [6].

Отримання інформованої згоди пацієнта — це реалізація моральної ідеї визнання пацієнта або досліджуваного як особистості, з правом участі в прийнятті спільних рішень (*shared decision making*) з медичними працівниками щодо свого лікування [6].

Контрактна модель (Р. Витч) — гарний компроміс між реальностями медичної практики та ідеалами партнерства з акцентами на автономію та рівність, коли взаємна довіра не гарантована [6].

Різноманітні стосунки лікаря і пацієнта можна умовно розділити на три моделі (Т. Парсон): модель перемов (*negotiation model*), модель співробітництва (*mutual participation model*) та модель консенсусу (*consensus model*) [6].

Соціальну роль пацієнта і соціальну роль лікаря можна розуміти по-різному. М. Сіглер і Дж. Чілдресс використовують низку метафор для опису різних типів стосунків пацієнт — лікар: партнери, друзі, підрядники, дитина — батько, клієнт — технічний працівник. Існує п'ять основних моделей відносин у сфері охорони здоров'я: патерналістська (від лат. *pater* — *батько*), договірна, колегіальна, технічна, дружня [5, 14].

Стосунки пацієнт — лікар мають ґрунтуватися на базових біоетичних принципах (справедливість, не-

заподіяння шкоди, повага до автономії, милосердя), розширюватися та конкретизуватися на основі правил правдивості, конфіденційності, інформованої згоди [11, 14].

Спілкування між пацієнтом і лікарем щоденне, унікальне і неповторне. Етичні питання охорони здоров'я викликають інтерес і почали широко обговорюватися журналістами, релігійними та громадськими діячами, політиками. Хочеться сподіватися, що медичні проблеми найменш захищених суб'єктів посилять симпатію та повагу в суспільстві [14].

Майбутній лікар у процесі навчання опановує також, окрім принципів лікування, прості навички спілкування з пацієнтами [6, 17].

Контакт пацієнта з лікарем повинен починатися з бесіди. З боку лікаря така бесіда має ґрунтуватися на принципах емпатії. Справжня емпатія не вимагає додаткового часу, тому що полягає не в діях, а в почуттях. Лікар повинен уміти розвіяти у пацієнтів пасивність, депресію, посилити соціальний контакт, розширити простір їх інтелектуальних інтересів. Емпатія зменшує тривожність пацієнтів, покращує результати лікування, комплаєнс та зменшує скарги пацієнтів на лікарів [14, 20].

У медичній практиці лікар схильний до абсолютизації медикаментозної терапії, фетишизації лабораторних, інструментальних, апаратних методів дослідження, лікарської агресії [10, 14].

Поведінка лікаря, який демонструє нерозуміння проблем пацієнта і не враховує психосоціальних відносин, часто викликає недовіру і навіть конфлікт між лікарем і пацієнтом. Страх, недовіра до лікаря, фізичний дискомфорт і особистісні якості з боку пацієнта можуть стати причиною конфлікту з лікарем. Спровокувати пацієнта може недотримання лікарем ділового етикету, неувважність до свого зовнішнього вигляду, несвоєчасний початок і закінчення прийому, недостатнє спілкування з пацієнтом [14].

Особливості виникнення захворювань нирок, їх профілактику, перебіг, лікування, вторинну профілактику повинен знати не лише нефролог, але і, хоча б частково, сімейний лікар. Пацієнти потребують залежно від віку, статі, освіти, сімейного стану, умов повсякденної праці передбачливості, уваги з боку лікаря у зв'язку з особливостями виникнення, перебігу первинної хвороби нирок [10, 14].

При використанні клінічних даних і телемоніторингу хронічних пацієнтів необхідно дотримуватись принципів автономії та конфіденційності. Інтегрована система охорони здоров'я була б більш справедливою при забезпеченні заходів для зменшення нерівності через соціальні детермінанти, які супроводжують хворобу [21].

Для практикуючих лікарів, які щодня мають проблеми з тяжкохворими і вмираючими пацієнтами та інші етичні проблеми, була створена «клінічна етика» на відміну від біомедичної етики, що переважно стосувалася проблем високих медичних технологій і соціальної медицини [6].

Складними залишаються питання медичної етики у випадку необхідності НЗТ. Пропозиція перитонеального діалізу, гемодіалізу може сприйматися з першого слова позитивно, а може категорично негативно, залежно від характеру та емоційного стану пацієнта [14].

З поданням такої пропозиції слід бути обережним, підготувавшись до кількадечних роз'яснювальних переговорів. Несподівана для пацієнта розмова про необхідність продовження лікування може довести пацієнта до відчаю і навіть самогубства [10, 14]. Обов'язком лікаря є дбайливе лікування пацієнта, незалежно від його віку.

Дотримання таких принципів, як збереження медичної таємниці, коректність, колегіальність, гідність і честь, професійна відповідальність, надання достовірної інформації, контролюється етико-деонтологічними нормами, а іноді і судово-медичною експертизою [6].

Етичні питання завжди є, були і будуть невід'ємною частиною нефрології через поширеність ХХН, великий економічний тягар і нерівну доступність лікування. Прикра ситуація склалася в одній із лікарень Сіетла (штат Вашингтон, США), де встановили новий апарат «штучна нирка». Проведені за його допомогою процедури діалізу врятували життя пацієнтів. Але кількість пацієнтів перевершила його можливості, і перед лікарями постало актуальне питання, кого з пацієнтів у першу чергу підключити до апарату, а кого в другу чи третю, прирікаючи тим самим їх на смерть [22].

Лікарі не захотіли брати на себе таку надлюдську відповідальність і ініціювали створення комісії з найповажніших громадян, яка визначала черговість пацієнтів, яких необхідно підключати до апарату. У цьому яскраво проявляється одна з провідних рис біоетики, коли питання використання нових технологій розглядається не лише фахівцями, а й широкою громадськістю [22].

Створений у Сіетлі на початку 1960-х років перший відомий етичний комітет вирішував складні питання — хто має жити, яких пацієнтів слід взяти на діаліз. На початку хронічного діалізу через критично обмежену доступність «штучної нирки» вибір кандидатів вимагав спільної відповідальності. «Комітет бога» став першим трагічним прикладом впливу соціальних та економічних факторів на клінічний вибір [23].

Перебіг ХХН зі швидким прогресуванням і, як наслідок, постійним впливом на мозок ендотоксинів призводить до розвитку у даної категорії пацієнтів уремичної енцефалопатії, виникнення когнітивних розладів, коми (уремичної). Контакт з пацієнтом ускладнюється, а з часом стає просто неможливим (при комі). Пацієнт не може адекватно оцінити свій стан, своє захворювання, альтернативи лікування та приймати самостійні і обґрунтовані рішення (неефективність критерію ефективного обговорення). Таким чином, ускладнений перебіг ХХН супроводжується порушенням автономності пацієнта. Рішення за пацієнта змушені приймати його родичі та друзі, а реальна автономія пацієнта підміняється сурогатним рішенням [11, 24, 25]. Пацієнт не може реалізувати право вирішувати (перебуває в комі, енцефалопатія).

Визначення компетентності пацієнта є принципово важливим. Під компетентністю пацієнта розуміється здатність останнього до самостійного прийняття рішень. Компетентність пацієнта, який перебуває у тяжкому стані, сумнівна. Також біль та значний емоційний стрес негативно впливають на компетенцію. Комісійне виявлення некомпетентності базується на нездатності пацієнта самостійно приймати рішення, які сприяють його благополуччю, з урахуванням висловлених ним раніше переваг та системи цінностей [6].

Медичні проблеми найменш захищених суб'єктів (вагітні, діти, люди похилого віку) перебувають у фокусі уваги біоетики.

Пацієнти похилого віку з ХХН часто не усвідомлюють спільного прийняття рішень під час прийняття рішення про діаліз, що ще раз акцентує увагу на потребі навчання пацієнтів із пізньою ХХН [26, 27].

Навіть якщо пацієнти впевнені, що лікарі розуміють їхні бажання, це часто не обговорюється між пацієнтом і лікарем і не підтверджене документацією про попереднє планування лікування (advance care planning). Пацієнти, партнери по догляду і лікарі перекладали це один на одного, тому що вважали один одного більш відповідальними. Є потреба в покращенні орієнтованої на пацієнта допомоги літнім людям із ХХН [28].

Освітні програми для пацієнтів із прогресуючою ХХН необхідні, щоб пацієнт міг адекватно вибрати варіанти лікування ниркової недостатності та брати участь у спільному прийнятті рішень [27, 29].

При спільному прийнятті рішень літнім пацієнтам не потрібно автоматично рекомендувати діаліз [30]. Рівняння ризику ниркової недостатності — це проста прогностична модель ниркової недостатності, яка перевищує рівень ризику, оцінений лікарями та пацієнтами [27].

Найкраще обслуговування пацієнт отримує, коли він разом зі своїм лікарем бере участь у спільній моделі прийняття рішень, у якій поєднуються медична думка з соціальним контекстом та цінностями пацієнта. Взаємна повага, співчуття та відкритість з часом створюють міцний зв'язок між пацієнтом і лікарем, що може бути корисним для підтримки міцних терапевтичних стосунків.

ХХН — це хворобливий стан, який є довичним і негативно впливає на якість і тривалість життя дитини та її родини. Виживаність дітей із ХХН приблизно в 30 разів менша, ніж у дітей без захворювання нирок. Відносний ризик смерті після трансплантації нирки в 12,7 раза вищий, ніж у однолітків. З огляду на середній вік трансплантації 13 років, половина всіх дітей з трансплантатом нирки потребуватиме другої трансплантації до 25 років [31, 32].

З дітьми постійно виникає проблема сурогатного рішення через брак самостійності в прийнятті медичних рішень, це робить їх уразливими та залежними від опікунів [32].

Жінкам з ХХН має проводитись комплексне репродуктивне консультування, яке включає інформацію

про можливість завагітніти, та більш ретельний скринінг вагітності, включно з жінками, які перебувають на діалізі або після трансплантації нирки [33, 34].

Як правило, нефрологи радять своїм пацієнткам узагалі уникати вагітності [33, 34]; цей підхід патерналістський і не орієнтований на пацієнта [35].

Нормативно-правові акти України з питань охорони здоров'я не містять засад біоетики, але немає підстав вважати, що такі акти не відповідають її принципам і засадам. Законодавство України у сфері охорони здоров'я відповідно до ст. 9 Конституції може бути адаптоване до відповідних міжнародних документів за згодою Верховної Ради.

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я», ст. 43 цього документа передбачено, що «у невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю пацієнта, згода пацієнта або його законних представників на медичне втручання не вимагається» [11]. Якщо в критичній ситуації присутній законний представник пацієнта, який відмовляється від надання необхідної допомоги некомпетентному родичу, що може мати для нього тяжкі наслідки, лікар (згідно з чинним законодавством України) має повідомити про це органи опіки [11].

Існує юридична і моральна відповідальність. В основі юридичної відповідальності медичного працівника лежить комплекс прав та обов'язків, а дозволене та недозволене визначається чинним законодавством. Моральна відповідальність базується на етичних цінностях і власному сумлінні. Норми, які регулюють сумління, мають екстраюридичний характер і більш широкую сферу функціонування [6].

Професійна відповідальність — це відповідальність за вчинення небезпечних або шкідливих дій та їх наслідки під час професійної діяльності. Відповідальність може бути цивільною, дисциплінарною, адміністративною та кримінальною [6].

Кримінальна відповідальність передбачається за скоєння злочину, який передбачений Кримінальним кодексом. Сюди відносяться злочини з необережності, при неналежному або помилковому виконанні професійних обов'язків, доведення до самогубства, допомога при самогубстві, ненадання допомоги, залишення в небезпеці, заподіяння тілесних ушкоджень та вбивство людини [6].

Цивільна відповідальність передбачає як санкцію обов'язок відшкодування збитків при негативних майнових наслідках. Дисциплінарна відповідальність пов'язана з дисциплінарним проступком при порушенні чинних норм певної установи чи закладу. До дисциплінарних стягнень відносять усунення від роботи, попередження та догану [6].

Адміністративна відповідальність передбачає відповідальність службових осіб за адміністративні порушення, невиконання службових обов'язків, регульованих нормами трудових договорів. До адміністративних стягнень відносять догану, звільнення з роботи, зменшення платні, тимчасове зняття кваліфікаційного розряду [6].

Конфіденційність у стосунках між лікарем і пацієнтом є гарантом недоторканності приватного життя. Принцип конфіденційності захищає соціальний статус пацієнта [6].

Порушення принципу конфіденційності переслідується законом. У статті 145 Кримінального кодексу (КК) України говориться, що «навмисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподаткованих мінімумів доходів громадян, або громадськими роботами на термін до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на термін до трьох років, або виправними роботами на термін до двох років» [6].

Порушення принципу недоторканності приватного життя карається законом. У статті 182 Кримінального кодексу України «Порушення недоторканності приватного життя» передбачено штраф до п'ятдесяти неоподаткованих мінімумів доходів громадян, або виправні роботи на термін до двох років, або арешт на термін до шести місяців, або обмеження волі на термін до трьох років [6].

Принцип «Не нашкодь» зобов'язує уникати прямого та навмисного чи ненавмисного заподіяння шкоди пацієнту [6, 11, 36]. І це означає не лише шкоду, яку лікар може вміснити чи мимоволі заподіяти у своїй професійній діяльності, а й будь-яке зло, якому лікар може запобігти чи виправити (біль, страждання, недієздатність і, зрештою, смерть пацієнта) [11].

Згідно з теорією трьох кроків (Клонські та Мей, 2015), біль і безнадія — основні фактори, які ініціюють суїцидальні думки у пацієнта [37].

Виділяють основні форми шкоди, яка може бути заподіяна професійною діяльністю лікаря: ненадання допомоги тим, хто її потребує, бездіяльність; помилковість, необачність або відсутність належної кваліфікації при наданні медичної допомоги; недбалість або злий умисел, наприклад пов'язаний з реалізацією корисливої мети; дії, які об'єктивно не є необхідними в даній ситуації [11].

Перша і третя ситуації — ненадання допомоги та заподіяння шкоди з необережності або через злий умисел — є об'єктами правового регулювання: статті 13, 121, 122, 125 КК України [11]. Другий вид — шкода, заподіяна недостатньою кваліфікацією, у статті не розглядається. Проте слід зазначити, що лікар, який не має достатніх знань та навичок для виконання своїх професійних обов'язків, не має морального права лікувати пацієнтів і повинен бути відсторонений від клінічної практики. Ще один вид шкоди — об'єктивна шкода, якої неможливо уникнути в процесі надання медичної допомоги пацієнту. Необхідно, щоб така шкода не перевищувала користь від самого медичного втручання, а обраний метод лікування порівняно з іншими варіантами супроводжувався б мінімальними негативними наслідками [11].

З висловом «Є хворі, яким не можна допомогти, але немає таких, яким не можна нашкодити» (В. Ламберт) погодиться більшість лікарів, адже лікування іноді може бути тяжчим, ніж хвороба (побічні дії лікарських препаратів, негативні наслідки одночасного застосування великої кількості ліків, невідповідність між прогнозованою користю і можливим ризиком від медичного втручання) [6].

У пацієнтів із ХХН утворення артеріовенозних (АВ) фістул можна вважати об'єктивно необхідним ушкодженням для створення постійного судинного доступу, яке може ускладнюватися тромбозом АВ-фістули або просто викликати фізичний чи психічний дискомфорт. У пацієнтів із ХХН можуть виникнути й інші ускладнення, пов'язані з тяжким перебігом захворювання. По-перше, стан пацієнтів із ХХН може раптово ускладнюватися декомпенсацією захворювання (метаболічний ацидоз, гіперкаліємія, уремія, гіпергідратація), порушенням кровообігу (тромбоз, артеріальна гіпотензія), набряком головного мозку чи легень. У таких екстремальних ситуаціях лікар може призначити препарати, які можуть негативно вплинути на патогенез цього захворювання. Наприклад, введення діуретиків (фуросеміду, торасеміду) при набряку мозку може ускладнитися розривом кісти нирки (полікістоз нирок, що є причиною ХХН, характеризується наявністю великої кількості кіст різного розміру). Бажання досягти «сухої» маси тіла під час діалізу може призвести до зневоднення пацієнта.

У випадках, коли пацієнт у свідомості і може приймати рішення самостійно, лікар повинен поважати і прагнути зберегти автономію пацієнта, навіть якщо він вважає відмову пацієнта від запропонованих методів лікування та процедур неправильно [11, 36]. Наприклад, коли перебіг ХХН ускладнюється термінальною стадією ниркової недостатності і лікар вважає, що пацієнт потребує НЗТ, пацієнт може відмовитися від запропонованого виду лікування. Деяким пацієнтам, особливо людям похилого віку, легше відмовитися (і таким чином приректи себе на смерть), ніж погодитися на глобальні зміни у своєму житті. Лікар повинен поважати рішення пацієнта.

Іноді принцип «Роби добро» суперечить принципу поваги до автономії пацієнта [11]. «Благодійність» лікаря всупереч волі та бажанню пацієнта недопустима. Якщо пацієнт наполягає на своїй позиції, важливо підібрати аргументи, які б не зачепили його самооцінки. Мистецтво лікаря полягає насамперед у налагодженні партнерських стосунків з пацієнтом з поважанням права пацієнта на автономію і самостійність прийняття рішень, у досягненні взаєморозуміння та співпраці для збереження та поліпшення здоров'я пацієнта.

Іноді лікарю непросто вирішити, що добре для пацієнта. Виникла потреба у новому якісному рівні відносин лікаря і пацієнта, активній участі останнього в прийнятті рішень.

Здоров'я людини розглядається як біологічна, медична, соціальна, економічна, філософська категорія, а також як індивідуальна і суспільна цінність, як об'єкт

споживання та внесення капіталу, динамічне системне явище, яке весь час у взаємодії з оточуючим середовищем та є складним феноменом [6].

Здоров'я має чотири складові: духовну, психічну, фізичну і соціальну. Фізичне здоров'я визначають індивідуальні особливості анатомії і фізіології тіла, генотип і фенотип [6].

Психічне здоров'я характеризує психічний портрет людини: чутливість, емоційність, збудженість. Психічне життя — це сукупність почуттів, цілей, потреб, інтересів, стимулів, установок, мотивів, уявлень тощо. Психічне здоров'я асоціюється з особливостями мислення, здібностей та характеру [6].

Духовне здоров'я корелює з духовним світом особистості — етикою, мораллю, релігією, освітою, наукою, мистецтвом. Свідомість людини, у свою чергу, залежить від стану духовного здоров'я людини, її ментальності, ставлення до сенсу життя, життєвої самоідентифікації, оцінювання та реалізації власних здібностей і можливостей через призму власних ідеалів і світогляду [6].

На соціальне здоров'я людини впливають відносини зі структурними соціальними одиницями, економічними чинниками. Відчуття соціальної захищеності (або незахищеності) суттєво впливає на здоров'я людини [6].

У сучасній теорії і практиці медицини існує шість рівнів здоров'я — від окремого індивіда до людства в цілому [6].

Перший рівень здоров'я — індивідуальний. Другий рівень — здоров'я найближчого оточення людини. Третій рівень здоров'я — це здоров'я всіх членів організацій суспільства. Четвертий рівень здоров'я — здоров'я громади. П'ятий рівень — здоров'я всіх громадян країни і останній, шостий рівень — здоров'я всього людства [6].

Усе частіше в зарубіжній літературі поняття «добро» і «здоров'я» замінюються новим поняттям *wellnes* [11]. *Wellnes* означає реалізацію потенціалу людини як особистості та об'єднує такі сфери життя, як фізична, інтелектуальна, емоційна, соціальна, духовна та професійна. Збереження здоров'я — це прийняття суб'єктом відповідальності за власне благополуччя і збереження балансу між усіма цими сферами його життя.

Принцип «Роби добро» вимагає від лікаря активної позиції та поведінки на благо пацієнта. Вона передбачає наявність у лікаря альтруїзму, милосердя, відповідальності, емпатії, любові до ближнього, а також правильного розуміння того, що таке добро. Принцип «Роби добро» потрібно сприймати як моральний ідеал, а не моральне зобов'язання [6]. На відміну від принципу «Не нашкодь» принцип «Роби добро» вимагає від лікаря творчого підходу та ефективного використання свого духовного та професійного досвіду та вмінь [11].

З урахуванням принципу «Роби добро» лікар повинен не лише проводити обстеження та лікування відповідно до особливостей захворювання, наявних ускладнень та супутніх захворювань. Сучасний біо-

етичний підхід вимагає від лікаря пацієнтів із ХХН таких навичок:

— позитивно впливати на психоемоційний стан пацієнта під час процедури діалізу;

— запобігти передчасному розвитку облігатних ускладнень (анемії, гіперпаратиреозу, артеріальної гіпертензії);

— забезпечити адекватне знеболювання та швидку активізацію пацієнта, що формує позитивне ставлення до процесу лікування, піднімає настрій пацієнта, підвищує оцінку ним якості свого життя.

ВООЗ запропонувала такі моделі для формування здорового способу життя: модель залякування, модель моральних принципів, модель афективного навчання, модель поліпшення здоров'я, модель фактичних знань, когнітивна модель. Для використання у практиці ідеї профілактики є найбільш гуманними. Етична профілактика має не спиратись на боротьбу з негативним і заборони, а допомагати поліпшувати можливості людини для подолання тяжких життєвих ситуацій та сприяти здоровому життєвому вибору [6, 19, 38].

У медичній практиці лікаря завжди є деонтологічні, етичні, суто професійні та юридичні моменти, які можна схематично подати у вигляді чотирьох сфер: професійна сфера (включає знання, уміння і навички з діагностики, терапії, профілактики та реабілітації), юридична сфера (включає юридичні моменти поведінки медичного працівника), деонтологічна сфера (включає дві попередні сфери і є екстраюридичною), етична сфера (стосується всіх трьох інших сфер медичної діяльності) [6].

Діаліз є одним із видів НЗТ. Штучне обладнання виконує роль нирок у фільтрації крові для видалення надлишку води, розчинених речовин і токсинів. Діаліз підтримує гомеостаз, що може виграти час для пацієнта до трансплантації нирки або для пролонгації життя тим, хто не є кандидатами на трансплантацію. Є три типи діалізу: гемодіаліз, перитонеальний діаліз і гемофільтрація. Дуже важливою є адекватна фізична, психологічна, соціальна та емоційна готовність пацієнтів до діалізу, а також осіб, які за ними доглядають [39].

Використання ниркового діалізу дає безпосередній блискучий результат, але віддалені наслідки залишаються невизначеними [6].

Концепція біоетики є важливою і актуальною з самого зародження нефрології як дисципліни. Перед нефрологом п'ятдесят років стоїть дилема між незадовільними відповідями на ниркову біопсію, трансплантацію нирки, гемодіаліз, перитонеальний діаліз та етичним вибором [40].

Спільна робоча група Міжнародного нефрологічного товариства з етичних питань у нефрології та Європейська асоціація діалізу та трансплантації, Європейська ниркова асоціація, Американське нефрологічне товариство заявили про 10 етичних проблем у нефрологічній практиці: «марний» діаліз, несправедливий доступ до лікування ниркової недостатності, у лікуванні ниркової недостатності часто недостатнє або відсутнє спільне прийняття рішень, великі ви-

трати на діаліз, визначення пріоритетів у лікуванні та профілактиці захворювань нирок, недостатня оцінка ризику живих донорів і прийняття рішень, незадовільна пропаганда здоров'я нирок та управління конфліктами інтересів, негативні етичні наслідки генетичних хвороб нирок [41].

Розподіл обмежених трансплантаційних ресурсів має ґрунтуватися на принципах соціальної користі та соціальної справедливості [25, 36, 42–44]. При розподілі донорських органів на основі принципів соціальної вигоди як реципієнти відбираються пацієнти, які мають найбільші шанси на успіх операції. Наприклад, при трансплантації нирки ймовірність приживлення органа визначається ступенем HLA-сумісності тканин. Цей принцип відбору реципієнта підтримується більшістю трансплантологів, але конфліктує зі справедливістю. Наприклад, при трансплантації нирки у молодих людей чоловіки і білошкірі мають найбільшу тривалість приживлення органу. Відбір реципієнтів лише з позиції максимального збільшення суспільної користі у вигляді оцінки тривалості приживлення трансплантата є порушенням принципу рівних прав людей. З точки зору соціальної справедливості, всі пацієнти повинні мати рівний доступ до програм трансплантації, незалежно від типу HLA або генотипу, який контролює расу, стать [25, 45–49]. Також піднімається питання так званого подвійного донорства живої нирки [50].

Нефрологічна допомога може бути представлена наступними моделями. Ідеально-утопічна модель: у центрі профілактика, яка здатна зменшити потребу в лікуванні хронічної ниркової недостатності і НЗТ. Дослідження добре розвинені в обох напрямках, «від лавки до ліжка і від ліжка до лавки» (bench to bedside and bedside to bench). Цілісна, або всеосяжна, модель: у центрі комплексна система, яка включає всі аспекти догляду та дослідження. Прагматична модель: акцент на діалізі та переддіалізі допомозі. Фокус на найбільш тяжкі і поширені захворювання нирок; розвиток досліджень є альтернативним варіантом. Наукова модель: у пріоритеті захворювання клубочків і трансплантація нирки [51]. Дуже розвинені основні та стендові дослідження. Є терміново необхідними міркування та дослідження щодо планування моделей нефрологічної допомоги, для надання ранньої та кращої допомоги літнім та більш складним пацієнтам з гострими та хронічними захворюваннями нирок зі скороченим бюджетом [52, 53].

Висновки

Розглянуті етичні принципи та правила біоетики дозволяють подолати обмеження традиційної медичної деонтології та професійної медичної діяльності, корпоративного мислення, змінити погляд на реальність сучасних біомедичних технологій та вдосконалити сучасні принципи лікування та реабілітації. Це стосується пацієнтів із ХХН.

Гострими і не вирішеними до кінця залишаються біоетичні питання щодо найбільш вразливих прошарків суспільства, а саме дітей із ХХН, жінок із ХХН

і вагітністю, пацієнтів із ХХН похилого та старечого віку.

Використання лікарем правил і принципів біоетики, а саме справедливості, «Не нашкодь», невтручання в особисте життя, «Роби добро», повага до автономії пацієнта, конфіденційність, «Говори правду», вірність своєму обов'язку під час лікування та реабілітації пацієнтів із ХХН, позитивно впливає на ставлення пацієнтів до процесу лікування, НЗТ. Також покращується якість та тривалість життя пацієнта та долаються обмеження традиційних деонтологічних підходів до стосунків лікар — пацієнт.

Ускладнення ХХН, а саме інтоксикація, уремична енцефалопатія, втрата свідомості, вимагають певних особливостей у застосуванні принципів біоетики при лікуванні пацієнтів із ХХН та творчого підходу лікаря до розв'язання проблем, що виникають у процесі лікування та реабілітації пацієнтів із ХХН.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Carriazo S, Villalvazo P, Ortiz A. More on the invisibility of chronic kidney disease... and counting. *Clin Kidney J.* 2021 Nov 27;15(3):388–392. doi:10.1093/ckj/sfab240.
2. Denova LD. The value of proteomic studies of the latest markers of kidney damage in the urine to assess the course, progression and complications in patients with CKD. *Po ki.* 2022;11(2):68–80. doi:10.22141/2307-1257.11.2.2022.363. (in Ukrainian).
3. Tkachenko TV, Kolesnikova MV. Theoretical-legal aspects of euthanasia on the current stage of Ukraine's development. *Scientific notes of Taurida National VI Vernadsky University. Series: Juridical Sciences.* 2020;31(2–1):164–166. (in Ukrainian).
4. Trineva Y. Hermeneutical principles of bioethics definition. *Law and life.* 2014;(3/2):216–219.
5. Ten Have HA. Potter's notion of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J.* 2012 Mar;22(1):59–82. doi:10.1353/ken.2012.0003.
6. Zaporozhan VM, Arjajev ML. Bioetyka ta biobezpeka: nacional'nyj pidruchnyk dlya studentiv vyshnyh medychnyh navchal'nyh zakladiv IV rivnja akredytacii' [Bioethics and biosafety: a national textbook for students of higher medical educational institutions of the IV level of accreditation]. Kyiv: Zdorov'ja; 2013. 9–182 pp. (in Ukrainian).
7. Kuchera T. Bioethics: an overview of the most actual problems. *Universytetska Kafedra.* 2014;(3):68–91. (in Ukrainian).
8. Popil BA, Popil MI. Biomedical ethics as a modern form of regulation of medical activities. In: *Proceeding of the II International Scientific and Practical Conference on Innovative Development of Science of the New Millennium.* 2018, October 26–27; Khmelnytskyi, Ukraine. Kherson: Molodyj vchenyj; 2018. 85–89 pp. (in Ukrainian).
9. Litvak A. Influence of the state on education of ethic values of medical personnel. *Theoretical and applied issues of state-building.* 2019;(24):55–56. (in Ukrainian).
10. Pyrih LA. Medical deontology and its principles in clinical nephrology. *Praktykujuchyj лікар.* 2016;5(3):88–91. (in Ukrainian).

11. Galushko OA, Pustovit SV. Bioethics principles in therapy and rehabilitation of patients with diabetic foot syndrome. *UMJ*. 2006;(53):51-59. (in Ukrainian).
12. Macpherson C. Global bioethics: it's past and future. *Glob Bioeth*. 2022 Feb 8;33(1):45-49. doi:10.1080/11287462.2021.2011009.
13. Sodeke SO, Wilson WD. Integrative Bioethics is a Bridge-Builder Worth Considering to Get Desired Results. *Am J Bioeth*. 2017 Sep;17(9):30-32. doi:10.1080/15265161.2017.1353174.
14. Denova LD. Principles of bioethics in treatment and rehabilitation of patients with chronic kidney disease. In: *Young Science 4.0: Proceeding of the Scientific and Practical Conference with International Participation*. 2022, May 30; Kyiv, Ukraine. Kyiv; 2022. 17-18 pp. doi:10.5281/zenodo.6815211.
15. Shumylo IA. *Mizhnarodna systema zahystu prav ljudyny: pidruchnyk [International system for the protection of human rights: textbook]*. Kyiv: Publisher Golembowska OO; 2018. 71 p. (in Ukrainian).
16. Svintsitsky AS. The value of the code of medical ethics in the training of young doctors. In: *Proceeding of the XVII Congress of the All-Ukrainian Medical Society*. 2019, November 14-16; Poltava, Ukraine. Odesa: Bartenev Publishing House; 2019. 71-74 pp. (in Ukrainian).
17. Caenazzo L, Tozzo P, Borove ki A. Teaching ethics and professionalism in rehabilitation: an empirical research on active learning with university rehabilitation students. *Clin Ter*. 2020 Sep-Oct;171(5):e444-e448. doi:10.7417/CT.2020.2255.
18. Jurnjuk SV, Borejko LD, Senjuk BP, Homko AY. Formation of the main principles and norms of bioethics. In: *Pedagogy. Discussion about modern science: Collection of scientific papers of the International Scientific and Practical Conference*. 2015, October 30-31; Lublin, Poland. Warsaw: Diamond trading tour; 2015. 44-47 pp.
19. Matthews P. Communication strategies and intensive interaction therapy meet the theology of the body: bioethics in dialogue with people with profound disabilities. *New Bioeth*. 2013;19(2):97-110. doi:10.1179/2050287713z.00000000031.
20. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI, Kydon PV. Doctor and patient in the diagnostic process (psychological aspects). *Praktykujuchyj likar*. 2021;10(1):73-77. (in Ukrainian).
21. Coronado-V zquez V, G me z-Salgado J, Cerezo Espinosa de Los Monteros J, Canet Fajas C, Magall n Botaya R. Equity and patient autonomy in the care strategies for patients with chronic disease of health services in Spain. *Gac Sanit*. 2019 Nov-Dec;33(6):554-562. doi:10.1016/j.gaceta.2018.05.008. (in Spanish).
22. Stepin VS, editor. *Novaia filosofskaia entsiklopediia. Tom 1 [New philosophical encyclopedia. Vol 1]*. Moscow: Mysl'; 2010. 267-270 pp. (in Russian).
23. Versino E, Piccoli GB. Chronic Kidney Disease: The Complex History of the Organization of Long-Term Care and Bioethics. Why Now, More Than Ever, Action is Needed. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar 4;16(5):785. doi:10.3390/ijerph16050785.
24. Williamson L. Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support. *Am J Bioeth*. 2014;14(6):4-16. doi:10.1080/15265161.2014.900139.
25. Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. *J Med Ethics*. 2003 Oct;29(5):269-274. doi:10.1136/jme.29.5.269.
26. Frazier R, Levine S, Porteny T, et al. Shared Decision Making Among Older Adults With Advanced CKD. *Am J Kidney Dis*. 2022 Nov;80(5):599-609. doi:10.1053/j.ajkd.2022.02.017.
27. Sparkes D, Lee L, Rutter B, Harasemiw O, Thorsteinsdottir B, Tangri N. Patient Perspectives on Integrating Risk Prediction Into Kidney Care: Opinion Piece. *Can J Kidney Health Dis*. 2022 Mar 14;9:20543581221084522. doi:10.1177/20543581221084522.
28. Ladin K, Neckermann I, D'Arcangelo N, et al. Advance care planning in older adults with CKD: patient, care partner, and clinician perspectives. *J Am Soc Nephrol*. 2021 Jun 1;32(6):1527-1535. doi:10.1681/ASN.2020091298.
29. Koch-Weser S, Porteny T, Rifkin DE, et al. Patient Education for Kidney Failure Treatment: A Mixed-Methods Study. *Am J Kidney Dis*. 2021 Nov;78(5):690-699. doi:10.1053/j.ajkd.2021.02.334.
30. Akbar S, Moss AH. The ethics of offering dialysis for AKI to the older patient: time to re-evaluate? *Clin J Am Soc Nephrol*. 2014 Sep 5;9(9):1652-1656. doi:10.2215/CJN.01630214.
31. House TR, Wightman A. Adding life to their years: the current state of pediatric palliative care in CKD. *Kidney360*. 2021 Apr 7;2(6):1063-1071. doi:10.34067/KID.0000282021.
32. Pais P, Wightman A. Addressing the ethical challenges of providing kidney failure care for children: a global stance. *Front Pediatr*. 2022 Mar 11;10:842783. doi:10.3389/fped.2022.842783.
33. Iltis AS, Mehta M, Sawinski D. Ignorance is not bliss: the case for comprehensive reproductive counseling for women with chronic kidney disease. *HEC Forum*. 2021 Oct 6. doi:10.1007/s10730-021-09463-7.
34. Piccoli GB, Attini R, Cabiddu G. Kidney diseases and pregnancy: a multidisciplinary approach for improving care by involving nephrology, obstetrics, neonatology, urology, diabetology, bioethics, and internal medicine. *J Clin Med*. 2018 Jun 4;7(6):135. doi:10.3390/jcm7060135.
35. Hendren E, Hladunewich MA, Lefkowitz A. Caring for pregnant patients with CKD - an ethical discussion of 5 cases. *Kidney Int Rep*. 2021 Feb 26;6(5):1273-1279. doi:10.1016/j.ekir.2021.02.020.
36. Kazakov JuM, Treumova SI, Borjak VP, Chekalina NI, Trybrat TA, Shut SV. *Deontologija ta etyka v klinichnij praktyci: pidruchnyk. Chast 1 [Deontology and ethics in medical practice: textbook. Part 1]*. Poltava: Tehservis; 2015. 263 pp. (in Ukrainian).
37. Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. *Suicidal Ideation*. In: *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2022.
38. Redman BK. When is patient education unethical? *Nurs Ethics*. 2008 Nov;15(6):813-820. doi:10.1177/0969733008095389.
39. Murdeshwar HN, Anjum F. Hemodialysis. In: *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2022.
40. Huriet C. Bioethics and nephrology. *Nephrol Ther*. 2012 Apr;8(2):113-115. doi:10.1016/j.nephro.2011.08.001. (in French).
41. Martin DE, Harris DCH, Jha V, et al. Ethical challenges in nephrology: a call for action. *Nat Rev Nephrol*. 2020 Oct;16(10):603-613. doi:10.1038/s41581-020-0295-4.
42. Semrau L. Misplaced Paternalism and other mistakes in the debate over kidney sales. *Bioethics*. 2017 Mar;31(3):190-198. doi:10.1111/bioe.12303.
43. Martin DE, Danovitch GM. Banking on living kidney donors - a new way to facilitate donation without compromising on ethical values. *J Med Philos*. 2017 Oct 1;42(5):537-558. doi:10.1093/jmp/jhx015.

44. Koplin JJ. *The Body as gift, commodity, or something in between: ethical implications of advanced kidney donation*. *J Med Philos*. 2017 Oct 1;42(5):575–596. doi:10.1093/jmp/jhx017.
45. Ross LF, Thistlethwaite JR. *Gender and race/ethnicity differences in living kidney donor demographics: Preference or disparity?* *Transplant Rev (Orlando)*. 2021 Jul;35(3):100614. doi:10.1016/j.trre.2021.100614.
46. Petrini C. *Preemptive kidney transplantation: an ethical challenge for organ allocation policies*. *Clin Ter*. 2017 May-Jun;168(3):e192–e193. doi:10.7417/T.2017.2004.
47. Nakazawa E, Yamamoto K, Akabayashi A, Shaw MH, Demme RA, Akabayashi A. *Will you give my kidney back? Organ restitution in living-related kidney transplantation: ethical analyses*. *J Med Ethics*. 2020 Feb;46(2):144–150. doi:10.1136/medethics-2019-105507.
48. Beier K, Wöhlke S. *An ethical comparison of living kidney donation and surrogacy: understanding the relational dimension*. *Philos Ethics Humanit Med*. 2019 Sep 18;14(1):13. doi:10.1186/s13010-019-0080-9.
49. Lederer SE. *Living donors and the issue of informed consent*. *Hastings Cent Rep*. 2020 Nov;50(6):8–9. doi:10.1002/hast.1193.
50. Bailey P, Huxtable R. *When opportunity knocks twice: dual living kidney donation, autonomy and the public interest*. *Bioethics*. 2016 Feb;30(2):119–128. doi:10.1111/bioe.12177.
51. Gozhenko AI, Ivanov DD. *How to determine the prognosis of renal function in CKD? Nephrology (Saint-Petersburg)*. 2022;26(3):102–109. doi:10.36485/1561-6274-2022-26-3-102-109. (in Russian).
52. Piccoli GB, Breuer C, Cabiddu G, Testa A, Jadeau C, Brunori G. *Where are you going, nephrology? Considerations on mod-*

els of care in an evolving discipline. *J Clin Med*. 2018 Aug 3;7(8):199. doi:10.3390/jcm7080199.

53. Ivanov DD. *Peritoneal dialysis in 2022: an accidental renaissance?* *Počki*. 2022;11(2):108–112. doi:10.22141/2307-1257.11.2.2022.368. (in Ukrainian).

Отримано/Received 18.09.2022

Рецензовано/Revised 03.10.2022

Прийнято до друку/Accepted 10.10.2022 ■

Information about authors

Lidiia D. Denova, graduate student, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; member of the Ukrainian Association of Nephrologists; marbua18@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5678-5885>

Conflicts of interests. Author declares the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

L.D. Denova

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Principles of bioethics in the treatment and rehabilitation of patients with chronic kidney disease

Abstract. Chronic kidney disease has a major impact on global health, causing both morbidity and mortality worldwide. Bioethics (from Greek: βίος — life, ἔθος — custom) is a science that analyzes and studies the morality of human actions in the field of health care and in the biological and medical fields in accordance with its moral standards and values. The modern concept of bioethics is closely intertwined with the concepts of deontology, doctor's code of ethics in the medical practice of a nephrologist. In the medical practice, there is a tendency to spread of absolutization of drug therapy, fetishization of laboratory, instrumental, hardware research methods, medical aggression. The patient's contact with the doctor should begin with a conversation. On the part of the doctor, such a conversation should be based on the principles of empathy. The doctor must be able to dispel passivity and depression of patients, to strengthen social contact, and expand the space of their intellectual interests. The behavior of the doctor, who demonstrates a lack of understanding of the patient's

problems and does not consider psychosocial relationships, often causes mistrust and even becomes the cause of a conflict between the doctor and the patient. Issues of medical ethics in case of the need for kidney replacement therapy remain difficult. The offer of peritoneal dialysis, hemodialysis can be perceived positively from the first word, or it can be categorically negative, depending on the character and emotional state of the patient. The purpose of our article is to consider the peculiarities of the implementation of bioethical principles in the treatment and rehabilitation of patients with chronic kidney disease. The object of the work was the articles of philosophers, doctors, and lawyers who studied ethical relations in the medical environment in general and nephrology in particular. The subject of the study was the ethical norms and rules fixed in the documents. The article uses methods of historical approach, research of historical documents.

Keywords: bioethics; medical deontology; medical ethics; nephrology