



© Э.К. Айламазян¹,
Ю.В. Цвелёв²

¹НИИ акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург;

²Военно-медицинская академия:
кафедра акушерства и гинекологии
им. А.Я. Крассовского, Санкт-Петербург

ПРАВА ПАЦИЕНТА, МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ (ИТОГИ ДИСКУССИИ)

■ Подведены итоги дискуссии, проводившейся по проблеме биоэтики, деонтологии, правам пациента и юридической ответственности акушеров-гинекологов.

■ **Ключевые слова:** медицинская этика; деонтология; права пациента

В течение двух лет на страницах «Журнала акушерства и женских болезней» проводилось обсуждение этических и правовых вопросов, вызванных дискуссионной статьёй «Медицинская этика, деонтология и юридическое право в работе акушера-гинеколога». Интерес к данной проблеме и участие в дискуссии специалистов различного профиля (акушеров-гинекологов, юристов, духовенства, администрации медицинских учреждений и др.) показали её сложность и многогранность, а также актуальность обсуждения морально-этических и законодательных норм в области акушерства и гинекологии. Связано это с тем, что государство, медицина, мораль и право ставят сегодня перед акушерами-гинекологами острые вопросы, среди которых такие диаметрально противоположные по своей нравственной сущности проблемы, как клонирование, эмбриональные клеточные технологии и суррогатное материнство, с одной стороны, и контрацепция, прерывание беременности, выборочное уменьшение многоплодной беременности и экванизация – с другой.

Постоянная необходимость правовой регламентации деятельности медицинских работников и отношений, регулятором которых выступают моральные представления о признании и защите прав личности (пациента и врача), вызывают далеко неоднозначную оценку. Довольно часто при этом происходит смешивание между собой нравственных и юридических норм и подмена их друг другом. Замечательное высказывание о моральных представлениях и правовой регламентации отношений в медицине принадлежит известному юристу М.Д. Шаргородцеву, звучавшее в одной из дискуссий с академиком Н.М. Амосовым: «Никакие законы не могут заменить совести врача, но и совесть не может заменить юридические законы, хотя бы потому, что она не у всех есть».

Итоги дискуссии выявили чрезвычайную важность знания этико-правовых и судебно-медицинских аспектов в работе акушеров-гинекологов, касающихся деонтологии, врачебной тайны, рождения неполноценных детей, усыновления [1, 2]; морально-этической ответственности врачей вследствие внедрения в лечебно-диагностический процесс вспомогательных репродуктивных технологий [4, 11]; возросшую уголовную и гражданскую ответственность акушеров-гинекологов за неосторожные действия и врачебные ошибки, профессиональные и должностные дефекты, требующие материального возмещения причинённого медицинскими работниками вреда здоровью или морального вреда [1, 3, 8].

Дискуссия показала, что для акушеров-гинекологов особую актуальность представляют такие проблемы биоэтики, как определение статуса эмбриона, различные модели отношений в системе «врач–пациент», допустимость биомедицинского эксперимента,

новые репродуктивные технологии и развитие исследований эмбриональных стволовых клеток. Поскольку в основе морально-этических проблем, возникающих при производстве аборта на различных сроках беременности, и научных исследованиях с человеческими эмбрионами лежит их статус, острый дискуссионный характер носило обсуждение вопроса о том моменте, с которого эмбрион следует рассматривать как личность, имеющую право на жизнь и её защиту в законодательном порядке [9, 11]. Учитывая аргументы сторонников святости человеческой жизни с самого момента её зарождения, в случае идентификации эмбриона с личностью любые исследования и выделение эмбриональных стволовых клеток из зародышей человека в возрасте нескольких дней могут рассматриваться как убийство. Церковь осуждает «свободу выбора» женщины в распоряжении судьбой плода, а широкое распространение и оправдание аборт в современном обществе «рассматривает как угрозу будущему человечества и явный признак моральной деградации» [10]. И с этой позицией Русской Православной Церкви трудно не согласиться. Следует признать актуальным разработку отечественного законодательства (кодекса), регламентирующего проблемы репродукции человека [5], определяющего юридический статус эмбриона на разных стадиях его развития и его защиту, но с допустимостью проведения научных исследований эмбриональных стволовых клеток.

Очевидно, что главным богатством каждого человека является здоровье. При этом каждому из нас, хотя бы раз в жизни, приходится быть пациентом, поэтому все мы – потенциальные пациенты, которых в какой-то момент может коснуться «охрана здоровья граждан», сложившаяся в последние годы. В этот момент неизбежным является выбор авторитетного медицинского учреждения и «своего врача». Конечно, у каждого имеется своё представление о враче-профессионале, ответственном и душевном человеке. Несомненно, искусство врачевания предполагает, в первую очередь, наличие у акушера-гинеколога глубоких всесторонних знаний и опыта. Но ещё со времени Гиппократова важнейшими врачебными качествами считались чуткость, сострадание, умение понять психологию и глубину переживания пациентки, готовность использовать для её выздоровления весь арсенал лечебных средств. Качественное и эффективное оказание помощи, несомненно, основано на внимательном отношении медицинского персонала к пациентам. Сейчас особенно ощутим дефицит милосердия, а ведь сострадание, сопереживание, чуткое отношение к больной – далеко не сантименты, и слово зачастую является

лучшим лекарством. Каждый, становясь пациентом, надеется на внимание, взаимопонимание и заинтересованность персонала оказать необходимую помощь быстро и эффективно, рассчитывает на безопасность и безболезненность проводимых диагностических процедур и оперативных вмешательств. Поэтому совершенно справедливо, что эти и другие важные права пациента отражены в «Основах законодательства» в 18 статьях (кстати, права врача представлены лишь в одной статье).

Очевидно, что врач должен не только знать и уважать права пациента, стремясь избежать возможных негативных элементов, но и предупреждать обиды и жалобы, сознавая и тот факт, что даже незнание закона не освобождает от ответственности за его нарушение. Учитывая, что больная часто является «тревожной личностью», от врача требуется желание и умение найти правильный психологический подход, воспринять её явные или мнимые тревоги, установить доверительные отношения. Особое искусство общения, такт и симпатия необходимы при разговоре с беременными, а также в сложных психологических ситуациях: при высоком операционном риске, отягощённой наследственностью, бесплодии, выявлении у плода выраженных уродств и др. При этом, проявляя бесконечное терпение, врачу приходится учитывать возраст, воспитание, уровень интеллектуального развития, жизненные привычки и обычаи не только беременной или больной, но её родственников, что подчас несравненно труднее. Для принятия адекватного этического решения в конкретных условиях акушер-гинеколог должен руководствоваться всесторонним анализом ситуации, личным опытом, интуицией и принципами медицинской этики.

Нельзя не считаться с существенной особенностью современного этапа развития медицины – безгранично нарастающей её специализацией и компьютеризацией. Они обеспечивают достижения медицинской науки и практики, но одновременно несут угрозу эпидемического распространения «узких врачей-специалистов», «лабораторных клиницистов», способных грамотно разобраться в результатах сложного биохимического анализа и провести инструментальное исследование, но не умеющих столь же квалифицированно расспросить больную и осмотреть её; угрозу за частностями потерять целое, утратить представление о личности больной. Одновременно коммерциализация медицинского дела оборачивается откровенной дегуманизацией медицины, в том числе и пристрастной недобросовестной рекламой сомнительных способов лечения и опасных для здоровья лекарственных препаратов в целях финансовой выгоды. Следует иметь в

виду, что в 1997 году в России впервые столкнулись с подделкой лекарства, через год число подделок увеличилось до 30, а через три года их количество уже составило более 100. Эксперты отмечают, что торговля фальсифицированными лекарственными средствами становится весьма выгодным делом.

Известно, что вывести новое лекарство на рынок сейчас стоит крайне дорого — это в среднем полмиллиона долларов на каждый новый препарат. Поэтому у фармацевтических компаний есть большое искушение отдавать их на испытание не в академические учреждения, а в коммерческие лаборатории, работающие по контракту.

Распространение объективной и точной информации о преимуществах новых лекарственных препаратов, методов диагностики и лечения, об объёме и качестве оказания медицинских услуг клиникой, центром, родильным домом является важным элементом, способствующим информационно-обоснованному выбору женщиной медицинского учреждения, конкретного специалиста, способа и объёма терапии. В то же время реклама лекарств или медицинского оборудования через врача, а также непроверенных или недостаточно опробованных процедур, методик и лекарственных препаратов представляется нездоровой, подрывающей основу отношений между пациентом и врачом — доверие. Врач обязан предоставить пациентке полную информацию, а после её выбора — получить письменное согласие на проведение исследований, консервативного лечения или хирургического вмешательства.

Действительность такова, что прежняя нормативно-ценностная система в отношениях «врач—пациент», которая характеризуется как патерналистская (врач принимает на себя обязанность действовать, исходя из блага пациента, но в основном сам решает, в чём именно состоит это благо), постепенно разрушается. В настоящее время ответственность за здоровье смещается от профессионала к каждому пациенту. Приоритет отдаётся их взаимодействию, при этом пациент становится не объектом лечения, а партнёром врача по лечению. Врачи в меньшей степени являются вершителями судеб и в большей степени — советчиками и исполнителями. Модель автономии пациента предполагает, что врач должен опираться на представления самого пациента о том, что является благом для него, решать этот вопрос в диалоге с пациентом и, соответственно, получение информации становится правом, а не привилегией пациента. Следует откровенно предупредить больную, что любое лечение практически всегда сопровождается определённым риском, связанным с побочными эффектами и осложнениями.

Конечно, порядок и объём предоставляемой пациенту информации о лечении решается медицинским работником в каждом конкретном случае индивидуально. Тем не менее, врач при выборе метода лечения (в частности, назначения определённого лекарственного препарата) должен учитывать тот факт, что «лекарства» в большинстве случаев являются «источником повышенной опасности». Врач имеет моральную обязанность предупредить пациента о возможных неблагоприятных проявлениях от применения препарата, при которых пациент должен немедленно обратиться к врачу. Практически всегда сопровождаются риском развития неблагоприятных и нежелательных последствий хирургические операции. К основным категориям следует отнести смерть, инфицирование, случайное повреждение сосудов или смежных органов, возможность выполнения повторного оперативного вмешательства, нарушение или утрату функции органов репродуктивной системы, сохранение или появление болевого синдрома. Очевидно, что перед операцией врач обязан сообщить пациентке о возможности подобных, чаще непредсказуемых, осложнений. Врач решает самостоятельно, когда и каким образом лучше сообщить больной её диагноз (если больная сознательно требует сообщить ей правду о её тяжёлом состоянии, включая онкологические заболевания), чтобы наименьшим образом травмировать её психику, и если врач уверен, что пациентка способна в настоящий момент перенести сообщение о своём заболевании.

В условиях взрывного роста информации, появления новых препаратов и внедрения новых технологий, агрессивной рекламы фармацевтических компаний, врач в своей повседневной деятельности обязан критически оценивать и использовать медицинскую информацию для принятия рациональных решений. Умение проводить анализ и предвидеть прогноз способствуют повышению качества медицинской помощи и снижают вероятность врачебных ошибок. Врачебная ошибка — ошибочные суждения и действия врача при исполнении им профессиональных обязанностей, как правило, повлекшие негативные последствия для пациента. К сожалению, справедливым является такое наблюдение: «Если вы никогда не совершали ошибок, повлекших тяжёлые осложнения, значит вы занимаетесь медициной недавно» (M.R. Lipp, 1986). Неизбежность эпизодического возникновения врачебных ошибок обусловлена влиянием факторов случайности и субъективности, присущих медицинской, особенно клинической, практике; выраженными индивидуальными колебаниями проявлений болезни, реакцией на лечебные вмешательства, зачастую значительной

внешней схожестью различных по сути болезненных процессов. Неправильные действия врача в подобной ситуации могут квалифицироваться как врачебная ошибка лишь при условии, что они не содержат признаков халатности, невежества или злого умысла, поэтому врачебная ошибка не влечёт за собой дисциплинарной, административной или уголовной ответственности. Поскольку предусмотреть в ходе лечебного процесса все возможные осложнения, в том числе и обусловленные индивидуальными особенностями организма пациента, чрезвычайно трудно, защитой врача становится предусмотренное законом письменное информированное добровольное согласие больного на медицинское вмешательство (исследование, операцию, лечение, переливание растворов, донорской крови и её компонентов и др.). Очевидно, что «согласие на медицинское вмешательство» имеет огромную юридическую значимость, как для медицинских работников, так и для пациентов. Важно подчеркнуть, что в нём должны найти своё отражение в письменной форме согласие больной, реальные профессиональные риски медицинских работников, наличие у пациентки тяжёлых сопутствующих заболеваний, высокой вероятности возникновения осложнений, возможность неблагоприятного влияния медицинского вмешательства на качество жизни.

Взаимоотношения врача и пациентки, имеющие гуманистическую основу, вместе с тем не исключают возможности возникновения разногласий между ними. Более того, в последнее время, по общему мнению специалистов в области медицинского права, возросло и продолжает увеличиваться количество медицинских конфликтов, за разрешением которых пациентки и их родственники обращаются в суд. Росту правовой информированности населения способствует создаваемая нормативно-правовая база, деятельность общественных организаций, например, Лиги защиты прав пациентов, медицинские страховые организации, средства массовой информации.

Следует отметить также характерный для всего мира рост частоты заболеваний и осложнений, связанных с деятельностью врача. В основе этого лежит прежде всего объективная причина — «агрессивность» современных методов диагностики и лечения. Внедрение в медицинскую практику новейших высоких технологий повышает роль человеческого фактора, как субъективной причины возникновения ятрогений.

В структуре специалистов, допустивших диагностические дефекты (по данным за последние 5 лет), на первом месте стоят терапевты, на втором — акушеры-гинекологи, на третьем — хирурги [5]. Доля экспертиз акушерско-гинекологического профиля в

общем количестве экспертиз по так называемым врачебным делам составляет, по различным субъектам федерации, от 15 до 41 %, что ставит людей нашей профессии на одно из первых мест по риску быть привлечёнными к юридической ответственности за профессиональные нарушения. Это связано со значительной интенсивностью профессиональной деятельности акушеров-гинекологов, urgenностью оказываемой помощи, высокой частотой оперативных вмешательств, социальной и психологической значимостью вопросов, касающихся нарушения здоровья матери и ребёнка. Практическое (медико-социальное) значение имеет и тот факт, что женщины более активны, чем мужчины в предъявлении претензий (в 1,84 раза при отсутствии вреда здоровью, при лёгком вреде — в 3,87 раза, при вреде средней тяжести — в 1,56 раза и тяжком вреде — в 2,48 раза), чаще предъявляют обоснованные претензии [6].

Несомненно, частота и характер обращений в прокуратуру или суд, в органы управления здравоохранением и средства массовой информации в значительной степени отражают качество акушерско-гинекологической помощи. При этом основными мотивами подачи заявлений для разрешения медицинского конфликта являются неудовлетворённость уровнем оказания медицинской помощи и её исходом; психоэмоциональные факторы — реакция родственников на смерть близкого им человека (такие иски имеют короткий временной интервал от момента происшествия до подачи иска); нарушение этических норм медицинским персоналом. К дополнительным относятся платные услуги, оказанные при медицинском вмешательстве; неосторожные оптимистические или противоречивые прогнозы относительно течения и исхода заболевания; несовпадение объявленного родственникам ранее клинического, а позже патолого-анатомического диагнозов; величина расходов на последующее лечение, реабилитацию и др.

По данным И.М. Лузановой (2005), при анализе непосредственных причин подачи исковых заявлений первое место занимает неблагоприятный исход медицинского вмешательства. Причинами подачи исков послужили: смерть пациента (48,8 %); причинение вреда здоровью лёгкой — (12,1 %), средней — (14 %), тяжёлой степени (7,7 %). 17,7 % исков подано пациентами, недовольными оказанием медицинской помощи при отсутствии вреда здоровью. Виды неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике, послужившие причинами разрешения медицинского происшествия в правоохранительных органах или суде — смерть женщины в результате беременности и родов — 23,5 %; смерть

ребёнка (в неонатальном периоде или в младенчестве) – 29,45 %; травмы плода в родах – 11,7 %; дефекты диагностики пороков развития плода – 11,7 %; осложнения после медицинских манипуляций – 17,6 %; прочие – 6,05 %.

Следует согласиться с позицией В.Е. Радзинского и И.Н. Костина, что практическим врачам довольно трудно разобраться в ценности и пользе многочисленных, а нередко и необоснованных рекомендаций и предложений по тактике ведения беременности и родов, приводящих к «акушерской агрессии». В результате этих ятрогенных, научно необоснованных действий, направленных якобы в интересах матери и плода, часто происходит увеличение осложнений беременности и родов, рост перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. А начинается подобная агрессия с назначения беременной лишних, порой дорогостоящих, но не имеющих никакого основания исследований (УЗИ, ПЦР, доплерометрия и др.), анализов и проведения «дежурного лечения». Кроме того, наблюдается и полипрогмазия с лечением «самыми современными» препаратами гарднереллэза, вагиноза, хламидиоза у практически здоровых беременных. Требуют пересмотра необоснованная госпитализация, показания для программированных родов и кесарева сечения, схемы родовозбуждения и назначения утеротонических препаратов при аномалиях родовой деятельности. Дискуссионными остаются многие вопросы, связанные с высокой частотой кесарева сечения, составившей в России 15,9 % в 2005 году, а в некоторых клинических учреждениях превышающей 60 %. Мы разделяем мнение Е.А. Чернухи и соавт. [12]: «Кардинальным образом изменилось и отношение врачей к показаниям операции кесарева сечения в сторону коммерциализации. Увеличение числа операций кесарева сечения нередко является следствием некомпетентности акушера, когда врач вместо активно-выжидательной тактики ведения родов в течение многих часов производит операцию и завершает роды за 30–60 минут. Не выдерживает критики положение, когда кесарево сечение производят с целью наживы. В нашей стране нет нормативных документов, запрещающих проведение операции по просьбе беременной и родственников».

Нередко в печати появляется средство — панацея, которая лечит и выпадение волос, и гепатит, и СПИД, и онкологию и т. д., причем подается таким образом, что средство апробировано в научном сообществе. Конечно, есть творцы своих оригинальных «авторских» методик, а также экстрасенсы, биоэнергетики, «контакты с высшим разумом». Не исключено, что среди них может оказаться человек, способный оказать больному

нестандартную помощь. Но в целом к этому следует относиться настороженно. Как можно все-рвез воспринимать следующий текст: «На ваших глазах в нашем центре рассасываются и уменьшаются раковые опухоли, лимфодениты, геморрой, простаты, полипы в носу». Это абсолютно безграмотно и нелепо от первого до последнего слова. Псевдоцелители есть и будут, пока медицинская наука не расстанется с интуитивным «творческим подходом». Очевидно, до тех пор нас будут преследовать и медицинские сенсации. А сенсации востребованы не только читающей публикой. Критериями научности знаний могут быть только опыт и эксперимент.

В последние годы отмечается тенденция подачи гражданских исков в случаях, связанных не только с летальным исходом, но и с неблагоприятным исходом при оказании медицинской помощи. В акушерской практике это касается в первую очередь исков, связанных с летальностью новорождённых. Гражданские иски связаны с требованием возмещения вреда (материального и морального). Согласно ст. 1068 гражданского кодекса, вред, причинённый работником при исполнении трудовых обязанностей, возмещает юридическое лицо (в рассматриваемых случаях ЛПУ). Размер возмещения зависит от величины понесённых на лечение расходов, длительности нетрудоспособности, результата. Размер возмещения определяется на основании счетов соответствующих организаций и документов. Иными словами, все расходы должны быть подтверждены документально, поэтому исковые требования по возмещению материального вреда, именно в силу строго документального подтверждения, встречаются редко (5,8 %).

В подавляющем большинстве случаев выдвигается требование компенсации морального вреда. Моральный вред, нанесённый пациенту при оказании медицинской помощи, не так давно известен отечественной судебной практике. Большинство пациентов, подающих подобный иск, считает, что сам факт неблагоприятного исхода и наличие определённых недостатков в действиях медиков дают основания для компенсации морального вреда, не требующего сложного и точного доказывания. При этом сумма запрашиваемой компенсации во много раз может превышать материальный ущерб. Моральный вред, как правило, возмещается в денежной, хотя может и в иной материальной форме, независимо от подлежащего возмещению имущественного ущерба. Необходимо подчеркнуть, что на требования о компенсации морального вреда не распространяется срок исковой давности (ст. 208 ГК РФ). Это значит, что мы можем столкнуться с исками, поданными

через достаточно отдалённый период от имевшего медицинского происшествия. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учётом фактических обстоятельств, при которых был причинён вред, и представленных истцом доказательств, а также индивидуальных особенностей потерпевшего. Такими доказательствами являлись справки от врача-терапевта о соматической патологии, возникшей после смерти ребёнка, свидетельство о разводе, выписка из заключения психолога-консультанта, свидетельские показания родственников и сослуживцев о психоземotionalных проблемах. Размер моральной компенсации по требованиям составлял от 100 до 500 тысяч рублей по сходным искам, например по смерти в неонатальном периоде. Суд, как правило, удовлетворяет их частично, нередко уменьшая сумму компенсации в 10 раз (50–70 тысяч рублей) [6].

Очевидно, что в свете изменившегося в РФ правового осуществления медицинской деятельности, урегулирование медицинских конфликтов требует:

- 1) законодательных мер (разработки и доработки действующего законодательства);
- 2) изменения модели взаимоотношений «врач-пациент» с переходом от патерналистской к партнёрской, расширяющей участие пациента в лечебно-диагностическом процессе на основе осознанного информированного выбора;
- 3) разработки организационных процедур по поэтапному урегулированию медицинского конфликта на досудебном уровне;
- 4) психологического тренинга врачей по поведению в предконфликтных и конфликтных ситуациях;
- 5) повышения уровня правовой информированности врачей;
- 6) сотрудничества лечебного учреждения с юрист-консультантом, специализирующимся в области медицинского права;
- 7) позитивного сотрудничества со средствами массовой информации [6].

На наш взгляд, активное содействие пациентам и врачам в эффективном разрешении конфликтных ситуаций могут оказывать специалисты в области медицинского права и биоэтики, при этом приоритет должен отдаваться досудебным процедурам [1, 3, 8]. К перспективам будущего относится третейское разбирательство врачебных дел – в постоянно действующем специализированном органе по разрешению врачебных дел на основе взаимного доверия сторон, спора с обязательным добровольным исполнением ими решения третейского суда. А пока наиболее реальной защитой медицинского работника является его высокий профессионализм, соблюдение основ законодательства в области охраны здоровья граждан

дан и действующих приказов МЗ РФ, составление качественной медицинской документации, знание и применение основ медицинского права в профессиональной практической деятельности акушера-гинеколога.

Дискуссия показала большую значимость этических и правовых аспектов в практической деятельности акушеров-гинекологов, в защите законных прав пациенток, чести и достоинства врачей, в улучшении качества медицинской помощи; необходимости повышения уровня правовой культуры медицинских работников и руководителей учреждений; целесообразности и заинтересованности акушеров-гинекологов в создании системы правовой защиты профессиональных и гражданских прав врачей при возникновении сложных морально-этических и конфликтных ситуаций. Очевидно, что обсуждавшиеся вопросы в настоящее время весьма актуальны, но они также далеки от окончательного решения, как и во времена античности. Тем не менее, полезно упомянуть о великом греческом философе Демокрите, который считал, что «лучшим, с точки зрения добродетели, будет тот, кто побуждается к ней внутренним влечением..., чем тот, кто побуждается к ней законом и силою. Ибо тот, кого удерживает от несправедливого поступка закон, способен тайно грешить, а тому, кто приводится к исполнению долга силою убеждения, не свойственно ни тайно, ни явно совершать что-либо преступное».

Редколлегия журнала выражает признательность всем авторам, принявшим участие в дискуссии по столь важной, многогранной и сложной проблеме.

Литература

1. Атласов В.О., Комаревцева Л.Н. О юридической ответственности акушеров-гинекологов за профессиональные нарушения // Ж. акуш. жен. болезн. – 2004. – Т. LIII, Вып. 4. – С. 82–85.
2. Баласанян В.Г., Микиртичян Г.А. Особенности медицинской этики в детской гинекологии // Ж. акуш. жен. болезн. – 2004. – Т. LIII, Вып. 1. – С. 116–122.
3. Балло А.М. Права пациентов и ответственность врачей – взгляд юриста // Ж. акуш. жен. болезн. – 2004. – Т. LIII, Вып. 1. – С. 123–126.
4. Зеленина Н.В., Абашиш В.Г. Искусственная инсеминация: этические и правовые проблемы // Ж. акуш. жен. болезн. – 2005. – Т. LIV, Вып. 1. – С. 132–137.
5. Кулаков В.И. и соавт. Этические и правовые аспекты акушерско-гинекологической помощи в современной России // Акуш. и гин. – 2005. № 5. – С. 3–8.
6. Лузанова И.М. К вопросу о юридической ответственности акушеров-гинекологов // Материалы форума «Мать и дитя» – М., 2005. – С. 674–675.
7. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения // Ж. акуш. жен. болезн. – 2005. – Т. LIV, Вып. 2. – С. 95–98.
8. Сироткина А.А. Регулирование отношений по оказанию медицинских услуг: практические проблемы и способы их разрешения // Ж. акуш. жен. болезн. – 2004. – Т. LIII, Вып. 2. – С. 78–83.

9. Филимонов С.В. Взгляды представителей различных религиозных конфессий на вопросы контрацепции и супружеские отношения. // Ж. акуш. жен. болезн. — 2004. — Т. LIII, Вып. 2. — С. 84–88.
10. Филимонов С.В., Микиртичян Г.Л. Отношение врачей и населения к проблеме аборта и статуса эмбриона // Ж. акуш. жен. болезн. — 2004. — Т. LIII, Вып. 3. — С. 47–51.
11. Харченко Т.В., Мурзакматов М.А. Морально-этические проблемы эмбриологии и перинатальной медицины // Ж. акуш. жен. болезн. — 2004. — Т. LIII, Вып. 3. — С. 42–46.
12. Чернуха Е.А. и соавт. Мнение акушеров-гинекологов о проведении кесарева сечения по желанию беременных // Журн. Рос. об-ва акушеров-гинекологов. — 2005. — № 1. — С. 26–30.

PATIENT'S RIGHTS, MEDICAL ETHICS AND JURIDICAL RESPONSIBILITY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

Ailamazyan E.K., Tsvelev Y.V.

■ **Summary:** There were summarized the results of discussion concerning problems of bioethics, deontology, patient's rights and juridical responsibility of obstetrician and gynecologists.

■ **Key words:** medical ethics; deontology; patient's rights