



История и современные вопросы развития биоэтики

Балалыкин Д.А., Киселев А.С.

История и современные вопросы развития биоэтики

Библиография История и современные вопросы развития биоэтики [Электронный ресурс]
: учебное пособие / Балалыкин Д.А., Киселев А.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

Авторы Балалыкин Д.А., Киселев А.С.

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2012

Прототип Электронное издание на основе: История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие. Балалыкин Д.А., Киселев А.С. 2012. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-2057-7.

<u>ВВЕДЕНИЕ</u>	5
<u>Глава 1. История зарождения и становления биоэтики</u>	8
<u>1.1. Религиозно-философские основы истории биоэтики</u>	8
<u>1.2. Освещение проблем биоэтики с позиции русской православной церкви</u>	17
<u>1.3. Зарождение медицинской этики</u>	25
<u>1.4. Значение нюрнбергского кодекса в истории медицины и биоэтики</u>	28
<u>Глава 2. Тенденции современной эволюции клинического мышления в контексте биоэтической концепции</u>	30
<u>Глава 3. Развитие медицинских технологий и их влияние на становление биоэтики как научного направления и учебной дисциплины</u>	37
<u>3.1. Исторические примеры влияния биоэтической концепции на принятие медицинских решений и социальную адаптацию новых медицинских технологий</u>	37
<u>3.2. Биоэтика и история современного развития биомедицинских технологий и медицинских услуг</u>	
<u>Глава 4. Ювенильная биоэтика</u>	44
<u>4.1. Краткое описание основ методологии ювенильной биоэтики</u>	44
<u>4.2. Исторические веки развития акушерства-гинекологии, неонатологии и педиатрии и их влияние на развитие ювенильной биоэтики</u>	47
<u>4.3. Некоторые аспекты ювенильной биоэтики в педиатрической практике</u>	53
<u>4.4. Современные пути совершенствования государственной системы охраны материнства и детства с позиций ювенильной биоэтики</u>	60
<u>Глава 5. История создания и развития ряда новых направлений в медицине</u>	63
<u>5.1. Взаимосвязь поведенческой медицины и биоэтики</u>	63
<u>5.2. История создания службы медицины катастроф и биоэтические особенности её функционирования</u>	67
<u>5.3. История развития телемедицины и биоэтические факторы её применения</u>	71
<u>5.4. Развитие ядерной медицины и новые задачи биоэтики</u>	75
<u>5.5. История зарождения фармакоэкономики и её связь с медициной и биоэтикой</u>	81
<u>5.6. Инновационное развитие системы здравоохранения в контексте истории медицины и биоэтической концепции</u>	88
<u>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</u>	95
<u>Приложение 1. Методические рекомендации по подготовке и проведению семинарских занятий по учебно-методическому пособию</u>	97
<u>Приложение 2. Программа подготовки по биоэтике в медицинской школе гарвардского университета (США)</u>	98
<u>Список использованной литературы</u>	101

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- АЭС - атомная электростанция
- ВАК - Всероссийская аттестационная комиссия
- ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
- ВЦМК - Всероссийский центр медицины катастроф
- ДЛС - детское лекарственное средство
- ИВЛ - искусственная вентиляция лёгких
- КТ - компьютерная томография
- ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
- МЧС - Министерство по чрезвычайным ситуациям
- НИИ - научно-исследовательский институт
- НИОКР - научные исследования и опытно-конструкторские работы НИР - научно-исследовательская работа
- НЦ АГиП - Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии НЦССХ имени А.Н. Бакулева РАМН - Научный центр сердечнососудистой хирургии имени А.Н. Бакулева Российской академии медицинских наук
- ОАО «РЖД» - Открытое акционерное общество «Российские железные дороги»
- ОКР - опытно-конструкторская работа
- ОРВИ - острая респираторная вирусная инфекция
- ПЭТ - позитронно-эмиссионная томография
- РАМН - Российская академия медицинских наук
- РГПУ имени А.И. Герцена - Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена
- УЗИ - ультразвуковое исследование
- ФДГ - фтордиоксиглюкоза
- ЦКБ - центральная клиническая больница
- ЧС - чрезвычайная ситуация
- ЭВМ - электронная вычислительная машина
- ЭКГ - электрокардиография
- ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение
- ЯМР-томография - ядерная магнитно-резонансная томография
- CIOMS - Совет международных организаций медицинских наук
- IOMS - Исламская организация медицинских наук
- ISPOR - Международное общество фармакоэкономических исследований

ВВЕДЕНИЕ

Чтобы быть истинным врачом и достигнуть точного познания в медицине, нужны шесть условий: врождённый талант, хорошее воспитание, высокая нравственность, изучение медицины с самых юных лет в известной медицинской школе, любовь к своей науке и трудным её занятиям, значительное время...

Гиппократ

С момента основания Медицинского факультета Императорского московского университета его профессора С.Г. Зыбелина, М.Я. Мудров, Ф.Г. Политковский, И.П. Войнов, Н.П. Лебедев, В.М. Рихтер и др. уделяли немало внимания истории медицины. Первое учебное пособие на эту тему было написано М.А. Белиным в 1865 г. на кафедре истории и энциклопедии медицины. Автором первой оригинальной монографии «История и соотношение медицинских знаний» (1903 г.) стал Л.З. Мо-роховец.

Биоэтике как самостоятельному научному направлению и учебной дисциплине чуть более 40 лет. Это возраст зрелости, который предполагает выход на новые рубежи развития. Биоэтика, впитав в себя традиционные дисциплины - этику и деонтологию медицины, - попыталась дать ответы на принципиально новые вопросы, возникшие на фоне мощного технологического прогресса в здравоохранении второй половины XX века. Новизна постановки вопроса была обусловлена, помимо прогресса медицинских технологий, и социальными процессами, сформировавшими реалии постиндустриального общества. Их осмысление невозможно без использования методологического арсенала истории медицины. Биоэтическая концепция сегодня учитывается:

- при управлении качеством жизни (в том числе при различных хронических заболеваниях);
- обеспечении лучших экологических условий жизнедеятельности людей; создании экологических тест-систем и биохимической диагностики;
- развитии биостатистики;
- оценке экологических рисков различной абиотической природы, которым подвергается здоровье людей;
- ведении борьбы с распространением особо опасных инфекций;
- решении проблем медицинской и популяционной генетики;
- рассмотрении проблем экологической паразитологии;
- постановке и решении задач геронтологии;
- сопровождении профессиональной деятельности и профессионального здоровья;
- обеспечении охраны материнства и детства;
- развитии новых медицинских технологий на основе наносистем и наноматериалов;
- социальной адаптации результатов фармакоэкономических исследований.

Необходимо подчеркнуть, что биоэтика не является вновь возникшим научным направлением и абсолютно новой учебной дисциплиной. Её корни уходят в глубь веков и находят отражение в древних принципах морального врачевания, а также более поздних правилах медицинской этики. Иными словами, биоэтика как сложный культурный феномен и социальный институт актуализирует новую морально-этическую ситуацию, складывающуюся при оказании медицинской помощи на фоне бурного развития высокотехнологичной медицины.

Отметим, что биоэтическая концепция в наши дни получила широкое распространение во всём мире (с учётом национальных особенностей отдельных стран) и касается как медико-биологических проблем, так и вопросов кросс-культурного анализа представлений о жизни в целом.

Философы подчёркивают значимость постановки проблемы жизни и смерти в биоэтике и находят отражение этих проблем в многочисленных трудах своих предшественников. Теологи стремятся обозначить значимость различных религиозных учений для понимания проблем биоэтики. Правоведы настаивают на необходимости юридического закрепления основных выводов биоэтики. Экологи видят в ней возможность развития экологической этики и учёта традиций более ранних этапов развития мировой цивилизации. Врачи же отмечают значимость биоэтической концепции в плане существенного влияния на выбор медицинских решений и социальную адаптацию новых медицинских технологий. Очевидно, что все исторические открытия и явления в биологии и медицине связаны с познавательной деятельностью, добыванием, накоплением и распространением новых знаний. Они всегда подразумевают определённый нравственный выбор. В нынешних условиях глобального инновационного общества важным направлением развития медицины, подпитываемым теоретическими исследованиями, становится формирование принципиально новых подходов к осмыслению условий обеспечения медицинской помощи с позиций биоэтической концепции. Слово «медицина» (индоевроп. корень *med-* - «середина, мера»), как известно, означает нахождение средства, меры. С древних времён до наших дней в рамках медицинской науки осуществляется уникальный синтез мультидисциплинарного знания. Будучи естественной наукой, медицина, в отличие от химии или физики, работает не с веществом, а с человеком. Это её коренное отличие от других естественных наук предполагает измерение эффективных (фр. *effect* - «действие, влияние») врачебных действий: нравственных, оказывающих сильное воздействие на самочувствие человека. С другой стороны, слово «биоэтика» состоит из двух составных частей: «*bios*» (греч. «жизнь») и «*ethika*» (греч. «нравственный»). Именно это единство целей медицины и биоэтики положено в основу настоящего учебно-методического пособия.

Данное пособие должно быть использовано в качестве дополнительного источника важной информации при преподавании биоэтики в медицинских вузах и на медицинских факультетах университетов, и его содержание и структуру определяют поставленные при его написании цели и задачи. Авторы не ставили себе целью создать ещё один учебник по биоэтике, дублирующий уже существующие, и с максимальной полнотой раскрыть все вопросы истории и развития биоэтической концепции, а стремились прежде всего осветить те важнейшие аспекты и взаимосвязи биоэтики с другими областями медицины, которые наименее подробно освещены в имеющихся публикациях на данную тематику. Совершенствование медицинских технологий и необходимость решения задач, стоящих перед системой здравоохранения, обуславливает постановку новых биоэтических и философских вопросов. В современных условиях особое значение приобретает воспитание клинического мышления с учётом высокотехнологичных аспектов медицины. Заострить внимание студентов и преподавателей на этих новых вопросах - главная задача настоящего пособия.

Вторая важнейшая задача - освещение религиозно-философских аспектов биоэтики. Начало XXI века можно охарактеризовать как период бурного расцвета религиозных учений. В связи с этим можно с уверенностью утверждать, что будущие врачи в своей клинической практике не раз столкнутся со специфическими реакциями и поведением пациентов, принадлежащих к различным конфессиям. Они должны правильно ориентироваться в этом деликатном и крайне важном вопросе и не допускать ошибок, которые могут серьёзно навредить и им самим, и их пациентам. Следует также подчеркнуть, что в рамках настоящего пособия будут рассматриваться только основные

конфессии, представители которых проживают на территории Российской Федерации. Описание особенностей и принципов различных ответвлений от этих направлений (т.е. религиозных сект), а также нерелигиозных идеологических групп («неформальная» молодёжь, противники прививок, сторонники самолечения «народными» средствами и т.п.) не представляется целесообразным ввиду их большого количества и относительно малой численности.

Глава 1. ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ БИОЭТИКИ

1.1. РЕЛИГИОЗНО-ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ ИСТОРИИ БИОЭТИКИ

Медицина как одна из древнейших и важнейших сфер практической деятельности человека является специфической областью разделения труда. Она тесно взаимосвязана с социально-историческими традициями и формами организации общества.

В рамках данного пособия нас прежде всего интересуют история развития этических аспектов медицины и исторические этапы оформления биоэтической концепции. В связи с этим вначале обратимся к древнегреческой мифологеме морального врачевания, где главным действующим лицом является Асклепий (в римской традиции - Эскулап), в политеистическом пантеоне древних греков занимавший место бога врачевания. Рассматривая древнегреческий миф об Асклепии, мы, бесспорно, понимаем глубокую условность, по сути мифологему эллинского пантеона богов. Вместе с тем мы приводим его как крайне важный культурологический феномен, в котором в полной мере отразилось образное мышление образованного эллина доплатоновской эпохи. История Асклепия - первый значимый пример установления морального кодекса врачевания, «первая ласточка» этики и деонтологии. Гиппократ, чья «Клятва» на века стала кодексом чести врача, в мифах древних греков фигурировал как ученик Асклепия. Таким образом осуществлялась сакрализация медицинской профессии и её этических принципов.

Согласно легендам, Асклепий жил примерно во 2-м тысячелетии до нашей эры. Гомер в своей «Илиаде» даже посвящает несколько строк его сыновьям, которые пошли по стопам отца. Асклепий был сыном Аполлона, который представляется в летописях как бог гармонии, духовной силы и искусств. Мать его была очень красива, но, к сожалению, не отличалась добродетелью и верностью своему супругу, за что и была наказана. Мальчик получил прекрасное образование, но был лишён внимания со стороны своего отца, который, впрочем, время от времени следил за успехами сына. Именно от отца и своего воспитателя - кентавра Хиро-на - молодой Асклепий перенял искусство врачевания и достиг высокого мастерства в хирургии и использовании лекарственных средств. Вместе с тем, согласно легенде, Асклепий вырос достаточно амбициозной личностью. Это выразилось, к примеру, в оживлении умерших (с древних времён этим имели право заниматься только бессмертные боги). В числе оживлённых Асклепием молва называла с десяток известнейших личностей того времени. Эти успешные опыты врача не остались незамеченными. Бог царства мёртвых Аид пожаловался Зевсу, что Асклепий не безвозмездно, а за щедрые подношения возвращает именитых людей к жизни. Реакция Зевса была мгновенной и беспощадной. Он карающим ударом молнии лишил Асклепия жизни. Аполлон - сын Зевса - не смирился с тяжёлой утратой и ценой собственных мытарств и смирением добился воскрешения Асклепия.

Далее легенда описывает переосмысление молодым врачом своих жизненных принципов (наказание Зевса стало для него серьёзным уроком). Отныне, наравне с высокопоставленными пациентами, Асклепий стал лечить и простых людей, не взимая с них платы за свои услуги. Таким образом, новое поведение Асклепия по отношению к больным людям положило начало моральному врачеванию (*moralé* - франц. «нравовучение, правило для воли, совести человека»), которое было перенято его учениками, прежде всего Гиппократом (ок. 460-377 гг. до н.э.), считающимся основателем практической медицины.

В отличие от Асклепия - героя мифа, - Гиппократ признаётся в историографической традиции реальным историческим лицом. Дискуссия о реальном авторстве трактатов, приписываемых ему, безусловно, продолжается. Однако из-за скудости источниковой базы и древности описываемого времени вряд ли когда-либо удастся найти компромисс. Как бы то ни было, ниже мы будем говорить о Гиппократе как историческом лице, считая его автором как знаменитой «Клятвы», так и трудов, приписываемых ему традицией. В конце концов, с точки зрения истории биоэтики нам важен сам факт существования таких трудов в Древней Греции.

Своё отношение к делу и пациентам Гиппократ определял так: «Любовь к нашей науке нераздельна с любовью к человечеству». После смерти благодарные афиняне разных сословий собрали пожертвования и воздвигли железную статую с надписью: «Гиппократу, нашему спасителю и благодетелю». Самым выдающимся памятником гуманизма и морального врачевания является «Клятва» Гиппократа. Приведём только некоторые выдержки из неё: *«Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием... и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора... Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство...».*

В 1525-1526 гг. клятва Гиппократа была опубликована на латинском и греческом языках, а медицинские факультеты университетов включили в программу преподавания гиппократовы моральные принципы, закрепляя на практике отождествление медицинского долга с принятием на себя обязательств перед больным.

Важно выявить обстоятельства, повлиявшие на социальные действия Гиппократа и его последователей, приведшие к так называемым смысловым сдвигам, которые Макс Вебер считал «атомами общественной жизни». Для понимания этого сложного многовекового процесса прежде всего необходимо последовательно проанализировать исторические этапы накопления интеллектуального базиса биоэтики.

Отметим, что осмысление идей бытия находит своё место ещё в поэмах врача и философа Эмпедокла «О природе» и «Очищение». В них излагается учение об ощущениях как следствиях материальных «истечений» от вещей, воздействующих на органы чувств. С другой стороны, учение Демокрита об этических ценностях, о «добром расположении духа» также во многом, определило развитие древнегреческой медицины. Оно подчёркивало почётную и ответственную роль врача, определяло синтетический характер медицинских знаний и специальных навыков. Отражение этих и иных идей мы находим в известных афоризмах Гиппократа: «Врач - философ; ведь нет большой разницы между мудростью и медициной»; «Лечит болезни врач, но излечивает природа». В V в. до н.э. Протагор - основоположник софистики - определяет человека как венец природы, меру всех вещей, а Георгий подробно рассуждает о понятиях добра и зла.

Важнейшим событием в истории естествознания стали работы Платона и Аристотеля. Первый предложил концепцию мироздания, которая предусматривает наличие великого Демиурга, управляющего развитием Вселенной. Многие историки философии считают, что под Демиургом Платон понимал Творца Вселенной. Позднее католическая богословская мысль охарактеризовала Платона и Аристотеля как «стихийных» или «инстинктивных» христиан. Именно такими они изображены на знаменитой фреске «Философы» в музее Ватикана, по соседству с Сикстинской капеллой. Историки науки по-разному объясняют этот феномен. Кто-то говорит о гениальном прозрении Платона, кто-то (вслед за Св. Климентом Александрийским) убеждён, что в своих путешествиях по Востоку тот познакомился с текстом Пятикнижия Моисея. Для историков медицины важно, что развитие биоэтики, прямо определившее впоследствии европейскую средневековую традицию в медицине, было непосредственно связано с принятием идеи сотворения мира и провозглашением ответственности в отношениях человека и Творца. Это обусловило возникновение понятий справедливости и ответственности, близких к современным. Собственно говоря, современные понятия этики

онтологически исходят из того базиса древнегреческой традиции, который и был заложен работами Платона и Аристотеля.

Платон формирует этическую концепцию, даёт определение справедливости действий врача как честного и квалифицированного исполнения своих обязанностей. Он говорит о необходимости определённых систем обучения, воспитания для представителей разных сословий. Аристотель проповедует знания во имя творчества, формирует формальную логику, науку о природе. Он же создаёт классификацию добродетелей, пишет сочинения «Евдемова этика», «Никомахова этика», определяет идею добродетелей разумной деятельности.

В период поздней античности Хрисипп, Зенон, Клеапф развивают учение о природе, душе и долге. В средние века Св. Августин Блаженный в своей «Исповеди» касается проблем соотношения божественной и индивидуальной воли, создаёт учение о творении мира Богом и о материи. В этот период религия и вера находятся в центре духовного опыта, трансформируются ценности жизни и универсалии культуры, отмечается глубокое влияние христианства на медицинскую практику.

В XIII в. в западноевропейской философии происходит так называемая антиаверроистская полемика, имевшая огромное значение для истории науки. Речь о полемике двух философских школ, образовавшихся на Факультете искусств и Теологическом факультете Парижского университета. Формальным поводом для полемики стала оценка основных философских идей Аристотеля, осмысленных философами и врачами арабского Востока - Авиценной, Аверроэсом, Альоараби и др. в значительной мере в неоплатоническом стиле. На самом деле речь шла о выработке всеобъемлющей на тот момент системы философских взглядов на взаимоотношения человека и Бога, некоторые частные философские вопросы (теории абстрагирования и сверхъестественного созерцания), вопросы этики и, главное, оценок отношения веры и разума. В конечном счёте происходил важнейший поворот в истории науки: оценка правильного пути к научному познанию человека и мира.

Точку зрения так называемых аверроистов представляли такие учёные, как Боэций Дакийский и Сигур Брабантский. Позиция классических «аристотеликов», развивавшая гносеологические представления Св. Августина Блаженного, была наиболее полно отражена Фомой Аквинским, представителем доминиканского ордена. Победа в этом научном споре оказалась на стороне Фомы Аквинского. Данный факт имеет огромное значение для истории медицины, поскольку доминирующей стала новая методология. В её основе лежала так называемая теория абстрагирования, в соответствии с которой научное знание обретается человеком не только в рамках сверхъестественных озарений («божественной иллюминации»), но и в результате абстрагирования от чувственно воспринимаемых вещей. Этот процесс, естественно, начинается с непосредственно воспринимаемого и осмысливаемого первичного чувственного опыта. Такая методология, во-первых, закладывала первый камень в фундамент здания, ставшего впоследствии декартовой системой оценки чувственного опыта, что привело к появлению в натурфилософских системах Р. Декарта идеи экспериментального познания в медицине. Во-вторых, она снимала противоречие между верой и разумом, религией и научным познанием, что не могло положительно не отразиться на развитии науки.

Обстоятельства диспута с «аверроистами» занимали европейских философов почти столетие и обозначили ещё одну важнейшую научную и методологическую проблему - так называемую «бриту Оккама». Уильям Оккам, францисканский монах, жил в XIV в. и преподавал философию в Оксфорде. Суть его новеллы формулируется так: «Не существует основания для того, чтобы объяснять с помощью многих (допущений) то, что может быть объяснено с помощью меньшего числа (допущений)». Нетрудно заметить, что система доказательств в естественных науках - от математики до медицины - сегодня

стоит на этом методологическом фундаменте. Его важным вкладом в теорию этики, оказавшим серьёзное влияние на развитие биоэтической концепции, была постановка проблемы ответственного выбора. Конечно, для него было очевидно, что главной этической нормой является воля Бога, которая есть абсолютное благо. Человек делает позитивный ответственный выбор, поступая по воле Божьей. Однако обоснование факта наличия у человека свободной воли и возможности действовать в соответствии с ней окончательно освободило этику от греческого и арабского детерминизма. В плане развития биоэтической концепции работы У. Оккама дали возможность ставить вопрос о полноте индивидуальной ответственности врача за его (собственные, по его личному выбору осуществляемые) действия.

Выделим ещё одно важное событие в истории философии, оказавшее влияние на становление биоэтической концепции: дискуссию о бедности Христа и святых апостолов, потрясшую Европу в XIV в. Суть её заключалась в следующем.

Представители францисканского ордена во главе с Михаилом Че-зенским (генералом ордена), Уильямом Оккамом и др. утверждали, что Иисус Христос и святые апостолы не обладали в земной жизни никаким личным имуществом. Поэтому они предъявляли очень жёсткие этические требования как к католической церкви в целом, так и к отдельным её членам. Этот тезис жёстко опровергался Папой Римским Иоанном XXII и его сторонниками. Данная дискуссия обусловила важнейший для становления биоэтики вопрос: если Бог и апостолы, проповедуя абсолютную Истину в вероучительном плане, призывали к абсолютному служению людям, спасению души через добрые дела в плане этическом, в чём же тогда состоял долг каждого христианина по отношению к ближним? Очевидно, что эта глобальная философия и теологическая дискуссия в религиозно-философском плане позволили развить и обосновать принципы медицинской деонтологии. В этот же период определяются три главные направления древнекитайской мысли: конфуцианство, даосизм и буддизм. Идёт сложная борьба шести основных направлений (конфуцианство, даосизм, моизм, легизм, школа имён и школа инь-ян), в которой в конечном итоге побеждают конфуцианство и даосизм.

Подчеркнём в связи с вышесказанным, что одним из главных положений конфуцианства является концепция жизни, основанной на человеколюбии и гуманности. Идея гуманности является центральной в конфуцианской культуре. Сущность категории «жизнь» заключается в любви к другим людям. Это философское учение призывает людей к сопереживанию и добру, сердечному отношению друг к другу. Всё это оказало глубокое влияние на развитие традиционной китайской медицины, которая, в свою очередь, способствовала дальнейшему обогащению конфуцианской философии. Одним из выдающихся представителей конфуцианской культуры является Хуа То (дата рождения неизвестна, умер в 208 г. н.э.), известный также как Небесный врач и Творящий чудеса. На воротах воздвигнутого в его честь храма имеется следующая парная надпись: «Основанное на гуманности врачевание идёт только от Жёлтого императора и Ци Бо; чудеса медицина начала творить во времена Хуа То».

Древнекитайские мыслители полагали, что «...врач низшей категории лечит болезнь, врач средней категории исцеляет человека, врач высшей категории исцеляет страну». В традиционной китайской медицине и сегодня большое значение придаётся личной нравственности в профессиональной практике врача. В этой древней культуре всегда считалось, что лечебной практикой достойны заниматься только те люди, которые обладают высокими моральными качествами и незаурядными способностями.

Концепция морального врачевания в буддийской культуре учит следующему:

■ милосердие врача всегда должно быть нацелено на стимулирование у пациента спасительной жизненной энергии (когда опасность развития болезни уже созрела, а пациент проявляет пассивность при лечении, то устранить её последствия чрезвычайно трудно);

- главное для врача, действующего милосердно, - это своевременность оказания квалифицированной помощи;
- нравственный врач обязан проявлять почтительность к старшим коллегам и своим пациентам, быть сообразительным в экстренных случаях, демонстрировать блестящие навыки при ведении сложных больных;
- милосердный врач, творя благо, зачастую теряет покой, но обретает разносторонность в подходах к лечению.

В древней индийской культуре врачевания отмечалось постепенное становление религиозно-философских школ, которые формировались под влиянием гимнов Ригведы, диалогов Упанишад, Санкхья, Вайшеши-ка, Веданта, Джайнизма и т.д. Во времена Ашоки (268- 231 гг. до н.э.) - самого выдающего правителя древней Индии - при буддийских храмах строили богадельни и помещения для больных - дхарма-шала (лечебницы). Таким образом, в Индии они появились на несколько веков раньше, чем в Европе. Гораздо позже, в период империи Гупт (IV-VI вв. н.э.), который считается золотым веком индийской истории, в стране стали сооружать специальные дома для калек, увечных, больных, вдов и сирот.

Вместе с тем следует отметить, что традиционному индийскому обществу всегда было присуще разделение на касты (да и в наши дни это продолжает оставаться социальной доминантой). Такая структура общества предопределяет различные социальные права представителей разных каст, вплоть до фактического бесправия и официального законодательного признания ничтожности огромных, многомиллионных социальных групп. Яркий пример - каста неприкасаемых. Естественно, что идея равных прав граждан на доступ к медицинской помощи в кастовом обществе существовать не могла. Сама идея благотворительности может быть реализована в атмосфере понимания имманентного равенства людей, которую впервые привнесла религиозно-философская система христианства. Поэтому времена Ашоки в индийской истории - скорее эпизод, чем закономерность.

Последователи иудаизма всегда соблюдали моральные принципы врачевания. Среди широко известных моралистов медицины значатся имена Асаф А-Рофе, А. Закуто, Маймонида, Йосефа Каро - составителя кодекса «Шулхан Арух» («Накрытый стол», XVII в.). В этом труде в главах, посвящённых медицине, основное внимание уделяется готовности по первому зову больного прийти на помощь. Вклад евреев в медицину признавался Роджером Бэконом (Roger Bacon) - прославленным христианским философом, который подчёркивал, что знание иврита позволяет больше узнать о таинствах врачебной профессии. Иудеи полагают, что молитва - это путь к духовному и физическому здоровью. Она предполагает непосредственное искреннее раскаяние, личное обращение к Богу за помощью в болезни, что придаёт этому действию особую силу. По мнению Маймонида, врачевание воспитывает в человеке скромность, богобоязненность, совершенствует его нравственность во имя Творца.

Рассмотрим для примера вопрос трансплантации органов. По законам иудаизма человек, даже находящийся в состоянии агонии, пользуется полной защитой со стороны Закона, а сокращение его жизни даже на мгновения является человекоубийством. Иудейская традиция не поддерживает стремление готовить донора к трансплантации, если эти действия могут приблизить его смерть. Исходя из этих воззрений, запрещается удаление любого органа в интересах спасения другого человека. Тора на этот счёт прямо указывает «не брать часть от живого, пока оно ещё живо». Извлечение органа для нужд трансплантации, согласно данной духовной традиции, может быть осуществлено только от вполне здорового донора и только после подробной консультации с религиозными и медицинскими авторитетами или от уже умершего человека. При этом иудейская

традиция определяет факт смерти по остановке дыхательных и обменных процессов на длительный период времени, которые не восстанавливаются с помощью осуществления реанимационных мероприятий. Касаясь проблемы аборта, отметим, что в иудейской традиции вопрос об аборте рассматривается сугубо индивидуально и требует консультации с раввином, который обладает компетенциями именно в этом вопросе. В целом же, по общепринятому мнению, иудаизм не сравнивает аборт с убийством. Здесь уместно привести такое правило Торы: «Когда дерутся люди и ударят беременную женщину и она выкинет, то следует взять с виновного штраф, который передадут мужу той женщины» (Шмот/Исход 21:22). Иными словами, в этом случае обосновывается выплата денежной компенсации, а не судебный процесс, как это имеет место в случае убийства человека. Следует отметить, что такая трактовка аборта (в приведённом примере самопроизвольный выкидыш не считается убийством) резко контрастирует с мнением сторонников международных движений за отмену абортов. Отметим в связи с этим, что на практике иудаизм выступает против абортов (если речь не идёт об особых случаях, когда требуется спасение жизни женщины). Таким образом, Закон всегда выступает на стороне матери, если есть угроза для её жизни. Он гласит: «Если женщина страдает от затяжных патологических, осложнённых родов, которые угрожают самой её жизни, следует рассечь плод. Если же ребёнок большей частью уже появился на свет, нельзя причинять ему вреда, ибо нет у нас права жертвовать одной жизнью ради спасения другой» (Вавилонский Талмуд). Иудейский Закон содержит следующее правило: «Если существует угроза физическому и психическому состоянию здоровья женщины, то аборт оправдан».

По современным этическим проблемам высокотехнологичной медицины раввинистические определения официально на сегодняшний день не сформулированы, однако среди врачей, исповедующих традицию иудаизма, ныне наиболее широко обсуждаются следующие вопросы: особенности еврейского подхода к ультрасовременной медицинской этике (Н.Э. Дорфф / N.E. Dorft); трактовка еврейского закона по проблемам супружеских отношений, регулирования рождаемости и выкидышей (Д.М. Фельдман / D.M. Feldman); еврейская медицинская этика об ответственности за жизнь и уходе из жизни (М. Маибаум / M. Maibaum); альтернативы в еврейской биоэтике (Дж.Н. Зохар / J.N. Zohar); консервативное иудейство и проблемы биоэтики (Рознер / Rosner). На основные направления арабо-мусульманской мысли в Средние века серьёзное влияние оказали религия и культура древнего Востока и европейской античности. Основные направления арабо-мусульманских учений включали исследование проблем первоначала, учение о человеке, о познании человека как плода Природы. Особую роль в этом периоде развития арабо-мусульманской культуры сыграл Авиценна (Ибн Сина, 980-1037 гг. н.э.). Его труды «Канон врачебной науки», «Книга исцеления», «Указания и наставления» являются настоящими шедеврами той эпохи. Он внёс заметный вклад в медицину. Можно также отметить и его коллегу Аверроэса (Ибн Рушд), который создал учение о разуме и теорию двойственной истины.

Одновременно отметим, что в более поздних произведениях - «Книгах путешествий» Эвлии Челеби (XVII в.) и т.д. - даётся описание первой мусульманской больницы Фатих: «...лекарства раздаются бесплатно, это условие в своё время поставил сам Фатих - султан. Делается это во имя Аллаха. Главное качество врача-мусульманина - честность! Он знает, что в судный день придётся держать ответ не только за прожитую жизнь, но и за свою врачебную деятельность. Цель медицинской деятельности мусульманина - не нажива, а служение людям во имя Аллаха».

Подобные взгляды - органическая часть исламского вероучения. Будучи исторически самой молодой из монотеистических религий, ислам привнёс очень важный позитивный импульс в исторический процесс развития этики и деонтологии врачевания. Напомним, что в соответствии с исламским вероучением правоверный должен проявлять перед лицом Аллаха ряд добродетелей: пятикратная ежедневная молитва, ходж, закят

(благотворительность). Постулирование духовного равенства правоверных перед Аллахом, возможность духовного спасения бедного и духовной гибели богатого сформулировало теологические основы понимания равенства людей с точки зрения врача. А возведение благотворительности в ранг обязательной добродетели правоверного обусловило возникновение таких лечебниц, как вышеописанная больница Фитих. Интересны рассуждения об исламской биоэтике З.М. Мухамедовой из Ташкентской медицинской академии. По её мнению, наряду с развитием медицины и эволюцией медицинской этики в кодексе и принципах Гиппократов, Парацельса, деонтологической и биоэтических моделях идёт непрерывная дискуссия о проблемах биоэтики религиозных деятелей и специалистов медицины исламского мира. Главным предметом этой дискуссии являются вопросы жизни и смерти: до каких пор следует проводить жизнеподдерживающее лечение и при каких условиях его можно приостанавливать; допустимы ли эксперименты на человеческих эмбрионах (и если да, то какого рода); может ли умерший использоваться в качестве источника органов и тканей для улучшения здоровья или спасения жизни людей; допустимо ли человеку самому брать на себя решение о том, чтобы подвести черту под собственной жизнью, и т.д.

Отметим, что учение Корана и Сунны трансформированы применительно к деликатным сложным медико-биологическим проблемам. Так, действует исламский медицинский кодекс, развивается исламская биоэтика, соотносящая свои статьи и положения с вероучением ислама: Корана, Шариата, Хадисов. Эти кодексы практикуются, например, в Кувейте, Египте, Саудовской Аравии, Иране, Пакистане и других странах, исповедующих ислам, а также странах, где проживают мусульманские общины (в Канаде, США и др.). Продолжается исследование общественных, юридических, экономических, этических аспектов ключевых проблем биоэтики в области здравоохранения, медицины и биомедицинских технологий в контексте исламского вероучения. Указанные документы основываются также на Нюрнбергском кодексе (1947), Хель-синкской декларации (1963, 1975), принципах CIOMS (1982), Каирской декларации (1991) для мусульманских стран и других международных документах.

Подчеркнём, что в истории развития исламской биоэтики как новой формы знания большую роль сыграла первая конференция Исламской организации медицинских наук (IOMS) в Кувейте (1981 г.), на которой был принят проект кодекса Исламской медицинской этики. В нём отражены такие этические вопросы, как искренность, честность в профессии врача, врачебная тайна, милосердие и сочувствие, обязанности и отношение врача к пациентам, коллегам, проведение экспериментов на людях и др. Создан Исламский совет международных организаций медицинских наук (CIOMS).

В последние пять лет в повестку дня были включены и рассмотрены такие вопросы биоэтики, как пересадка органов или тканей, смерть головного мозга, принцип помощи, технологии в отделении интенсивной терапии. Прошли II (Кувейт, 1982), III (Стамбул, 1984) и IV (Карачи, 1986) международные конференции исламской медицины (OIMS), на которых были рассмотрены права ребёнка в контексте ислама. Были приняты рекомендации по защите молодёжи от употребления наркотиков, алкоголя, табака. Особое внимание было уделено духовному развитию, нравственной компоненте медицинских образовательных программ, с помощью которых можно подготовить мусульманского врача.

З.М. Мухамедова также указывает на то, что исламские правоведы регулярно собираются для обсуждения новых этических проблем биомедицинских технологий. Так, проблемы трансплантации органов и/или тканей рассматривались исламскими юристами на III Симпозиуме по медицинскому праву (апрель 1987 г.), V Международной конференции исламской медицины, которая прошла в Каире в расширенном составе с медицинской ассоциацией (1988 г.). На VIII конференции исламской организации медицинских наук (декабрь 2004 г., islamOnline.net) был принят проект первой

международной этической директивы медицинских наук, исходящей из позиций ислама. Было решено, что «Международный исламский свод законов для медицинской этики и этики здоровья» будет рассмотрен, отредактирован и затем выпущен в свет Исламской организацией медицинских наук (ИОМН). Создание свода законов началось в 1981 г., когда ИОМН взяла на себя инициативу принятия документа, основанного на законах ислама, для медицинской этики на конференции в Кувейте. Приоритетом является призыв к министрам образования, деканам медицинских школ арабского и всего мусульманского мира внедрять одобренный свод законов в их программы. Глава ИОМН, доктор Абд Аль-Рахман Эл-Авади предложил создать исламский фонд для поддержки медицинских исследований в мусульманском мире. На конференции обсуждались отношения между врачом и пациентом, обязательства и обязанности, а также вопросы биомедицинских исследований, актуальные вопросы в контексте исламской религии. Врачи и учёные также рассмотрели различные деликатные вопросы, включая суррогатное материнство, определение пола будущего ребенка и проблемы эвтаназии.

Кроме того, на Международном конгрессе по биоэтике (Тегеран, март 2005 г.) говорилось о том, что решения по ключевым проблемам биоэтики должны приниматься с учётом существующих религиозных норм морали, культурных традиций. Биоэтика рассматривалась как мост в будущее, с помощью которого человечество может и должно научиться защищать свои права и достоинство. Подчеркнём, что особое значение для развития интеллектуального базиса биоэтики имеют эпоха Возрождения и Новое время. Следует прежде всего отметить, что медицина эпохи Возрождения являет собой интегральное единство культуры, искусства и науки. Примером тому может служить жизнь и деятельность Леонардо да Винчи (1452-1519) - «универсального человека» (анатома, естествоиспытателя, математика, физика, художника, литератора, инженера), идеала итальянского Ренессанса.

Именно в этот период возникает и формируется гуманизм, воспеваемый Данте, Петраркой. К итальянским гуманистам также можно отнести Манетти, Валла, Бруни Салютати и Пико дела Мирандола с его «Речью о достоинстве человека». Однако в истории XVI в. имеется весьма примечательный факт. Когда французский король Генрих II на турнире получил удар копьём в глаз, придворные врачи, прежде чем приступить к лечению своего монарха, подвергли такому же ранению четырёх приговорённых преступников. Тем самым они пытались изучить аналогичные раны и выработать приёмы оказания помощи коронованной особе. Ведь жизнь простого смертного в те далёкие времена считалась ничтожной по сравнению с королями и их кровными родственниками. Такое же отношение наблюдалось во всей феодальной Европе. 300 лет спустя в знаменитых «Лекциях по экспериментальной физиологии» основоположник современной экспериментальной физиологии Клод Бернар писал: «В наше время этика справедливо осудила бы самым решительным образом всякий опыт на человеке...» Продолжая историографию интеллектуального базиса биоэтики, отметим интересные рассуждения Парацельса о теле и душе, а также о роли врача во врачевании души и тела. Характерны также рассуждения М. Монтеня об идеале «естественного человека».

В историческом промежутке между Античностью и Новым временем история тела занимает весьма существенную роль. Однако, по мнению современных учёных Жака Ле Гоффа (Jacques Le Goff) и Николя Трюона (Nicolas Truong), история тела ещё не написана, и это одно из упущений, в том числе в историческом медицинском знании. Нам же представляется, что это относится и к биоэтическим аспектам данной темы. В любом случае восполнение этого пробела - немаловажная задача для историков медицины и биоэтики. В прошлых и нынешних исторических медицинских источниках оценка любой знаковой личности сводится лишь к внешней стороне (она представляется словно лишённой плоти), превращая личность в символический образ. Ситуацию не изменило даже произведение врача О. Браше «Психическая патология французских королей» (1903

г.), которое было посвящено наследственности. В связи с этим в среде историков витает идея обращать особое внимание как на материальную, так и на духовную жизнь людей, их чувства. Как говорит М. Блок, история не должна быть лишена тела с его плотью и внутренностями, утехами и страданиями. Ведь в обществе разных эпох отношение к телу было неоднозначным. Однако данная тема требует отдельного анализа, и мы не будем касаться её в нашей работе.

Мораль и этика Нового времени привносят понятия долга, категорического императива, а также, что очень важно с точки зрения тематики нашего учебно-методического пособия, сущности механицизма, который рассматривает человека как некую машину. При этом органы человека представляются механизмами. Такое понимание человека, его сущности, природы имело определённое воздействие на представителей медицинской профессии. основополагающая роль в создании этой концепции принадлежит Р. Декарту. Он видел человека как сочетание двух составляющих - души и тела. С одной стороны, они нераздельны с момента рождения человека и до его смерти. Вместе с тем в функциональном плане они разделяются. Душа прежде всего проявляется в высшем даре человека - его разумной деятельности. Отсюда знаменитый афоризм: «Мыслю - следовательно, существую». Более того, способность человека к мыслительной деятельности, абстракциям, эмоциональным восприятиям и речи Декарт считал важнейшим доказательством существования Бога. Осмысление человеческого организма как машины, механизма, созданного богом по определенному плану, произвело настоящую революцию в естествознании в целом и медицине в частности. Во-первых, была обоснована принципиальная познаваемость человеческого организма. Во-вторых, как писал Р. Декарт, смерть «никогда не наступает по вине души, но исключительно потому, что разрушается какая-нибудь из главных частей тела» и «душа удаляется после смерти только по той причине, что это тело прекращается и разрушаются те органы, которые служат для движения тела». Эти представления и обусловили развитие физиологии и медицины в XVII и XVIII вв.

Немаловажную роль также сыграли работы Гегеля, Канта, Лейбница. Собственно, с них и начинаются исследование проблем и методов познания, борьба рационализма и эмпиризма, формируется отношение медицины к науке, осуществляется построение научного метода в медицине. Здесь следует отметить видную роль Ф. Бэкона, его учение о природе, а также результатах всеобъемлющих «естественных» поисков, рассуждения о познании и методе познания и, конечно же, этические и нравственные идеи этого незаурядного учёного, сформулированные в «Новой Атлантиде». Отметим и учения Гоббса, Локка, Лейбница о человеческом познании и их понимание человеческой природы. Их последователь Д. Юм (1711-1776) определил положение науки о человеке как центральное в системе человеческого знания и разработал моральную теорию. Этой теме также касались П. Гольбах, К. Гельвеций, Д. Дидро, Ж. Руссо. Закономерно, что первые специальные труды по медицинской этике в Новое время появились в Англии в конце XVIII в. К ним прежде всего относятся работы Дж. Грегори, например «Лекции по обязанностям и квалификации врача» (1772). Мы видим, что именно западноевропейская религиозно-философская традиция заложила основы научного метода и этики в целом и научной медицины и биоэтики в частности.

Свою лепту в переосмысление и обогащение нового европейского гуманизма внесли немецкие классики. Отметим в первую очередь И. Канта (1724-1804) и его работу «Мысли об истинной оценке живых сил», а также произведение «Долг», внёсшее заметный вклад в развитие медицинской этики. Напомним ещё раз едва ли не самое знаменитое высказывание этого мыслителя: «Две вещи приводят меня в изумление: звёздное небо над головой и нравственный закон внутри нас». Сочинения И. Фихте (1762-1814), Ф. Шеллинга (1775-1854), Г. Гегеля (1770-1831), Л. Фейербаха (1804-1872) о человеке и нравственности, системе нравственности, понимании природы, человеческой

чувственности также нельзя сбрасывать со счетов, говоря о становлении биоэтической концепции.

Касаясь русской мысли и её влияния на формирование интеллектуального базиса биоэтики, обязательно отметим работы А.Н. Радищева (1749-1802), В.С. Соловьёва (1853-1900), Н.А. Бердяева (1874-1948), П.А. Флоренского (1882-1937). Речь идёт об их трудах, посвящённых проблемам смертности и бессмертия человека, рассуждениям о человеке, его сущности и месте в мире, природе человека, «этике творчества», развитию естествознания. Вообще вопросы изучения проблем морали (авторитарная мораль, мораль ассоциаций и мораль принципов) были центральными на всех этапах развития общества. Постепенно и в медицине начали меняться уровни моральной аргументации (индивидуальные суждения, правила, принципы), что в конечном итоге привело к формированию этической теории.

1.2. ОСВЕЩЕНИЕ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ С ПОЗИЦИИ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

Началу преподавания биоэтики в нашей стране предшествовало важное событие. В 2000 г. на юбилейном Архиерейском соборе Русской Православной Церкви были утверждены «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви», в которых впервые были подробно освещены проблемы биоэтики с позиций Русской Православной Церкви (Гл. 12 Концепции Русской Православной Церкви). Приведём эти важные биоэтические оценки, данные основной конфессией нашей страны, без сокращения.

«Бурное развитие биомедицинских технологий, активно вторгающихся в жизнь современного человека от рождения до смерти, а также невозможность получить ответ на возникающие при этом нравственные проблемы в рамках традиционной медицинской этики вызывают серьёзную озабоченность общества. Попытки людей поставить себя на место Бога, по своему произволу изменяя и «улучшая» Его творение, могут принести человечеству новые тяготы и страдания. Развитие биомедицинских технологий значительно опережает осмысление возможных духовно-нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения, что не может не вызывать у Церкви глубокой пастырской озабоченности. Формулируя своё отношение к широко обсуждаемым в современном мире проблемам биоэтики, в первую очередь к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божиим, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности, призванной «к почести высшего звания Божия во Христе Иисусе» (Флп. 3. 14), к достижению совершенства Небесного Отца (Мф. 5. 48) и к обожению, то есть причастию Божеского естества (2 Пет. 1. 4).

С древнейших времён Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убеждённость в том, что зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно.

Псалмопевец описывает развитие плода в материнской утробе как творческий акт Бога: «Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей... Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои» (Пс. 138. 13, 15-16). О том же свидетельствует Иов в словах, обращённых к Богу: «Твои руки трудились надо мною и образовали всего меня кругом... Не Ты ли вылил меня, как молоко, и, как творог, сгустил меня, кожею и плотью одел меня, костями и жилами скрепил меня, жизнь и милость даровал мне, и попечение

Твое хранило дух мой... Ты вывел меня из чрева» (Иов 10. 8-12,18). «Я образовал тебя во чреве... и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя» (Иер. 1. 5-6), - сказал Господь пророку Иеремии. «Не убивай ребенка, причиняя выкидыш», - это повеление помещено среди важнейших заповедей Божиих в «Учении двенадцати апостолов», одном из древнейших памятников христианской письменности. «Женщина, учинившая выкидыш, есть убийца и даст ответ перед Богом. Ибо... зародыш во утробе есть живое существо, о коем печется Господь», - писал апологет II века Афинагор. «Тот, кто будет человеком, уже человек», - утверждал Тертуллиан на рубеже

II и III веков. «Умышленно погубившая зачатый во утробе плод подлежит осуждению смертоубийства... Дающие врачество для извержения зачатого в утробе суть убийцы, равно и приемлющие детоубийственные отравы», - сказано во 2-м и 8-м правилах святителя Василия Великого, включённых в Книгу правил Православной Церкви и подтверждённых 91-м правилом VI Вселенского Собора. При этом святой Василий уточняет, что тяжесть вины не зависит от срока беременности: «У нас нет различения плода образовавшегося и ещё необразованного». Святитель Иоанн Златоуст называл делающих аборт «худшими, нежели убийцы».

Широкое распространение и оправдание аборт в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых её истоков несовместима с признанием «свободы выбора» женщины в распоряжении судьбой плода. Помимо этого, аборт представляет собой серьёзную угрозу физическому и душевному здоровью матери. Церковь также неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерождённые дети. Православная Церковь ни при каких обстоятельствах не может дать благословение на производство аборта. Не отвергая женщин, совершивших аборт, Церковь призывает их к покаянию и к преодолению пагубных последствий греха через молитву и несение епитимии с последующим участием в спасительных Таинствах. В случаях, когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, особенно при наличии у неё других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение. Женщина, прервавшая беременность в таких обстоятельствах, не отлучается от евхаристического общения с Церковью, но это общение обуславливается исполнением ею личного покаянного молитвенного правила, которое определяется священником, принимающим исповедь. Борьба с абортами, на которые женщины подчас идут вследствие крайней материальной нужды и беспомощности, требует от Церкви и общества выработки действенных мер по защите материнства, а также предоставления условий для усыновления детей, которых мать почему-либо не может самостоятельно воспитывать.

Ответственность за грех убийства нерождённого ребенка, наряду с матерью, несёт и отец, в случае его согласия на производство аборта. Если аборт совершён женой без согласия мужа, это может быть основанием для расторжения брака. Грех ложится и на душу врача, производящего аборт. Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести. Нельзя признать нормальным положение, когда юридическая ответственность врача за смерть матери несопоставимо более высока, чем ответственность за погубление плода, что провоцирует медиков, а через них и пациентов на совершение аборта. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, могущего подтолкнуть женщину к прерыванию беременности; при этом верующий медик должен тщательно сопоставлять медицинские показания и веления христианской совести.

Религиозно-нравственной оценки требует также проблема контрацепции. Некоторые из противозачаточных средств фактически обладают abortивным действием, искусственно прерывая на самых ранних стадиях жизнь эмбриона, а посему к их

употреблению применимы суждения, относящиеся к аборту. Другие же средства, которые не связаны с пресечением уже зачатой жизни, к аборту ни в какой степени приравнять нельзя. Определяя отношение к неабортивным средствам контрацепции, христианским супругам следует помнить, что продолжение человеческого рода является одной из основных целей богоустановленного брачного союза. Намеренный отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом. Вместе с тем супруги несут ответственность перед Богом за полноценное воспитание детей. Одним из путей реализации ответственного отношения к их рождению является воздержание от половых отношений на определенное время. Впрочем, необходимо помнить слова апостола Павла, обращенные к христианским супругам: «Не уклоняйтесь друг от друга, разве по согласию, на время, для упражнения в посте и молитве, а потом опять будьте вместе, чтобы не искушал вас сатана невоздержанием вашим» (1 Кор. 7. 5). Очевидно, что решения в этой области супруги должны принимать по обоюдному согласию, прибегая к совету духовника. Последнему же надлежит с пастырской осмотрительностью принимать во внимание конкретные условия жизни супружеской пары, их возраст, здоровье, степень духовной зрелости и многие другие обстоятельства, различая тех, кто может «вместить» высокие требования воздержания, от тех, кому это не «дано» (Мф. 19. 11), и заботясь прежде всего о сохранении и укреплении семьи. Священный Синод Русской Православной Церкви в определении от 28 декабря 1998 года указал священникам, несущим духовническое служение, на «недопустимость принуждения или склонения пасомых, вопреки их воле, к... отказу от супружеской жизни в браке», а также напомнил пастырям о необходимости «соблюдения особого целомудрия и особой пастырской осторожности при обсуждении с пасомыми вопросов, связанных с теми или иными аспектами их семейной жизни».

Применение новых биомедицинских методов во многих случаях позволяет преодолеть недуг бесплодия. В то же время расширяющееся технологическое вмешательство в процесс зарождения человеческой жизни представляет угрозу для духовной целостности и физического здоровья личности. Под угрозой оказываются и отношения между людьми, издревле лежащие в основании общества. С развитием упомянутых технологий связано также распространение идеологии так называемых репродуктивных прав, пропагандируемой ныне на национальном и международном уровнях. Данная система взглядов предполагает приоритет половой и социальной реализации личности над заботой о будущем ребенка, о духовном и физическом здоровье общества, о его нравственной устойчивости. В мире постепенно вырабатывается отношение к человеческой жизни как к продукту, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с материальными ценностями.

В молитвах чина венчания Православная Церковь выражает веру в то, что чадородие есть желанный плод законного супружества, но вместе с тем не единственная его цель. Наряду с «плодом чрева на пользу» супругам испрашиваются дары непреходящей взаимной любви, целомудрия, «единомыслия душ и телес». Поэтому пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными. Если муж или жена неспособны к зачатию ребёнка, а терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, им следует со смирением принять свое бесчадие как особое жизненное призвание. Пастырские рекомендации в подобных случаях должны учитывать возможность усыновления ребенка по обоюдному согласию супругов. К допустимым средствам медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно не нарушает целостности брачного союза, не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений. Манипуляции же, связанные с донорством половых клеток,

нарушают целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны. Кроме того, такая практика поощряет безответственное отцовство или материнство, заведомо освобождённое от всяких обязательств по отношению к тем, кто является «плотью от плоти» анонимных доноров. Использование донорского материала подрывает основы семейных взаимосвязей, поскольку предполагает наличие у ребёнка, помимо «социальных», еще и так называемых биологических родителей. «Суррогатное материнство», то есть вынашивание оплодотворённой яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребёнка «заказчикам», противоестественно и морально недопустимо даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности. «Суррогатное материнство» травмирует как вынашивающую женщину, материнские чувства которой попираются, так и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самосознания. Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются также все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, предполагающие заготовку, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов. Именно на признании человеческого достоинства даже за эмбрионом основана моральная оценка аборта, осуждаемого Церковью. Оплодотворение одиноких женщин с использованием донорских половых клеток или реализация «репродуктивных прав» одиноких мужчин, а также лиц с так называемой нестандартной сексуальной ориентацией, лишает будущего ребёнка права иметь мать и отца. Употребление репродуктивных методов вне контекста благословенной Богом семьи становится формой богоборчества, осуществляемого под прикрытием защиты автономии человека и превратно понимаемой свободы личности.

Значительную часть общего числа недугов человека составляют наследственные заболевания. Развитие медико-генетических методов диагностики и лечения может способствовать предотвращению таких болезней и облегчению страданий многих людей. Однако важно помнить, что генетические нарушения нередко становятся следствием забвения нравственных начал, итогом порочного образа жизни, в результате коего страдают и потомки. Греховная повреждённость человеческой природы побеждается духовным усилием; если же из поколения в поколение порок властвует в жизни потомства с нарастающей силой, сбываются слова Священного Писания: «Ужасен конец неправедного рода» (Прем. 3. 19). И наоборот: «Блажен муж, боящийся Господа и крепко любящий заповеди Его. Сильно будет на земле семя его; род правых благословится» (Пс. 111. 1-2). Таким образом, исследования в области генетики лишь подтверждают духовные закономерности, много веков назад открытые человечеству в слове Божиим.

Привлекая внимание людей к нравственным причинам недугов, Церковь вместе с тем приветствует усилия медиков, направленные на врачевание наследственных болезней. Однако целью генетического вмешательства не должно быть искусственное «усовершенствование» человеческого рода и вторжение в Божий план о человеке. Поэтому генная терапия может осуществляться только с согласия пациента или его законных представителей и исключительно по медицинским показаниям. Генная терапия половых клеток является крайне опасной, ибо связана с изменением генома (совокупности наследственных особенностей) в ряду поколений, что может повлечь непредсказуемые последствия в виде новых мутаций и дестабилизации равновесия между человеческим сообществом и окружающей средой.

Успехи в расшифровке генетического кода создают реальные предпосылки для широкого генетического тестирования с целью выявления информации о природной уникальности каждого человека, а также его предрасположенности к определённым заболеваниям. Создание «генетического паспорта» при разумном использовании полученных сведений помогло бы своевременно корректировать развитие возможных для

конкретного человека заболеваний. Однако имеется реальная опасность злоупотребления генетическими сведениями, при котором они могут послужить различным формам дискриминации. Кроме того, обладание информацией о наследственной предрасположенности к тяжким заболеваниям может стать непосильным душевным грузом. Поэтому генетическая идентификация и генетическое тестирование могут осуществляться лишь на основе уважения свободы личности.

Двойственный характер имеют также методы пренатальной (дородовой) диагностики, позволяющие определить наследственный недуг на ранних стадиях внутриутробного развития. Некоторые из этих методов могут представлять угрозу для жизни и целостности тестируемого эмбриона или плода. Выявление неизлечимого или трудноизлечимого генетического заболевания нередко становится побуждением к прерыванию зародившейся жизни; известны случаи, когда на родителей оказывалось соответствующее давление. Пренатальная диагностика может считаться нравственно оправданной, если она нацелена на лечение выявленных недугов на возможно ранних стадиях, а также на подготовку родителей к особому попечению о больном ребёнке. Правом на жизнь, любовь и заботу обладает каждый человек, независимо от наличия у него тех или иных заболеваний. Согласно Священному Писанию, Сам Бог является «заступником немощных» (Иуд. 9. 11). Апостол Павел учит «поддерживать слабых» (Деян. 20. 35; 1 Фес. 5. 14); уподобляя Церковь человеческому телу, он указывает, что «члены... которые кажутся слабейшими, гораздо нужнее», а менее совершенные нуждаются в «большем попечении» (1 Кор. 12. 22,24). Совершенно недопустимо применение методов пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребенка.

Осуществленное учёными клонирование (получение генетических копий) животных ставит вопрос о допустимости и возможных последствиях клонирования человека. Реализация этой идеи, встречающей протест со стороны множества людей во всем мире, способна стать разрушительной для общества. Клонирование в ещё большей степени, чем иные репродуктивные технологии, открывает возможность манипуляции с генетической составляющей личности и способствует её дальнейшему обесцениванию. Человек не вправе претендовать на роль творца себе подобных существ или подбирать для них генетические прототипы, определяя их личностные характеристики по своему усмотрению. Замысел клонирования является несомненным вызовом самой природе человека, заложенному в нем образу Божию, неотъемлемой частью которого являются свобода и уникальность личности. «Тиражирование» людей с заданными параметрами может представляться желательным лишь для приверженцев тоталитарных сект. Клонирование человека способно извратить естественные основы деторождения, кровного родства, материнства и отцовства. Ребёнок может стать сестрой своей матери, братом отца или дочерью деда. Крайне опасными являются и психологические последствия клонирования. Человек, появившийся на свет в результате такой процедуры, может ощущать себя не самостоятельной личностью, а всего лишь «копией» кого-то из живущих или ранее живших людей. Необходимо также учитывать, что «побочными результатами» экспериментов с клонированием человека неизбежно стали бы многочисленные несостоявшиеся жизни и, вероятнее всего, рождение большого количества нежизнеспособного потомства. Вместе с тем клонирование изолированных клеток и тканей организма не является посягательством на достоинство личности и в ряде случаев оказывается полезным в биологической и медицинской практике.

Современная трансплантология (теория и практика пересадки органов и тканей) позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были бы обречены на неизбежную смерть или тяжёлую инвалидность. Вместе с тем развитие данной области медицины, увеличивая потребность в необходимых органах, порождает определённые нравственные проблемы и может представлять опасность для общества.

Так, недобросовестная пропаганда донорства и коммерциализация трансплантационной деятельности создают предпосылки для торговли частями человеческого тела, угрожая жизни и здоровью людей. Церковь считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи. Пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на эксплантацию (изъятие органа) становится проявлением любви и сострадания. Однако потенциальный донор должен быть полностью информирован о возможных последствиях эксплантации органа для его здоровья. Морально недопустима эксплантация, прямо угрожающая жизни донора. Наиболее распространённой является практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого.

На основании Божественного Откровения Церковь исповедует веру в телесное воскресение умерших (Ис. 26. 19; Рим. 8. 11; 1 Кор. 15. 42-44, 52-54; Флп. 3. 21). В обряде христианского погребения Церковь выражает почитание, подобающее телу скончавшегося человека. Однако посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека. Поэтому добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости эксплантации. В случае, если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закреплённую в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека.

Донорские органы и ткани усваиваются воспринимающему их человеку (реципиенту), включаясь в сферу его личностного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах не может быть нравственно оправдана такая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и как представителя рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения.

Безусловно, недопустимым Церковь считает употребление методов так называемой фетальной терапии, в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях развития, для попыток лечения различных заболеваний и «омоложения» организма. Осуждая аборт как смертный грех, Церковь не может найти ему оправдания и в том случае, если от уничтожения зачатой человеческой жизни некто, возможно, будет получать пользу для здоровья. Неизбежно способствуя ещё более широкому распространению и коммерциализации абортов, такая практика (даже если её эффективность, в настоящее время гипотетическая, была бы научно доказана) являет пример вопиющей безнравственности и носит преступный характер.

Практика изъятия человеческих органов, пригодных для трансплантации, а также развитие реанимации порождают проблему правильной констатации момента смерти. Ранее критерием её наступления считалась необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако благодаря совершенствованию реанимационных технологий эти жизненно важные функции могут искусственно поддерживаться в течение длительного времени. Акт смерти превращается таким образом в процесс умирания, зависимый от решения врача, что налагает на современную медицину качественно новую ответственность.

В Священном Писании смерть представляется как разлучение души от тела (Пс. 145. 4; Лк. 12. 20). Таким образом, можно говорить о продолжении жизни до тех пор, пока осуществляется деятельность организма как целого. Продление жизни искусственными средствами, при котором фактически действуют лишь отдельные органы, не может рассматриваться как обязательная и во всех случаях желательная задача медицины. Оттягивание смертного часа порой только продлевает мучения больного, лишая человека права на достойную, «непостыдную и мирную» кончину, которую православные христиане испрашивают у Господа за богослужением. Когда активная терапия становится невозможной, её место должна занять паллиативная помощь (обезболивание, уход, социальная и психологическая поддержка), а также пастырское попечение. Всё это имеет целью обеспечить подлинно человеческое завершение жизни, согретое милосердием и любовью.

Православное понимание непостыдной кончины включает подготовку к смертному исходу, который рассматривается как духовно значимый этап жизни человека. Больной, окружённый христианской заботой, в последние дни земного бытия способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед вечностью. А для родственников умирающего и медицинских работников терпеливый уход за больным становится возможностью служения Самому Господу, по слову Спасителя: «Так как вы сделали это одному из братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф. 25. 40). Соккрытие от пациента информации о тяжёлом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приуготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами.

Предсмертные физические страдания не всегда эффективно устраняются применением обезболивающих средств. Зная это, Церковь в таких случаях обращает к Богу молитву: «Разреши раба Твоего нестерпимыя сея болезни и содержащая его горькия немощи и упокой его, идеже праведных Дуси» (Требник. Молитва о долгострадающем). Один Господь является Владыкой жизни и смерти (1 Цар. 2. 6). «В Его руке душа всего живущего и дух всякой человеческой плоти» (Иов. 12. 10). Поэтому Церковь, оставаясь верной соблюдению заповеди Божией «не убивай» (Исх. 20. 13), не может признать нравственно приемлемыми распространённые ныне в светском обществе попытки легализации так называемой эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных (в том числе по их желанию). Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать своё положение. Признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни. «Право на смерть» легко может обернуться угрозой для жизни пациентов, на лечение которых недостает денежных средств. Таким образом, эвтаназия является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае к эвтаназии применимы соответствующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как и оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. Умышленный самоубийца, который «соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия», не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения (Тимофея Алекс. прав. 14). Если самоубийца бессознательно лишил себя жизни «вне ума», то есть в припадке душевной болезни, церковная молитва о нём допускается по исследовании дела правящим архиереем. Вместе с тем необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действительному состраданию и проявлению милосердия. Вместе с апостолом Павлом Церковь призывает: «Носите бремена друг друга, и таким образом исполните закон

Христов» (Гал. 6. 2). Священное Писание и учение Церкви недвусмысленно осуждают гомосексуальные половые связи, усматривая в них порочное искажение богозданной природы человека. «Если кто ляжет с мужчиною, как с женщиною, то оба они сделали мерзость» (Лев. 20. 13). Библия повествует о тяжком наказании, которому Бог подверг жителей Содома (Быт. 19. 1-29), по толкованию святых отцов, именно за грех мужеложства. Апостол Павел, характеризуя нравственное состояние языческого мира, называет гомосексуальные отношения в числе наиболее «постыдных страстей» и «непотребств», оскверняющих человеческое тело: «Женщины их заменили естественное употребление противоестественным; подобно и мужчины, оставив естественное употребление женского пола, разжигались похотью друг на друга, мужчины на мужчинах делая срам и получая в самих себе должное возмездие за свое заблуждение» (Рим. 1. 26-27). «Не обманывайтесь... ни малакии, ни мужеложники... Царства Божия не наследуют», - писал апостол жителям развращённого Коринфа (1 Кор. 6. 9-10). Святоотеческое предание столь же ясно и определённо осуждает любые проявления гомосексуализма. «Учение двенадцати апостолов», творения святителей Василия Великого, Иоанна Златоуста, Григория Нисского, блаженного Августина, каноны святого Иоанна Постника выражают неизменное учение Церкви: гомосексуальные связи греховны и подлежат осуждению. Вовлечённые в них люди не имеют права состоять в церковном клире (Василия Вел. пр. 7, Григория Нис. пр. 4, Иоанна Постн. пр. 30). Обращаясь к запятнавшим себя грехом содомии, преподобный Максим Грек взывал: «Познайте себя, окаянные, какому скверному наслаждению вы предались!.. Постарайтесь скорее отстать от этого сквернейшего вашего и смраднейшего наслаждения, возненавидеть его, а кто утверждает, что оно невинно, того предайте вечной анафеме, как противника Евангелия Христа Спасителя и развращающего учение оною. Очистите себя искренним покаянием, тёплыми слезами и посильною милостынею и чистою молитвою... Возненавидьте от всей души вашей это нечестие, чтобы не быть вам сынами проклятия и вечной пагубы».

Дискуссии о положении так называемых сексуальных меньшинств в современном обществе клонятся к признанию гомосексуализма не половым извращением, но лишь одной из «сексуальных ориентаций», имеющих равное право на публичное проявление и уважение. Утверждается также, что гомосексуальное влечение обусловлено индивидуальной природной предрасположенностью. Православная Церковь исходит из неизменного убеждения, что богоустановленный брачный союз мужчины и женщины не может быть сопоставлен с извращёнными проявлениями сексуальности. Она считает гомосексуализм греховным повреждением человеческой природы, которое преодолевается в духовном усилии, ведущем к исцелению и личностному возрастанию человека. Гомосексуальные устремления, как и другие страсти, терзающие падшего человека, врачуются Таинствами, молитвой, постом, покаянием, чтением Священного Писания и святоотеческих творений, а также христианским общением с верующими людьми, готовыми оказать духовную поддержку.

Относясь с пастырской ответственностью к людям, имеющим гомосексуальные наклонности, Церковь в то же время решительно противостоит попыткам представить греховную тенденцию как «норму», а тем более как предмет гордости и пример для подражания. Именно поэтому Церковь осуждает всякую пропаганду гомосексуализма. Не отказывая никому в основных правах на жизнь, уважение личного достоинства и участие в общественных делах, Церковь, однако, полагает, что лица, пропагандирующие гомосексуальный образ жизни, не должны допускаться к преподавательской, воспитательной и иной работе среди детей и молодёжи, а также занимать начальственное положение в армии и исправительных учреждениях.

Порой извращения человеческой сексуальности проявляются в форме болезненного чувства принадлежности к противоположному полу, результатом чего становится попытка изменения пола (транссексуализм). Стремление отказаться от

принадлежности к тому полу, который дарован человеку Создателем, может иметь лишь пагубные последствия для дальнейшего развития личности. «Смена пола» посредством гормонального воздействия и проведения хирургической операции во многих случаях приводит не к разрешению психологических проблем, а к их усугублению, порождая глубокий внутренний кризис. Церковь не может одобрить такого рода «бунт против Творца» и признать действительной искусственно изменённую половую принадлежность. Если «смена пола» произошла с человеком до Крещения, он может быть допущен к этому Таинству, как и любой грешник, но Церковь крестит его как принадлежащего к тому полу, в котором он рождён. Рукоположение такого человека в священник и вступление его в церковный брак недопустимо. От транссексуализма надлежит отличать неправильную идентификацию половой принадлежности в раннем детстве в результате врачебной ошибки, связанной с патологией развития половых признаков. Хирургическая коррекция в данном случае не носит характер изменения пола».

1.3. ЗАРОЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В своей брошюре, изданной в 1794 г., английский врач Томас Перси-валь (Thomas Persival) (1740-1804) из Манчестера первым сформулировал этический кодекс для врачей и хирургов. В 1803 г., во втором расширенном издании своего труда, названном «Медицинская этика», он ввёл в научный оборот термины «профессиональная этика» и «медицинская этика». Предложенный Т. Персивалем кодекс медицинской этики был положительно оценен в Америке. Бостонское медицинское общество приняло аналогичный документ в 1808 г. К 1847 г. Американская медицинская ассоциация одобряет «Этический кодекс», созданный по образцу и подобию предложенного Персивалем, - первый этический кодекс национального профессионального медицинского сообщества.

К началу XX в. в США кодификация перечня этических принципов и правил стала способом формализации деятельности любого профессионального сообщества. Таким образом, подход врачей к форме оценки принципов медицинской этики в виде кодекса определил развитие профессиональной этики в целом.

Создание медицинской этики, которую Т. Персиваль первоначально назвал «медицинской юриспруденцией», явило собой попытку систематизировать отдельные моральные суждения профессиональных медиков. Известно, что слово «профессия» в переводе с латыни означает «связанный присягой». Во времена Древнего Рима «профессия» человека была занятием, объявляемым гражданином сборщику налогов под присягой. Примерно в 100 г. н.э. греческий врач Скрибониус Лар-гус изменил определение понятия «медицинская профессия» с учётом положений клятвы Гиппократов. Таким образом, в медицине термин «профессия» стал обозначать занятие с особыми обязательствами участников перед теми, кому они служат. Следует особо отметить, что причастность людей к медицинской профессии уже с тех давних пор требовала особой грамотности, предусматривала определённую форму образования, отождествлялась с идеей принятия (через клятву) моральных обязательств, которые стояли выше обязательств обычного человека другой профессии.

С эпохи Возрождения и затем Просвещения идеалы чести были главенствующими в «клятвах Гиппократов», приносимых практикующими медиками не только в Европе, но и в Новом Свете. Ещё в 1807 г. Медицинское общество штата Нью-Йорк требовало, чтобы практикующие врачи подписывали следующую присягу при приёме в общество (членство в нём давало право иметь медицинскую практику в штате): *«Торжественно заявляю, что буду вести себя честно, добродетельно и строго в своей практике врачевания и хирургии, привилегиями ведения какой профессии настоящим облакаюсь; и буду с верностью и честью делать всё в моих силах для блага больного, вверенного моему попечению».*

При рассмотрении текстов подобных профессиональных присяг обращает на себя внимание их крайне субъективный язык. При даче присяги использовалось первое лицо единственного числа. Присяги начинались с представительного «клянусь» и опирались на общие идеалы, изложенные вдохновенным языком, допускающие личное толкование основных положений. Клятва Гиппократова обязывала произносящего действовать в наилучших интересах больного «согласно моему умению и суждению». Нью-йоркская же клятва, к примеру, требовала вести практику «честно, добродетельно и строго» и действовать «с верностью и честью».

Как показывает эта присяга, в эпоху, когда очень ценилось понятие чести, этика ориентировалась на личность практикующего (в особенности его честность, строгость и добродетель). Поскольку личность была главной гарантией верности кодексу профессионального поведения, даже намёк на недостаток чести у профессионала был серьёзной проблемой. Ведь пятна на репутации врача обычно оказывались несмыслимыми. Поэтому врачи того времени всеми силами стремились охранять свои «доброе имя и репутацию». Они подавали в суд, вели «памфлетные войны» (обмен враждебными памфлетами) и даже дрались на дуэлях. Необходимость ревностно защищать личную честь, возможно, способствовала поддержанию профессиональных стандартов среди медиков того времени, но при этом препятствовала масштабному сотрудничеству, столь характерному для современных медицинских университетов, клиник и т.д. Для того чтобы медицинский профессионализм принял более современную форму, требовалась некая альтернативная концепция, развивающая идеи морального врачевания.

Судя по всему, Т. Персиваль первым проанализировал эту ситуацию и предложил создать кодекс профессиональной медицинской этики. Будучи практикующим врачом, руководителем Манчестерского философского общества, борцом против рабства, автором известного нравоучительного труда «Отцовские наказания детям» (издан в 1755 г.), Т. Персиваль, проанализировав результаты работы собственной больницы - Манчестерского лазарета, - пришёл к выводу о необходимости внедрения более развитой морали врачевания.

В 1792 г. длительный межличностный конфликт, подогреваемый памфлетной войной, вылился в Манчестерском лазарете в прекращение работы врачей, которое совпало с разразившейся эпидемией. Больничные попечители возмутились тем, что отчаявшихся больных выгоняют из больницы из-за разногласий среди коллег-врачей. Они предложили Т. Персивалю возглавить комитет по составлению новых правил работы во избежание повторения подобного хаоса в будущем. Комитет составил проект необходимых постановлений, которые были немедленно приняты. Затем, два года спустя, по неведомым и поныне причинам (большинство личных бумаг Т. Персиваля было уничтожено при бомбёжке Манчестера во время Второй мировой войны) учёный опубликовал брошюру «Медицинская юриспруденция, или Кодекс этики и заведений, принятый для профессий врачевания и хирургии». Девять лет спустя он выпустил новую редакцию брошюры в виде книги под названием «Медицинская этика». Отметим, что этический кодекс Т. Персиваля не был похож ни на одно прежнее издание «клятвы Гиппократова». Из текста исключались первое лицо единственного числа, которое заменялось вторым и третьим лицом множественного числа. Стандарты поведения излагались в виде нумерованного перечня обязанностей, которые были весьма детальными, обосновывались уставной коллективной ответственностью представителей медицинской профессии при уходе за больными.

Т. Персиваль уделил особое внимание моральному авторитету и независимости врачей, в особенности укреплению авторитета врачей в глазах их номинальных работодателей - больничных попечителей. Он по личному опыту знал, что попечители

больниц XVIII-XIX вв. не всегда были надёжными стражами ответственности за здоровье пациентов. Они, по его мнению, порой испытывали соблазн извлечения большей коммерческой выгоды из лечебного процесса. В частности это касалось приобретения некачественных, но более дешёвых медицинских препаратов (об этом мы отдельно поговорим при обсуждении биоэтических аспектов фармакоэкономики).

Отмечая характерную непродуктивность такой экономии средств на содержании больниц, Т. Персиваль утверждал: «в любом случае врачи имеют профессиональное обязательство не позволять ограничивать себя скверными соображениями при выписывании препаратов, ибо никакая злонамеренная экономия не может допускаться в заведениях, учреждённых на принципах чистейшего благодеяния». Таким образом, его этический кодекс словно давал профессиональным медикам моральный мандат на оценку поведения не только коллег по профессии, но и номинальных начальников и работодателей, больничных администраторов, менеджеров и попечителей.

Т. Персиваль составил первый кодекс профессиональной этики в условиях явного кризиса, вызванного несоответствием между персонализированной этикой, личной честью врача и требованиями стандартизации, присущими любому лечебному заведению и системе здравоохранения в целом. Он впервые не только обозначил этические требования к врачу и ко всем, кто имеет непосредственное отношение к обеспечению лечебного процесса, но и показал функции медицинской этики, предусматривающие условия морального оправдания действий врача в различных, порой неординарных ситуациях в интересах здоровья больного. Учёный продемонстрировал в своей исторической по важности монографии, что одной из целей медицинской этики является формирование профессионального поведения, основывающегося на моральных ценностях. По его логике, различные этические дискуссии могут способствовать занятию врачом определённой позиции при выработке необходимого медицинского решения. Он подчёркивал, что этика медицинского учреждения является своего рода гарантией качества медицинских услуг.

Детально анализируя труд Т. Персиваля, можно убедиться, что профессиональная медицинская этика может определять механизмы управления профессиональным поведением врачей и подразумевает возможное их влияние на организацию и содержание своего труда.

Эта монография, по нашему мнению, впервые определёнno и чётко ставила вопрос - зачем медицине нужны этические правила? Ответы, данные Т. Персивалем на данный вопрос, актуальны и сегодня:

- с целью регулирования поведения всех, кто имеет отношение к лечебному процессу;
- для побуждения к дискуссиям в профессиональных медицинских кругах с целью улучшения качества медицинской помощи;
- для решения задачи повышения статуса медицинской профессии;
- в целях выработки общих ценностей как основы для медицинской профессии.

Необходимо подчеркнуть, что интеллектуальная свобода и этика медицинской профессии сегодня взаимно дополняют друг друга. Знание медицинских этических норм, их понимание ведёт к чему-то большему, чем простое принятие положений и решений в соответствии с этическими стандартами.

В заключение отметим, что медицинская этика по Т. Персивалю - это, по сути, практикуемые ценности, которые являются моральными устоями врача. Иными словами, медицинская этика в целом определяется учёным как практика проведения в жизнь ценностей, имеющих отношение к труду врача и обеспечению здоровья человека. В отличие от указанных нами ранее принципов морального врачевания, которые были

одинаковы во всех развитых странах, эти ценности могут несколько различаться в различных культурах.

Медицинские этические дилеммы неминуемо возникают в медицинском сообществе, когда имеет место конфликт ценностей. По этой причине медицинское сообщество культивирует обязательное выполнение профессионального долга, ответственность, совесть, справедливость. Однако, по нашему мнению, профессиональная медицинская деятельность сегодня как никогда нуждается не только в наборе определённых правил или законов, даже составленных наилучшим образом, сколько в более ёмком понимании стратегии сохранения жизни.

1.4. ЗНАЧЕНИЕ НЮРНБЕРГСКОГО КОДЕКСА В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И БИОЭТИКИ

Прежде чем мы расскажем о Нюрнбергском кодексе, имеющем колоссальное значение для истории медицины и биоэтики, кратко остановимся на Нюрнбергских расовых законах (нем. *Nürnberger Rassengesetze*): «Законе о гражданине Рейха» (нем. *Reichsbürgergesetz*) и «Законе об охране германской крови и германской чести» (нем. *Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre*). Они были провозглашены по инициативе Адольфа Гитлера 15 сентября 1935 г. на съезде Национал-социалистической партии в Нюрнберге. Делалось всё это в соответствии с тайной программой, принятой в 1920 г. при единогласном одобрении сессией рейхстага, специально созванной в Нюрнберге по случаю внеочередного съезда партии.

Особое внимание в этих документах уделялось евреям. Например, «Законом об охране германской крови и германской чести» запрещались брак и сожительство между евреями и «гражданами германской или родственной ей крови», наём евреями домашней прислуги из числа женщин «германской или родственной ей крови» моложе 45 лет. Запрещалось и вывешивание евреями национального или имперского флага и использование тканей сходной расцветки (всё это считалось «осквернением расы»). Нарушение закона преследовалось в уголовном порядке.

Нюрнбергские «законы» имели целью последовательную изоляцию евреев по расовому признаку. Поначалу значительная часть германского общества и сами евреи восприняли эти законы как юридическое обоснование дальнейшего проживания евреев в Германии. Однако последовавшая серия постановлений (последнее - от 1 июля 1943 г.) закрыла евреям доступ почти ко всем должностям и профессиям, ограничила свободу их передвижения и ввела в их удостоверении личности обязательную отметку «еврей» (нем. *Jude*). Тем самым евреи оказались вне закона. В дальнейшем эти документы стали поводом для многочисленных преступных экспериментов нацистских врачей. В связи с этим напомним, что в 2012 г. исполнится 65 лет Нюрнбергскому кодексу. Он был принят Нюрнбергским трибуналом после окончания процесса над нацистскими врачами в августе 1947 г. На этом не имеющем аналогов процессе были раскрыты чудовищные факты медицинских экспериментов над миллионами людей - как еврейской национальности, так и русскими, поляками, французами, венграми, югославами и т.д. Находившиеся в концентрационных лагерях дети, женщины и военнопленные стали для нацистских медиков настоящими подопытными животными.

Для недопущения подобного издевательства над людьми и надругательства над нормами морали в Нюрнбергском кодексе впервые в истории были сформулированы принципы проведения медицинских опытов на людях, необходимые для защиты жизни и здоровья граждан. Он стал уникальным международным документом. В нём были введены этические нормы для всех учёных, занимающихся медицинскими экспериментами. Эти принципы стали основой для многих международных и

национальных законодательных актов о проведении медицинских исследований на человеке.

Ниже мы приводим некоторые основные положения этого Кодекса.

1. Абсолютно необходимым условием проведения эксперимента на человеке является добровольное согласие последнего.

Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие; иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияние каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения о возможности своего участия в том или ином эксперименте испытуемый был информирован о характере, продолжительности и цели данного эксперимента; о методах и способах его проведения; обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья испытуемого, могущих возникнуть в результате его участия в эксперименте.

Обязанность и ответственность за выяснение качества полученного согласия лежит на каждом, кто инициирует, руководит или занимается проведением данного эксперимента. Это персональная обязанность и ответственность каждого такого лица, которая не может быть безнаказанно переложена на другое лицо.

2. Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты, недостижимые другими методами или способами исследования; он не должен носить случайный, необязательный по своей сути характер.

3. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных, знании истории развития данного заболевания или других изучаемых проблем. Его проведение должно быть так организовано, чтобы ожидаемые результаты оправдывали сам факт его проведения.

4. При проведении эксперимента необходимо избегать всех излишних физических и психических страданий и повреждений.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в случае, если а priori есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения испытуемого; исключением, возможно, могут являться случаи, когда врачи-исследователи выступают в качестве испытуемых при проведении своих экспериментов.

6. Степень риска, связанного с проведением эксперимента, никогда не должна превышать гуманитарной важности проблемы, на решение которой направлен данный эксперимент.

7. Эксперименту должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено оборудованием, необходимым для защиты испытуемого от малейшей возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента от тех, кто проводит его или занят в нём, требуется максимум внимания и профессионализма.

9. В ходе проведения эксперимента испытуемый должен иметь возможность остановить его, если, по его мнению, его физическое или психическое состояние делает невозможным продолжение эксперимента.

10. В ходе эксперимента исследователь, отвечающий за его проведение, должен быть готов прекратить его на любой стадии, если профессиональные соображения,

добросовестность и осторожность в суждениях, требуемые от него, дают основания полагать, что продолжение эксперимента может привести к ранению, инвалидности или смерти испытуемого.

Также необходимо отметить, что вопрос проведения медицинских экспериментов и регламентации этой деятельности имеет свои исторические корни. В первой половине XIX в. знаменитый французский физиолог К. Бернар (С. Bernard) предпринял первую попытку определить моральные аспекты медицинских экспериментов на людях. Учёный считал своей обязанностью и правом проводить подобные эксперименты ради возможности спасти жизнь безнадежным пациентам или, по меньшей мере, облегчить их состояние и уход из жизни. Однако он отдавал себе отчет в том, что любой эксперимент - это путешествие в неизведанное, всегда сопряжённое с риском для жизни как пациента, так (порой) и экспериментатора.

История также сохранила факт вмешательства королевы Англии в преподавание курса экспериментальной физиологии с использованием животных (1875 г.). Следствием этого стало установление практики государственного лицензирования лабораторий Великобритании, осуществляющих медицинские эксперименты на животных. В дальнейшем этот опыт переняли и другие развитые страны.

Глава 2. ТЕНДЕНЦИИ СОВРЕМЕННОЙ ЭВОЛЮЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ

Клиническое мышление врача во все времена представляло собой «инструмент» для решения комплекса проблем повышенной сложности: как разрешения возникающих проблемных диагностических задач, так и поиска эффективных врачебных действий. Начиная с XIX в. медицинская наука идёт по пути очищения научного знания и клинической практики от многообразных мифов и заблуждений, подкрепляет свои положения достоверной профильной информацией и развитием основных положений биомедицинской этики. Соблюдение общепринятых правил и норм биоэтики в сфере общего медицинского мышления оказывается важным и обязательным условием дальнейшего развития современной медицины.

Под современным клиническим мышлением мы понимаем способ мышления врача (с учётом биоэтической концепции), который подразумевает применение теоретических конструкций для объяснения клинически выраженных проявлений состояния пациента, распознавания болезни и выбора оптимального плана лечения, выполняемого в первую очередь с помощью высокотехнологичных медицинских средств.

При этом необходимо подчеркнуть, что под высокотехнологичной медицинской помощью мы понимаем её соответствие стандартам и выполнение комплекса лечебных и диагностических медицинских услуг в условиях стационара (специализированного центра) с использованием сложных (порой уникальных) медицинских технологий, обладающих значительной ресурсоёмкостью (интеллектуальные, финансовые, материально-технические ресурсы и т.д.).

Связь постоянно развивающейся медицинской теории и практики является основой современного клинического мышления врача. В наши дни оно предполагает научный рост каждого медицинского специалиста. Мы не будем в данной главе подробно останавливаться на истории поэтапного развития клинического мышления, поскольку этот вопрос достаточно полно уже проанализирован в медицинской литературе. Остановимся лишь на нынешнем историческом периоде эволюции клинического мышления - периоде высокотехнологичной медицины.

Тенденции настоящего периода мы проиллюстрируем на примере мирового развития наномедицины. Последняя включает перспективные направления научных исследований, имеющих отношение к фундаментальному развитию всей медицинской науки. Эти исследования касаются в первую очередь нанобиотехнологий и живых систем, к которым, в частности, относятся:

- лекарства - рекомбинантные конструкции для лечения внутриклеточных инфекций: противораковые и противоинфекционные генно-терапевтические средства, лишённые токсических эффектов, характерных для обычных противовирусных и цитостатических препаратов;
- лекарства на основе фуллеренов для лечения вирусных инфекций;
- синтетические вакцины и компактизированные антитела («на-ноантитела») [вакцинация против ВИЧ, лечение дистрофии сетчатки], эффективность которых выше на 19-25% по сравнению с обычными, а безопасность - в 3-5 раз;
- лекарства - иммунолипосомальные препараты (противораковые средства): лекарственный препарат «Фосфоглив» и прототипы противоопухолевых средств на основе фосфолипидных ультрадисперсий типа «Фосфоглив» со сниженным в 5-10 раз эффектом общей интоксикации при курсах химиотерапии;

- наноматериалы для доставки генетических конструкций в клетки и повышения эффективности клеточной и генно-модифицированной терапии ишемических заболеваний; транспортные системы на основе фосфолипидных мицелл; мультимодульные нанотранспортеры;
- биочипы для анализа инфекционных возбудителей и диагностики социально значимых заболеваний;
- нанодиагностическая система с нанобиочипами для диагностики инфекционных заболеваний гепатитами В и С на уровне единичных вирусных частиц;
- генетические конструкции в стволовых (прогенитарных) клетках для восстановительной терапии и регенерации тканей человека;
- биосенсорные устройства (нанобиочипы) с прямой детекцией на уровне единичных вирусных частиц для медицинской диагностики (гепатиты В и С, герпес), сокращающие время проведения анализа в 6-10 раз;
- микро- и наноструктурированные материалы для имплантационной хирургии, биосовместимые металлические и металлокерамические имплантаты.

Особо подчеркнём, что современная медицина, главным объектом исследования которой является человек, не должна сосредотачиваться только на биологических закономерностях функционирования органов и систем человеческого организма. Она также обязана учитывать биоэтические аспекты взаимодействия врача с пациентом на всех этапах высокотехнологичного лечебного процесса.

Теоретические и практические методы современной медицины выходят сегодня за пределы только естественных наук и распространяются в область гуманитарного и социального знания. Такой комплексный взгляд на человека (особенно с учётом нового направления в медицине - «Плод как пациент») оказывает важное влияние на совершенствование процесса клинического мышления врача с учётом принципов биоэтики.

По нашему мнению, современное клиническое мышление врача играет важную роль в процессе принятия клинических решений (постановка диагноза, выбор и назначение программы лечения с помощью высокотехнологичных медицинских средств), на которые, в свою очередь, оказывают влияние следующие подгруппы факторов.

Факторы, определяющиеся научным подходом (с медицинских позиций):

- выводы из современного глобального теоретического знания о механизмах развития заболевания;
- выводы из международного практического опыта ведения пациентов с различными патологиями.

Факторы, определяющиеся биоэтическим подходом:

- выводы из понимания норм этики взаимодействия с пациентом на различных этапах диагностики и лечения;
- выводы из возможных путей социальной адаптации высоких медицинских технологий.

Развивая идеи Х.Р. Вульфа (H.R. Wulff), отметим, что современная медицина в отдельных случаях опирается на не изученные до конца наукой методы лечения (это видно на примере рассуждений некоторых специалистов об эффективности лечения медикаментами различных врождённых дефектов, которые ещё не прошли до конца проверку в клинической практике или же на примерах экспериментального хирургического лечения врождённых дефектов сердца плода на 19-25-й неделях беременности женщины в Детском центре в Филадельфии, Медицинском центре

Калифорнийского университета и Медицинском центре Вандер-билтского университета - шт. Теннесси и т.д.).

Речь идёт в данном случае о том, что ускорение научно-технического прогресса в последние десятилетия приводит к постоянному появлению технологических новаций, выглядящих весьма многообещающе для практической медицины. В связи с этим в клиническую практику порой внедряются технологии, до конца, всесторонне не изученные. Поэтому врачам для развития современного клинического мышления необходимо непрерывно повышать свой образовательный уровень, развивать навыки специфической оценки новых теорий, построенных на не подтверждённых до конца практикой результатах. В то же время современное клиническое мышление должно обязательно базироваться на принципах биоэтики (с учётом в том числе повышения интеллектуального уровня пациентов и их родственников, что требует особых подходов для получения информированного согласия на выполнение высокотехнологичных лечебных процедур).

Современное клиническое мышление всё в большей мере требует повышения уровня эмпатии врача (в частности, «примерки на себя»). История медицины знает немало подобных примеров. Приведём только один из них. Для объяснения причин токсикоза у беременных женщин английским исследователям пришлось буквально «примерить на себя» состояние своих пациенток. Таким образом они пришли к гипотезе о том, что токсикоз, который обычно наблюдается у некоторых женщин в первом триместре беременности, может вызываться естественной и самопроизвольной защитной реакцией организма плода на ненужные вещества, спонтанно попадающие в систему плацентарного кровообращения при приёме определенной пищи матерью.

Биоэтическая составляющая современного клинического мышления тесно связана с разного рода этическими представлениями - нормами, моральными обязательствами в тех или иных обстоятельствах врачебной практики. Первостепенную важность эта составляющая приобретает, к примеру, при применении технологий экстракорпорального оплодотворения, предполагающих невиданную до сих пор возможность вмешательства в телесность человека, лечения плода и т.д.

Для оценки состояния биоэтического фундамента современного клинического мышления врача приведём некоторые выдержки из независимого опроса, проведенного в Москве в 2006 г. В нём приняли участие 534 врача - 211 мужчин и 312 женщин, в возрасте от 25 до 35 лет - 66%, 36-45 лет - 20%, свыше 45 лет - 9%. Участников попросили определить личное отношение к Клятве врача России. Ответы распределились следующим образом:

- 1) предрассудок прошлого - 14%;
- 2) необходимый нравственный ориентир для практической медицины - 52%;
- 3) критерий для профессионального самосовершенствования - 11%;
- 4) источник профессиональной врачебной совести - 22%.

Отметим, что только 11% врачей сознательно готовы сегодня повышать свой профессиональный статус для осуществления эффективных врачебных действий, хотя в целом до 85% врачей выразили (правда, по-разному) позитивное отношение к Клятве врача России.

Вместе с тем и на Западе дело с повышением профессиональных и этических знаний обстоит не лучшим образом. В последние годы во многих развитых странах мира наблюдается увеличение числа врачей, привлечённых к юридической, в том числе уголовной ответственности (в Англии, к примеру, 27% жалоб касаются, по мнению пациентов и страховых компаний, некорректного ведения больных; в США от

неквалифицированной медицинской помощи ежегодно страдают 140 000 человек; а во Франции за последние 35 лет число таких жалоб выросло в 3 раза).

К сегодняшнему дню клиническое мышление врача (с учётом накопленного интеллектуального базиса биоэтики) прошло долгий и сложный исторический путь развития. Его научная составляющая постоянно усиливалась, и в конечном итоге оно приобрело сложный комплексный характер: оно соединяет в себе элементы естественнонаучного и гуманитарного знания на междисциплинарной основе.

Какаясь совершенствования теории клинического мышления, отметим важность предложенной в своё время Людвигом фон Берталанфи (Ludwig von Bertalanffy) концепции «открытых систем», являющейся, по существу, универсальной теорией организации и функционирования биологических и математических комплексов. Однако концепция Л. Берталанфи выходит далеко за пределы объяснения работы биосистем. В методологическом плане она описывает социальные системы разной степени сложности.

Суть теории «открытых систем» и состояний подвижного равновесия, по существу, заключается в расширении знаний за счёт физической химии, кинетики и термодинамики. Предложена она была весьма давно. Автор выдвинул её впервые в 1937 г. на семинаре по философии, проходившем под руководством Чарльза Морриса (Charles Morris) в Чикагском университете. Однако она так и осталась невостребованной.

Людвиг фон Берталанфи утверждал следующее: «Все живые организмы являются открытыми, а жизненный процесс в организмах предполагает наличие входящего из окружающей среды потока материи, тип и объём которого определяются в соответствии с системными характеристиками организма». Так же осуществляется, по его мнению, и выход материи из системы в окружающую среду в результате функционирования системы. Именно так, по мнению учёного, живые организмы обеспечивают себе дополнительную энергию и помогают сохранить устойчивость системы по отношению к среде.

Становится ясно, что одной из важнейших задач совершенствования современного клинического мышления врача является понимание наиболее общих и частных закономерностей, влияющих на управление процессами формирования и изменения функций лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Методология этого вопроса требует внимательного наблюдения и обобщения результатов трансформаций (при изменениях функционального и структурного характера), происходящих в ЛПУ на различных иерархических уровнях. Современное ЛПУ, по нашему мнению, - это комплекс отдельных взаимосвязанных элементов системы здравоохранения со своим материально-техническим, финансовым и кадровым составом, в котором учтены в том числе биоэтические особенности врачебной деятельности.

В целях возможного совершенствования современного клинического мышления и улучшения работы ЛПУ на его основе (с учётом норм и правил биоэтики) представляется целесообразным определить следующие параметры:

- 1) принципы построения медико-организационных лечебно-диагностических технологий, структур и их элементов;
- 2) достаточность специализированных подразделений, полноту форм и методов их деятельности (с учётом оснований биоэтики);
- 3) критические факторы и условия возникновения организационно-управленческих и медицинских технологий;
- 4) медико-организационные особенности, которые могут быть использованы на благо развития системной первичной профилактики болезней;

- 5) принципы управления процессами формирования новых подходов в системе эффективных врачебных действий;
- 6) основные признаки возможной замены существующих медико-организационных структур, технологий и их элементов;
- 7) основные признаки возможного внедрения инновационных медико-организационных технологий с учетом биоэтического фактора;
- 8) перечень медико-организационных технологий, которые, возможно, будут применяться в отдалённой перспективе (2015-2020 гг.).

Важнейшим критерием совершенствования системы современного клинического мышления в области профилактики социально значимых заболеваний является диверсификация (приближение к высокотехнологичному уровню) и повышение качества профилактических мер (с учётом правил и норм биоэтики) для этих видов заболеваний. Для оценки эффективности системной профилактики социально значимых заболеваний врачу необходимо учитывать частоту медицинских контактов и показатели количества и качества медицинских услуг с привлечением высокотехнологичных средств и подготовленного медицинского персонала. Врач должен представлять себе, что возможное совершенствование этой системной деятельности носит адаптационный характер по отношению к факторам, условиям и ситуациям, характеризующим распространённость тех или иных социально значимых заболеваний среди определенных групп населения (прежде всего групп риска).

Можно предположить, что процесс совершенствования системы первичной профилактики можно начинать с оценки функциональных изменений, которые могут привести к структурным изменениям на разных иерархических уровнях системы здравоохранения.

По мнению Х. Озбекхана (H. Ozbekhan), для наблюдения за реальными изменениями, происходящими, например, в системе охраны материнства и детства, и изучения возможных вариантов построения подобных систем в будущем целесообразно использовать идею «авангардных» институтов, помогающих выявить перспективные элементы, обеспечивающих дополнительную охрану здоровья матери и ребенка.

Подчеркнём, что развитие организационных структур и технологий профилактики рождения детей с пороками развития осуществляется в США с учётом перехода от более громоздких, технологически сложных мероприятий, требующих огромных затрат, времени и ресурсов, к более гибким, экономичным, социально и биоэтически адаптированным условиям и ситуациям. Колоссальное внимание при этом уделяется координации деятельности акушеров-гинекологов с медицинскими генетиками, биохимиками, специалистами по ультразвуковой диагностике, УЗИ-доплерографии, семейными врачами, врачами-неонатологами, специалистами по биоэтике. Это оказывает непосредственное влияние на клиническое мышление, в частности акушеров-гинекологов. Подобные примеры взаимодействия отмечаются и в работе кардиохирургов - лидеров по применению высокотехнологичных медицинских средств, а также представителей других медицинских профессий.

Врач также должен осознавать, что значительное влияние на общую систему медицинских мероприятий в этой сфере оказывают социально-экономические факторы, включая демографические процессы, урбанизацию населения, миграцию, изменения гендерной структуры населения, «экономику знаний», трансформацию генофонда нации, реализацию приоритетных национальных проектов «Здоровье», «Образование», «Жилище», динамично меняющиеся глобальные климатические характеристики. Кроме того, на современное клиническое мышление врача оказывает прямое воздействие ускоренное внедрение достижений фундаментальной и прикладной медицинской науки, в

результате чего происходит модернизация и формирование новых комплексов организационных и специальных медицинских мероприятий, методов, форм (использование новых экспресс-методов, компьютеризация, наращивание медицинских услуг, применение европейских медико-экономических и биоэтических стандартов, помогающих более точно оценить качество принимаемых медицинских решений).

Врач обязан ясно представлять себе, что в обществе, по сути, не только изменяется система подготовки и переподготовки медиков, но и формируются позитивные процессы по линии:

а) государственной власти (разработка федеральных целевых программ и долгосрочных программ модернизации системы здравоохранения, ведомственных программ, направленных на профилактику социально значимых заболеваний; формируются иные условия - родовые сертификаты, материнский капитал и т.д.);

б) науки (развитие наномедицины, персонализированной медицины, поведенческой медицины, фармакоэкономики, проекты создания «живых систем» и т.д.);

в) образования (подготовка специалистов неклинического профиля: физиков, химиков, биологов, математиков - на основе межпредметных связей для обеспечения прорывных научных результатов исследований, в том числе в ядерной медицине, телемедицине, медицине катастроф, поведенческой медицине и т.д.);

г) экономики (создание наукоёмких производств, например для производства продуктов питания для людей с различными хроническими заболеваниями (сахарный диабет), витаминизированное питание для рожениц и т.д.);

д) решения комплексных биоэтических проблем здравоохранения. Врачу необходимо учитывать и рост заинтересованности населения в

приобретении фоновых медицинских знаний, медицинской профилактике болезней (гриппа, гепатита В и т.д.); стремление к повышению качества жизни и культуры здоровья (наряду со стремлением государства к развитию массовой физкультуры и спорта, особенно в свете проведения в 2014 г. зимней Олимпиады в Сочи).

Важными составляющими современного клинического мышления становятся факторы, ранее порой совершенно не принимавшиеся во внимание. При этом их социальная значимость достаточно высока, вследствие чего их нельзя игнорировать в рамках современной биоэтической концепции. Например, это осознание врачом необходимости добровольного, регулярного прохождения медицинских осмотров, диспансеризации, оценки факторов риска в плане тератогенеза для женщин фертильного возраста. Другими словами, надо ясно понимать, что женщины фертильного возраста подсознательно пытаются более активно участвовать в формировании качественных процедур, методов, формпрофилактики. Этим же целям служит разностороннее и качественное воспитание детей в семьях, учебных коллективах, основанное на принципах биоэтики.

Схожий пример - развитие профильных комплексных медицинских исследований (с учётом биоэтики), а также признание необходимости международного сотрудничества и использование передового медицинского опыта ведущих стран мира, в частности США, Великобритании, Канады, Франции, Германии и т.д. Врачу, медицинским коллективам настоятельно требуется ещё более активная интеграция с зарубежными коллегами в целях проведения совместных научных разработок, создания международных исследовательских объединений, центров и т.д.

Огромное значение для современного клинического мышления имеют достижения клинических дисциплин в области прежде всего профилактики социально значимых заболеваний, а также их диагностики и лечения.

Мы не имеем возможности детально проанализировать каждый пример. Ограничимся лишь перечислением важнейших с точки зрения биоэтики задач, реализуемых в Российской Федерации.

- Генетические, иммунологические и метаболические аспекты сахарного диабета и его осложнений.
- Разработка новых методов диагностики сахарного диабета, артериальной гипертензии и их осложнений.
- Разработка новых лекарственных антидиабетических и антигипертензивных средств, более безвредных в период вынашивания плода на ранних сроках беременности.
- Проведение прикладных научных исследований для решения задач вакцинопрофилактики на этапе планирования и вынашивания беременности.
- Создание новых вакцин массового применения в интересах службы родовспоможения и современных технологий их производства, транспортировки и хранения.
- Проведение молекулярно-биологического эпидемиологического и клинического мониторинга распространения заболеваний, передающихся половым путём, среди женщин фертильного возраста.
- Совершенствование государственного контроля над проведением медицинской профилактики и противоэпидемических мероприятий по отношению к пациентам женских консультаций (прежде всего методов иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, не предусмотренных национальным календарём профилактических прививок).

Глава 3. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СТАНОВЛЕНИЕ БИОЭТИКИ КАК НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ И УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ВЛИЯНИЯ БИОЭТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ НА ПРИНЯТИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ И СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Огромное значение для формирования биоэтической концепции имели два события в истории медицины: широкое внедрение аппаратуры для искусственной вентиляции лёгких и появление гемодиализа.

Историкам медицины известно, что искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ) начала применяться ещё в глубокой древности, по-видимому, 3-5 тыс. лет назад. Считается, что впервые об экспираторном способе ИВЛ упоминается в Библии (речь об оживлении мальчика пророком Илией). Сложно интерпретировать этот текст как описание медицинского мероприятия. Однако во многих языках существует выражение «вдохнуть жизнь в кого-либо (или что-либо)». Это свидетельствует о том, что данный способ реанимации применялся издавна.

Первоначально ИВЛ использовалась в основном для оживления младенцев, родившихся в асфиксии. Реже с помощью этого способа возвращали к жизни внезапно умерших или помогали поддерживать жизнь в случае внезапной остановки дыхания. В 1530 г. Парацельс (Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493-1541) решил проблему асфиксии у пациента применением кожаных мехов для раздувания огня в камине. 13 лет спустя Андрей Везалий (Andreas Vesalius, 1514-1564), один из основоположников анатомии эпохи Возрождения, опубликовал свою работу «О строении человеческого тела» («De corporis humani fabrica libri septem», 1543). Он провёл ряд опытов по двустороннему вскрытию плевральных полостей у животных и в результате создал метод искусственной вентиляции лёгких через введённую в трахею трубку: «Чтобы к животному возвратилась жизнь, надо сделать отверстие в стволе дыхательного горла, куда вставить трубку из камыша или тростника и дуть в неё, дабы лёгкое поднялось и доставляло животному воздух». Однако, как гласит легенда, впервые трахеотомия была выполнена Асклепиадом еще в 124 г. до н.э. Начиная со времён Парацельса приспособления для неотложной ИВЛ использовались довольно широко, особенно в XVIII в. В этот период экспираторный способ ИВЛ был столь же распространён и столь же часто использовался в быту, как жгут для остановки кровотечения, алкоголь при переохлаждении или вызывание рвоты при пищевом отравлении.

В Санкт-Петербурге в 1799 г. было издано руководство по реанимации «Краткая книжка для народа, содержащая лёгкое и удобопонятное наставление, как с усопшими, замерзшими, удавившимися, упавшими в обморок, повесившимися или кажушимися быть мёртвыми поступать надлежит». В нём рекомендуется «стараться, чтобы впустить ему [пострадавшему] в лёгкое опять воздух посредством вдыхания изо рта в рот или помощью раздувательного мешочка» (цит. по: Г.А. Степанский, 1960). В 1821 г. во Франции Жан-Жак-Жозеф Леруа д'Этиоль (Jean-Jacques-Joseph Lerooy d'Etiolles, 1798-1860) предложил дыхательный мех с мерной линейкой, с помощью которой можно было дозировать объём вдоха. Толчком к этому изобретению послужили описанные автором наблюдения разрывов лёгких мехами. Однако вскорости от этого способа отказались как раз из-за опасности разрыва. С середины XIX в. уделом спасателей более чем на столетие стали «ручные» способы ван Ассельта (Голландия, 1847), Маршалла Холла (Англия, 1856), Сильвестра (Англия, 1858), Говарда (США, 1871), Шефера (Англия, 1904), Нильсена (Дания, 1932) и многих других, техника которых напоминала подчас приемы спортивной борьбы.

Серьёзным аргументом противников ИВЛ с помощью мехов был тот факт, что интубация трахеи (впервые произведена французом Ги де Шо-лиаком (Guy de Chauliac, 1300-1368) ещё в XIV в.) считалась малоперспективной ввиду технических затруднений. Тем не менее в то время уже активно развивались технологии протезирования дыхательных путей: в 1734 г. Пью (Pugh) изобрел армированную эндотрахеальную трубку, в 1792 г. Сипу предложил в качестве дополнительной меры применять дренирование желудка с помощью зонда, а в 1807 г. Шосье (Chaussier) создал трубку с герметизирующей манжеткой.

В конце XIX в. отмечались робкие попытки реабилитации способа вдвухания. В 1891 г. парижский хирург Теодор Тюфье (Theodore Tuffier, 1857-1929) успешно резецировал верхушку лёгкого в связи с туберкулёзным процессом, применив ИВЛ путём вдвухания через трахеальную трубку с манжетой. В 1887 г. в США Джозеф О'Дуайер (Joseph O'Dwyer) создал трубку для интубации трахеи с герметизирующей оливой. В 1891 г. Джордж Фелл (George Fell) изобрёл очередной мех для ИВЛ с управляемым вручную клапаном выдоха. В 1896 г. О'Дуайер соединил ручной мех Фелла со своей трубкой и заменил клапан тройником, отверстие которого прикрывалось большим пальцем врача. Через некоторое время был изобретён ножной привод для аппарата. В результате «аппарат искусственного дыхания Фелла-О'Дуайера» стал весьма широко использоваться в США, причём не только в неотложной помощи, но и при операциях, сопровождавшихся торакотомией.

В 1907 г. любекская компания Drager начала производство чемоданчика «Pulmoftx» с кислородным баллоном, патефонным механизмом, вращавшим золотник, и лицевой маской на гибком шланге. Этот аппарат был предназначен для нужд горноспасателей. В 1904 г. Эрнст Фердинанд Сауэрбрух (Ernst Ferdinand Sauerbruch) из клиники Микулича (Бреслау, Польша) начал производить торакальные операции внутри камеры с перемежающимся разрежением, из которой наружу выступала лишь голова больного.

В 1931 г. американец Ральф М. Уотерс (Ralph M. Waters) продемонстрировал, что можно одинаково успешно производить ИВЛ во время анестезии как ручным мешком, так и мехом с электрическим приводом. В 1938 г. появился аппарат «Spiropulsator» шведского хирурга Кларенса Крафоорда (Clarence Crafoord). После Второй мировой войны мешок для ручной ИВЛ стал необходимой принадлежностью наркозного аппарата, а в 50-е гг. компания Drager выпустила первый серийный наркозный аппарат с автоматизированной ИВЛ - «Sulla».

Стимулами к созданию новых аппаратов ИВЛ становились в XX в. эпидемии полиомиелита. Методика длительной искусственной поддержки внешнего дыхания отработывалась в первую очередь на жертвах паралича дыхательной мускулатуры. В 1952 г. появился первый массовый аппарат объёмного вытеснения, разработанный шведом К.Г. Энг-стрёмом (С.Г. Engstrom). Это была долговечная и надёжная машина, ставшая образцом для громадного числа подражаний во всём мире, в том числе отечественных АНД-2 и семейства РО.

Аппарат для гемодиализа, ставший предшественником искусственной почки, был создан американским учёным Джоном Абелем (John

Abel) в 1913 г. А в 1944 г. голландец Виллем Колфф (Willem Kolff) впервые успешно применил на практике искусственную почку (гемодиализатор) для временного замещения выделительной функции этого органа. Данный аппарат и в наши дни используется для очищения крови от продуктов обмена, коррекции электролитно-водного и кислотно-щелочного баланса при острой и хронической почечной недостаточности и выведения токсических веществ при отравлениях. Основная его задача - очищение крови от токсичных веществ, включая продукты метаболизма при сохранении постоянного объёма крови в организме.

Следует пояснить значение вышеописанных примеров научно-технического прогресса в медицине для развития биоэтической концепции. Дело в том, что развитие каждой из описанных клинических специальностей - анестезиологии и реаниматологии, нефрологии и т.д. - сопровождалось в США бурной научной, общественной и профессиональной дискуссией.

Известно, что в 1962 г. в американском городе Сиэтл начала разрабатываться программа помощи больным, страдающим хронической почечной недостаточностью. Больных было много, а специальных аппаратов для помощи им - крайне недостаточно. Чтобы решить данную проблему, общественность создала так называемый Божественный комитет (God Committee). В его состав вошли врачи, священник, юристы и представители других слоёв общества. Работа комитета состояла в рассмотрении заявок от больных и принятии решений об очередности назначения им лечения. Таким образом был создан первый прецедент вмешательства общества в принятие медицинских решений.

Журнал *Life* опубликовал сенсационную статью на эту тему, и вскорости многие средства массовой информации откликнулись на эту важную для общества проблему. Всё это заставило врачей, философов, теологов, правоведов задуматься о необходимости создания новой доктрины, которая наряду с моральным врачеванием и медицинской этикой была бы способна обеспечить решение нарастающих социальных конфликтов, возникающих на фоне быстро развивающейся высокотехнологичной медицины. Дошло даже до того, что под влиянием общественного мнения американское правительство в 1972 г. вынуждено было значительно увеличить ассигнования системе здравоохранения для расширения масштабов помощи пациентам, которым необходим гемодиализ. Этот факт был первой победой новой, ещё не оформившейся до конца биоэтической концепции.

Важнейшее для осознания насущной необходимости развития концепции биоэтики событие произошло в 1975 г. Вот история болезни 21-летней Карен Энн Куинлен (Karen Ann Quinlan). Пациентка была доставлена в клинику в состоянии комы, находилась в этом состоянии на протяжении месяца, и родители, вопреки мнению врачей, пожелали отключить свою дочь от ИВЛ. Слушание дела проходило в Верховном суде Нью-Джерси и привлекло внимание всей американской нации (в 1997 г. аналогичное дело рассматривал уже Верховный суд США).

Другой характерный пример прогресса медицины, способствующего становлению биоэтики как научного направления и самостоятельной учебной дисциплины, - история успешной пересадки человеческого сердца, осуществлённой 3 декабря 1967 г. доктором Кристианом Бернардом (Christian Bernard, ЮАР). Операция была проведена в госпитале Кейптауна. Сердце 25-летней Денизы Дарваль, погибшей в автокатастрофе, было пересажено 55-летнему Луису Вашканскому, который страдал неизлечимым сердечным заболеванием. Несмотря на то что операция была проведена безукоризненно, Вашканский прожил лишь 18 дней и умер от двусторонней пневмонии.

Особо подчеркнём, что доктор Бернард неоднократно участвовал в экспериментах советского профессора Владимира Петровича Демихова, крупного хирурга-экспериментатора. В 1951 г. Владимир Петрович впервые в мире заменил сердце собаки донорским, доказав, что операции подобного рода технически возможны. Необходимо отметить, что первую пересадку сердца животного человеку произвёл в 1964 г. Джеймс Харди (James Hardy) (пациент жил полтора часа).

Эти экспериментальные операции заставили задуматься над многогранными моральными проблемами трансплантации, связанными в первую очередь с установлением критериев так называемой смерти мозга. В этот же период был обнародован доклад Гарвардского медицинского центра «Исследование по установлению клинической смерти», а также документы Президентской комиссии по изучению этических проблем в этой сфере медицинской деятельности.

Ещё одной важной вехой развития биоэтики стало широкое обсуждение в США (с 1956 г. до середины 60-х гг.) проблемы, связанной с тестированием и скринингом наследственных заболеваний. Общество усматривало в этих медицинских технологиях возможную дискриминацию людей по генетическим признакам, угрожающую потерей медицинской страховки и работы. Все эти события подтолкнули американского онколога и биохимика В.Р. Поттера (V.R. Potter) ввести в 1969 г. термин «биоэтика» для обозначения этических проблем, связанных с потенциальной опасностью для выживания человечества в современном быстро меняющемся мире (первое упоминание этого термина в специальной медицинской литературе относят к 1971 г.). В том же 1969 г. в центре Гастингса, а затем в Институте Кеннеди (Джорджтаунский университет, 1971) окончательно сформировалось научное направление и учебная дисциплина «биоэтика». В 80-е и 90-е гг. XX в. были написаны первые фундаментальные труды по этому новому научному направлению.

В XXI в. Президент США Джордж Буш-младший, создавший первый правительственный Совет по биоэтике, положил начало формированию инфраструктуры для систематических исследований, нравственных параметров (включая моральную оценку) решений при применении высокотехнологичных медицинских вмешательств.

Благодаря В.Р. Поттеру, Дэну Каллахану (Dan Callahan), А. Джонсону (A. Johnson), А. Сонсену (A. Sonsen), Альберту Р. Фонсену (Albert R. Fonsen) и многим другим зарубежным и отечественным учёным мировая биоэтика сегодня гораздо лучше подготовлена интеллектуально для решения проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в окружающие человека экосистемы.

3.2. БИОЭТИКА И ИСТОРИЯ СОВРЕМЕННОГО РАЗВИТИЯ БИОМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Данный раздел составлен нами на основе ключевых вопросов практической медицины, требующих обязательной биоэтической оценки. Начнём мы их рассмотрение со вспомогательных репродуктивных технологий. По мнению директора Научного центра биомедицинских технологий РАМН, профессора Н.Н. Каркищенко, *биомедицинские технологии* формируют научное направление, включающее создание принципиально новых биологических объектов и продуктов, которые обладают ранее неизвестными или принципиально новыми свойствами воздействия на организм человека и направлены на достижение определенного диагностического, лечебного и/или профилактического эффекта.

По данным Минздравсоцразвития России, международные эксперты называют XXI в. «столетием биомедицины». В связи с этим следует отметить, что по данным американской статистики венчурные инвестиции в 2010 г. (общий объём венчурных инвестиций в 3277 проектов составил 21,8 млрд долл.) продемонстрировали рост применительно к биотехнологиям (всего на исследования израсходовано 3,7 млрд долл. и реализовано 460 проектов в сфере создания новых биотехнологий). С другой стороны, сектор «наук о жизни» (биотехнологии и создание медицинских средств) аккумулировал в 2010 г. 28% всего американского венчурного капитала.

В наши дни активно развиваются клеточные, генно-инженерные, тканевые, иммунобиологические технологии. Ведётся разработка методов терапевтического клонирования, технологий адресной доставки лекарств, реабилитационных киберсистем и нейрокомпьютерных интерфейсов. Всё это меняет привычный облик медицины, расширяет её возможности, делая её персонифицированной, высокоспецифичной и эффективной.

Эксперты прогнозируют, что мировой рынок биомедицинских технологий в ближайшее время достигнет объёма 1 трлн долл. США. Этот научно-производственный

сектор окажет ключевое влияние на фармацевтическую промышленность, медицинское приборостроение, производство других медицинских изделий, что приведёт к кардинальным изменениям в краткосрочной перспективе. Отметим, что вспомогательные репродуктивные технологии занимают особое место в ряду биомедицинских технологий и требуют обязательного биомедицинского сопровождения.

История медицины подтверждает, что первые опыты по искусственному осеменению женщин, страдающих бесплодием, были предприняты в Англии ещё в конце XVII в. Но лишь в середине XX в. научные изыскания в этой области привели к реальным результатам, которые было возможно предложить практической медицине. В связи с этим стоит прежде всего выделить научную деятельность М.К. Ченга (M.C. Chang) из США, отечественного учёного Г.Н. Петрова и, конечно же, Роберта Д. Эдвардса (Robert D. Edwards) из Великобритании. Последний за комплекс работ в области вспомогательных репродуктивных технологий был в 2010 г. удостоен Нобелевской премии.

Интересна личная биоэтическая оценка Роберта Д. Эдвардса, которую он высказал в одном из своих интервью накануне присуждения ему Нобелевской премии по медицине и физиологии: «Именно сейчас я очень неважно себя чувствую. Видимо, Господь недоволен моим детищем».

Впервые эта медицинская технология была успешно применена в Великобритании в 1977 г.: в 1978 г. родилась Луиза Браун - первый человек, «зачатый в пробирке». Первый ребёнок (девочка), зачатый с помощью технологии экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в СССР, был рождён в феврале 1986 г. Процедура была выполнена в Москве в Центре охраны здоровья матери и ребёнка (сейчас - Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦ АГиП)). В том же году в Ленинграде родился мальчик Кирилл, также зачатый с помощью процедуры ЭКО. Этим событиям предшествовали серьёзные исследования, проводившиеся в нашей стране с 1965 г. В это время создаётся группа раннего эмбриогенеза, а в 1973 г. ею была организована лаборатория экспериментальной эмбриологии (руководитель - проф. Б. Леонов). Важнейшим вопросом, технологически прямо вытекающим из возможностей ЭКО, является клонирование человека. Он является одним из важнейших в повестке дня современной биоэтики.

Возможность клонирования эмбрионов позвоночных была впервые продемонстрирована в начале 50-х гг. XX в. в опытах на амфибиях американскими исследователями Робертом Бриггсом (Robert Briggs) и Томасом Кингом (Thomas King). Большой вклад в эту область внесли английский биолог Джон Гердон (John Gurdon) и его коллега Рон Ласки (Ron Laskey). Эксперименты на амфибиях оказались успешными. Поэтому ряд учёных задумался о возможности клонирования эмбрионов млекопитающих. Р.Г. Маккиннел (R.G. McKinnell) утверждал, что уже существуют все необходимые методы для клонирования мышей и непонятно, почему никто не осуществил подобный эксперимент. Опыты над мышами начались в 70-е гг., и события развивались очень быстро. В 1977 г. П.К. Хоппе (P.C. Hoppe) и К. Илменси (K. Illmensee) сообщили, что ими были получены семь взрослых самок мышей. Пять из них имели только материнский, а две - отцовский геном. Американские учёные С. Стик (S. Stick) и Дж. Робл (J. Roble) применили в своих опытах методику Дж. Макграта (J. McGrath) и Д. Солтера (D. Solter). Ими были получены 6 живых кроликов в результате пересадки ядер восьмиклеточных эмбрионов одной породы в лишённые ядра яйцеклетки кроликов другой породы. Фенотип родившихся животных соответствовал фенотипу донора. В 1993-1995 гг. в результате экспериментов группы исследователей под руководством Я. Уилмута (J. Wilmoth) был получен клон овец - 5 идентичных животных. Ядра были взяты из культуры эмбриональных клеток. Эксперты считают, что именно эти исследования имеют серьёзное практическое и научное значение для генетики. Однако все работы по клонированию (особенно в случае с овечкой Долли) вызывали небывалый ажиотаж в обществе. На

сегодняшний день из-за негативного отношения к этим экспериментам всех религиозных конфессий такие работы проводятся лишь в некоторых странах мира. Эксперименты над человеком по-прежнему запрещены.

Касаясь одного из наиболее инновационных разделов медицинских технологий - наномедицины, подчеркнём, что большинство англоязычных источников связывают первое упоминание того, что в дальнейшем будет названо «нанотехнологиями», с выступлением Ричарда Фейнмана (Richard Feynman) «Там, внизу, много места» (There's Plenty of Room at the Bottom) на ежегодной встрече Американского физического общества (1959 г., Калифорнийский технологический институт). Однако российские учёные начали свои исследования в этой области ещё в начале 50-х гг. Сегодня идёт интенсивная разработка наноматериалов и нано-систем, в том числе для нужд медицины. Однако следует заметить, что вопрос о проведении НИОКР для выявления критериев безопасности этих технологий до сих пор остаётся нерешённым (несмотря на то что Роспотребнадзор РФ считает их необходимыми). А это входит в прямое противоречие с основным принципом биоэтики - «Не навреди».

Говоря о биоэтических проблемах трансплантации жизненно важных органов, следует отметить, что основоположником этого направления является Алексис Каррель (Alexis Carrel), удостоенный за это в 1912 г. Нобелевской премии. Он проводил эксперименты по трансплантации органов, их консервации и технике наложения сосудистых анастомозов. Этот учёный разработал основные принципы консервации и перфузии донорского органа. Первую экспериментальную трансплантацию органа от человека к человеку в 1933 г. в Херсоне выполнил Ю.Ю. Вороной. Не стоит забывать и работы В.П. Демихова, о которых мы упоминали выше.

Первая успешная пересадка почки была осуществлена в декабре 1954 г. группой врачей под руководством Джозефа Марри (Joseph Murray). Учёный продолжил исследования и добился возможности пересадки почки от неродственного донора, а также исследовал свойства иммунодепрессантов и механизм отторжения. Первую трансплантацию печени выполнил в 1956 г. Томас Эрл Старзл (Thomas Earl Starzl). Пересадка лёгкого впервые была проведена в 1963 г. доктором Джеймсом Харди (James Hardy) в клинике Университета Миссисипи, однако пациент скончался через несколько дней после операции. Успешная трансплантация одного лёгкого проведена Джоелом Купером (Joel Cooper) в 1983 г., он же в 1986 г. осуществил удачную пересадку двух лёгких. Отметим также, что в июне 2008 г. профессором Паоло Макиарини (Paolo Macchiarini) в клинике Барселоны была проведена первая пересадка человеческого органа, выращенного из стволовых клеток. Трансплантат трахеи для женщины, больной туберкулёзом, был создан по сложной технологии. Использовалась трахея недавно умершего человека. С помощью химических препаратов в ней были нейтрализованы живые клетки, а потом медики ввели в её волокнистую белковую ткань стволовые клетки из костного мозга пациентки, которые в дальнейшем развивались в биореакторе в течение 4 дней. Через месяц пересаженный орган функционировал в полном объёме. Рекордсменом по продолжительности жизни с донорским органом (сердцем) стал американец Тони Хьюсман (Tony Huesman). Он прожил после трансплантации 30 лет и умер от рака.

Ещё одним важнейшим вызовом биоэтической концепции является проблема эвтаназии. Этот термин был впервые употреблён Френсисом Беконем в XVI в., и под ним понималась «легкая смерть». До начала Второй мировой войны эта идея была широко распространена в ряде европейских стран. В то время эвтаназия и евгеника пользовались достаточно высокой популярностью в медицинских кругах. Но действия нацистов, например программа умерщвления Т-4, надолго дискредитировали их. Среди известных людей, прибегших к этой процедуре, отметим З. Фрейда, который из-за неизлечимой

формы рака нёба при участии доктора Макса Шура (Max Shure) совершил эвтаназию в своём лондонском доме 23 сентября 1939 г. До этого он пережил 19 операций по удалению опухолей под местной анестезией (общий наркоз при таких операциях в то время не применялся). Все вышеперечисленные исторические факты, касающиеся вопросов применения высокотехнологичной медицины, имеют прямую связь с решением сложных биоэтических проблем.

Глава 4. ЮВЕНИЛЬНАЯ БИОЭТИКА

4.1. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОСНОВ МЕТОДОЛОГИИ ЮВЕНИЛЬНОЙ БИОЭТИКИ

Забота о детях стала одной из главных тем послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию, которое он огласил 30 ноября 2010 г. Выступая перед депутатами, сенаторами, главами регионов и членами Правительства Российской Федерации, Президент России особо подчеркнул: «26 миллионов детей и подростков, проживающих в нашей стране, должны полноценно развиваться, расти здоровыми и счастливыми, стать её достойными гражданами - это задача номер один для всех нас».

По оценкам лидера страны, на развитие детской медицины планируется направить не менее 25% всех средств, которые отведены на модернизацию здравоохранения, начиная с 2011 г., а в целом только до конца 2012 г. на развитие детской медицины государством может быть потрачено до 150 млрд руб. В России начинается углубленная и регулярная диспансеризация подростков. Особое внимание будет уделено вакцинопрофилактике, доступности для детей и подростков качественных лекарственных препаратов, ранней диагностике туберкулёза, онкологических и иных социально значимых заболеваний. В краткосрочной перспективе планируется заметно улучшить доступность и качество медицинской помощи матерям и детям, значительно повысить квалификацию сотрудников детских медицинских учреждений. В связи с этим особую значимость приобретает вопрос *ювенильной биоэтики* и её активного применения в акушерстве-гинекологии и педиатрии.

Ювенильная биоэтика рассматривается нами в контексте истории акушерства, гинекологии и педиатрии. Эти разделы медицинской науки активно развиваются с древних времён и по сегодняшний день. Термин «ювенильная биоэтика» обозначает весь комплекс этических проблем, решаемых в акушерско-гинекологической службе, неонатологии и педиатрии. Она охватывает весь цикл материнства и детства: момент планирования беременности, её вынашивание, роды и взросление ребёнка вплоть до 17 лет. Оправданность и необходимость выделения ювенильной биоэтики из общей системы биоэтического знания объясняется важностью соблюдения особого порядка ведения рожениц и детей (в том числе тех, кто остался без попечения родителей), позволяющего обеспечить дополнительные социально-экономические и медицинские гарантии их здоровья.

Кто-то может заявить, что, например, пожилым людям также необходимо обеспечить дополнительные социально-экономические и медицинские гарантии их здоровья. С этих позиций, вероятно, уместно было бы также выделить особое направление под названием «гериатрическая биоэтика». Однако существуют веские аргументы, обосновывающие, почему авторы сочли нецелесообразным отдельно рассматривать данное направление в рамках настоящего пособия. Повышенное внимание к ювенильной биоэтике как отдельной области биоэтического знания связано не с бедностью нашей медицины (хотя Россия и тратит на здравоохранение меньше, чем высокоразвитые страны) и желанием вычленивать отдельные категории «льготников». Важность биоэтического сопровождения медицинской помощи детям (в рамках целостной системы охраны материнства и детства) объясняется тем, что дети - это будущее нации и забота об их благополучии равносильна заботе о процветании государства, его культурных, социальных, научных и экономических достижениях. Не зря во всех странах принято незыблемое правило: спасать прежде всего женщин и детей, а ВОЗ оценивает социально-экономическое развитие страны с точки зрения успехов детского здравоохранения. Кроме того, вопросы взаимоотношений врача и пожилых пациентов достаточно подробно освещены в имеющейся литературе.

Развитие ювенильной биоэтики должно стать частью процесса совершенствования всей государственной системы охраны материнства и детства, включая институт по правам ребенка, соответствующие органы исполнительной власти, общественные организации, оказывающие поддержку в трудной жизненной ситуации (только в детских домах и домах ребёнка в России сегодня находятся более 130 тыс. детей).

Формирование ювенильной биоэтики требует разработки определённых методологических основ. В связи с этим отметим, что все разработки в медицине и родственных ей науках, включая биомедицинскую этику, связаны с познавательной деятельностью, добыванием и накоплением новых знаний. Их практически невозможно создать без систематического познания живой природы, уточнения данных об окружающем человека мире и обучения детей. Новые направления развития медицины полезны, если они органично интегрируются с уже апробированным на практике знанием.

Важной проблемой ювенильной биоэтики, подпитываемой теоретическими исследованиями, становится формирование принципиально новых подходов теоретико-методологического характера. Методология ювенильной биоэтики основана на принципах построения определённых правил и их научно-практическом обобщении. Например, правило комплексной оценки эффективности врачебных действий в акушерстве-гинекологии, неонатологии, педиатрии может включать: способы, приёмы, используемые в детском медицинском учреждении для сравнения показателей деятельности врачебного персонала, среднего медицинского персонала по отношению к принятым в клинике морально-этическим нормам. Эти нормы могут включать следующие положения:

■ врач при ведении пациентов детского возраста должен заниматься профильной научной деятельностью и регулярно информировать медицинское научное сообщество о своих результатах путём публикации статей в журналах Высшей аттестационной комиссии Российской Федерации, докладов на научно-практических конференциях (следует отметить, что, по оценкам ВОЗ, уровень развития страны во многом определяется уровнем развития детского здравоохранения);

■ врач, прежде чем занять своё место в отделении детской клиники, обязан тщательно изучить позитивные и негативные результаты работы своего предшественника (это в особенности касается нареканий со стороны родителей, умения контактировать с детьми разных возрастных категорий и т.д.);

■ врач не должен лично или с помощью своих социальных связей требовать повышения своего профессионального или научного статуса (особенно при наличии трагических исходов лечения, являющихся следствием его завышенной самооценки);

■ врач обязан непрерывно повышать свою профессиональную квалификацию (в том числе в области клинической психологии, социологии медицины и т.д.).

Простым и наглядным является правило составления рейтинговой шкалы, учитывающей следующие критерии оценки деятельности врача с позиций ювенильной биоэтики:

а) уровень соблюдения врачом своей персональной ответственности за здоровье ребёнка (с учётом появления нового направления в медицине - «плод как пациент») и факты применения к врачу метода «принуждения к долгу» со стороны руководства отделения и клиники (в случае его нерадивого отношения к подопечным);

б) приверженность врача целям детского лечебного учреждения (роддома, центра планирования семьи, детской клинической больницы, детского отделения многопрофильной клиники, детской поликлиники) по поддержанию общего низкого уровня летальности при консервативном и хирургическом лечении детей;

в) стремление к трансформации персональных решений врача в коллективный выбор тактики ведения пациента (при этом большое значение приобретает достижение компромиссного решения, уравнивающего профессиональные мнения сторон при рассмотрении конкретной лечебной ситуации, что способствует выработке адекватного морально-этического поведения врача, обеспечивающего достижение оптимальных результатов лечения ребёнка). Нередко подобные эффективные врачебные действия позволяют создать медицинскую инновацию;

г) соблюдение морально-этических норм сотрудниками ЛПУ, оказывающих влияние на объём и качество оказания медицинской помощи детям;

д) использование фактора времени в качестве необходимого условия обеспечения результативности лечебного процесса (чем меньше потери во времени при условии обеспечения необходимого качества лечения ребёнка, тем выше результативность врачебных действий). Это относится в первую очередь к предоставлению экстренной помощи и реанимационного пособия ребёнку.

Отсюда вытекает одно из базисных объективных понятий ювениль-ной биоэтики - «полезности медицинской помощи детям», - воспринимаемое как получаемое обеими сторонами лечебного процесса (врач и родители) морально-этического удовлетворения от результатов лечения. При этом стоит подчеркнуть, что без своевременного осознания врачом угрозы убывания предельной полезности от оказываемых им медицинских услуг (особенно в экстренных ситуациях, не терпящих отлагательств) возможен негативный итоговый результат лечебного процесса и нивелирование предшествующего промежуточного удовлетворения сторон.

Кроме того, важно, чтобы соблюдение врачом морально-этических норм при функционировании в треугольнике «врач-болезнь-больной (его родители)» не приводило к синдрому эмоционального выгорания как у родителей, так и у врача.

Перечисленные правила ювенильной биоэтики сопровождают следующие методы:

■ метод управления системными эффектами оказания медицинской помощи в акушерстве-гинекологии, неонатологии и педиатрии. Он предусматривает связность всех элементов помощи, необходимость налаживания комплексной обратной связи между всеми участниками процесса (включая родителей ребёнка), осуществляемого в соответствии с протоколом ведения пациента, а также обеспечение интеграции со всеми службами детского лечебного учреждения с целью концентрации оптимально необходимых ресурсов, требуемых для обеспечения эффективных врачебных действий по отношению к больному ребёнку;

■ метод критического инновационного пути оказания высокотехнологической медицинской помощи в перечисленных выше направлениях медицины. Раскрывая суть этого метода с позиций ювениль-ной биоэтики, отметим, что чем дольше период инновационного цикла (от идеи до конечного результата, успешно реализованного на рынке оказания медицинских услуг детям), тем сильнее ощущается влияние постоянно действующих факторов. К ним прежде всего относятся обстоятельства, связанные с остротой необходимости и социально-экономической целесообразности конкретной инновационной деятельности в целях обеспечения нового уровня конкурентоспособности при оказании медицинских услуг пациентам детского возраста и достижения более высоких показателей полного выздоровления;

■ метод камертона, который предусматривает слаженную работу всех подсистем государственной системы в интересах развития детского здравоохранения (прежде всего юридической, научной, образовательной, экономической подсистем). Конструирование этих основных подсистем на основе их консолидированного взаимодействия в интересах развития службы охраны материнства и детства превращается в важнейшую

управленческую инновацию системы здравоохранения. Эта инновация базируется на фундаментальных принципах и правилах биоэтики, перечисленных нами выше, и способствует улучшению демографической ситуации в стране.

Перечисленные методы могут применяться не только в рамках ювенильной биоэтики, но и в других медицинских отраслях, что только подчёркивает их универсальный характер и взаимосвязанность биоэтики с практической медициной. Темпы развития высокотехнологичной медицины в интересах детского здравоохранения на современном этапе показывают, что чем шире области применения медицинской науки, тем выше должен быть уровень междисциплинарных теоретических исследований. Все достижения фундаментальной и прикладной медицинской науки должны находить применение прежде всего в государственной системе охраны материнства и детства.

4.2. ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА-ГИНЕКОЛОГИИ, НЕОНАТОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ЮВЕНИЛЬНОЙ БИОЭТИКИ

Акушерство является областью гинекологии. Оно представляет собой науку, занимающуюся теоретическими и практическими вопросами беременности, родов и родовспоможения. Ранее в эту область науки входил и уход за новорождённым, но в настоящее время этим занимается неонатология.

По мнению Д. Уэйлса (D. Wales), история акушерства тесно связана с историей медицины. Однако до XVIII в. акушерство не имело своего достойного места в ряду других разделов медицины. Вместе с тем необходимо отметить, что ещё в священных книгах индусов, египтян и евреев упоминается об акушерках как особом классе людей, а у древних греков и римлян многие богини почитались как покровительницы рожениц. В середине IV в. до н.э. греческие роженицы впервые начинают прибегать к помощи мужчин-врачей. Знаменитый Гиппократ написал немало сочинений о родах и акушерстве. Принято считать, что именно его работами и был заложен фундамент акушерской науки. Кроме того, следует назвать и труды Цельзия, Галена, Мошиона, Аэция Амедийского (VI в.) и Павла Эгинского (VII в.).

В средние века в Западной Европе акушерство представляли в основном монахи и повивальные бабки. Именно поэтому для того периода была характерна высокая летальность рожениц и новорождённых детей. Только в XVI в. акушерство вновь привлекает внимание учёных и врачей. Так, в 1513 г. появилось первое руководство по акушерству Евхария Реслина «Цветник беременных женщин и акушерок» (с рисунками). За ним последовали сочинения Якова Руфа (Цюрих, 1553), Вальтера Рейфа (Страсбург, 1561).

Необходимо отметить, что Везалий и Фарлопий придали акушерству вид настоящего искусства, развили практику этого направления в медицине (которое в то время считалось разновидностью хирургического вмешательства). Однако в те далёкие времена врачи-мужчины привлекались к родам только в критических случаях. Вместе с тем с развитием хирургии акушерство серьёзно продвинулось вперёд, особенно во Франции (следует назвать в связи с этим имена А. Паре (A. Paret) и Н. Гилльемо (N. Guillemot)). Сам Людовик XIV с определённого момента начал благоволить знаменитому хирургу Жульену Клементу (Julien Clement), который был назначен им первым акушером королевского двора. Самым знаменитым из его последователей и учеников стал Николя Пюзю (Nicolas Puzos, 1683-1753). Судьба этого известного французского врача уникальна. В 16 лет по настоянию своего отца он направляется в действующую армию Людовика XIV, для того чтобы учиться искусству военно-полевой хирургии. После получения колоссального хирургического опыта на полях сражений отец направляет его к своему

другу Ж. Клементу и Николя, по сути, становится его правой рукой. Многочисленные записки этого незаурядного учёного и практика были опубликованы в 1759 г., уже после его кончины. Н. Пюзо особенно прославился операциями, которые можно считать предтечей кесарева сечения. Метод Пюзо (Puzos method) известен сегодня каждому акушеру-гинекологу.

А вот в Германии в Новом времени по-прежнему главенствовали малообразованные и несведущие в медицине акушерки. Хорошо известна в кругах историков медицины Юстина Зигмунд (Justina Siegmund), которая имела чин курбранденбургской акушерки. Одновременно с нею успешно практиковал голландец Генрих фон Девентер (Heinrich von Deventer). Он также известен двумя своими сочинениями: «Рассвет для акушерок» и «Новая путеводительная звезда для акушерок». К этому же периоду можно отнести появление акушерских щипцов - прогрессивного изобретения для акушерских нужд (некоторые считают, что этот полезный хирургический инструмент был создан английским хирургом Г. Чемберленом (G. Chamberlain). В 1723 г. этот инструмент был воспроизведён нидерландским анатомом и хирургом Дж. Палфином (J. Palfyn, 1650-1730).

Заметный мировой вклад в развитие акушерства принадлежит первому комплексу родовспомогательных заведений со школами для студентов и акушерок, организованному в 1728 г. в Страсбурге, родовспомогательным заведениям, открытым в 1751 г. в Берлине (их учредителем являлся сам Фридрих Великий) и Геттингене, а также английскому родовспомогательному заведению, начавшему свою деятельность в 1765 г. В дальнейшем в Германии были созданы две известные школы акушерского профиля. Одна из них внесла заметный вклад в оперативное акушерство, а вторая - в проведение естественных родов. Их конкуренция позволила создать мощный импульс для развития акушерской науки и обогатить историю медицины.

В России наука акушерства начала развиваться значительно позже, чем в других европейских странах. Первым акушером, о котором упоминается в летописях, был англичанин Якоб (при Иоанне Грозном), славившийся как «умеющий очень искусно лечить женские болезни».

Позже Петром I были открыты школы «для медической и хирургической практики», но они работали исключительно в интересах обеспечения служивых людей из армии и флота российского (что, естественно, не предполагало развития в них акушерского направления). Результаты исторического исследования д.м.н. В. Абашина о первых учёных-акушерах России убеждают нас в том, что весомый вклад в российское акушерство внёс Павел Захарович Кондоиди (настоящее имя - Панайо-тис), который 8 марта 1754 г. в период правления Елизаветы Петровны (дочери Петра Великого) был назначен президентом Медицинской канцелярии. Уже 15 апреля того же года в собрании Правительствующего Сената было обсуждено его «Представление о порядочном учреждении бабичьева дела в пользу общества». Этот документ являл собой реальную программу подготовки акушерок, в нём были отражены порядок аттестации уже имеющихся повивальных бабок, необходимое их число в обеих столицах, оплата их труда, порядок передачи профессии по наследству и т.д. 29 апреля 1754 г. Правительствующий Сенат утвердил Представление Медицинской канцелярии и издал Указ «О порядочном учреждении бабичьева дела в пользу общества». Таким образом была заложена основа для формирования отечественной службы родовспоможения, которая не без серьёзных финансовых затруднений начала реализовываться в Российской Империи. Первую систему подготовки кадров в этой области медицинской деятельности для нужд Москвы и в целом России основал Иоганн Фридрих Эразмус. Организованное им обучение включало как теоретический курс, так и практические занятия, базой для которых служил анатомический театр Московского военного госпиталя. За 20 лет в Московской акушерской школе под руководством Эразмуса (он умер в 1777 г.) было подготовлено 35

повивальных бабок. Перу этого медика принадлежит первое сочинение по акушерству на русском языке - «Наставление, как женщине в беременности, в родах и после родов себя содержать надлежит». Впрочем, это руководство было составлено им на основе западных рукописей, изданных в конце XVII в. Таким образом, в то время русские врачи учились акушерству по канонам уже весьма устаревшим.

В 1764 г. в Московском университете была открыта кафедра акушерства. Её возглавил профессор И. Эразмус, в 1790 г. его сменил профессор Вильгельм Рихтер (Wilhelm Riechter). В 1801 г. Московская акушерская школа была переименована в Повивальный институт. В 1806 г. аналогичный институт был создан при Московском университете. В Санкт-Петербурге акушерскую школу возглавил Андрей Линдеман, также работавший при всесторонней поддержке отечественной военной медицины.

В 1808 г. с открытием первой акушерской клиники отдельную руководящую должность получил профессор С.А. Громов. В Харьковском университете акушерское отделение на 4 койки было открыто в 1829 г. (хотя преподавать акушерство начали здесь ещё в 1815 г.). Особенную известность получил профессор И.П. Лазаревич. В Казани акушерское отделение на 6 коек было открыто в 1833 г., а в Киеве акушерская кафедра с клиникой появились в 1847 г. С 1858 г. прекрасный диагност и оператор А.Я. Красовский поставил преподавание акушерства в России на европейский уровень.

Европейская культурная этическая традиция осмысливала процесс зарождения жизни и появления на свет ребёнка и предполагала изначально особое отношение к матери и её ребёнку. Это поведение распространялось и на врачей (пример с Людовиком XIV, который был особо расположен к Клементу - первому акушеру королевского двора, можно считать лучшим подтверждением сказанного). Ювенильная биоэтика в акушерстве и гинекологии сталкивается и с рядом других особенностей. Материнство считается нормой для любой женщины. Родить одного или нескольких детей - это долг женщины перед семьёй и обществом, а также важное условие поддержания её внутреннего морально-психологического статуса. Однако это естественное стремление иногда сталкивается со сложными, а порой непреодолимыми препятствиями, которые зачастую приводят к распаду семьи и затяжному депрессивному состоянию у женщины. В связи с этим в акушерстве и гинекологии появляется дополнительная моральная ответственность, которой не наблюдается в других медицинских областях. Именно она является мотивом для формирования новых высоких технологий в акушерстве и гинекологии.

В труде великого Гиппократ «О природе ребенка» имеются достаточно полные для того времени сведения о закономерностях правильного роста и развитии детей. В отдельных медицинских трудах XV-XVI вв. давался анализ высокой смертности среди детей, а также наиболее распространённых в ту пору детских болезней. Однако в них не было каких-либо практических рекомендаций по снижению летальности и заболеваемости среди этой самой незащищённой категории населения.

Вместе с тем уже в XVII в. работы английского учёного Френсиса Глиссона (Francis Glisson) и некоторых других авторов об оспе, кори, рахите получают всемирную известность и заставляют врачей обратить особое внимание на проблемы детских болезней. В XVIII в. предпринимаются первые заметные шаги по формированию педиатрического направления в медицине, разворачивается борьба с детской смертностью.

Например, академик М.В. Ломоносов своим письмом на Высочайшее имя «О размножении и сохранении российского народа» (1721 г.) привлёк внимание Сената и способствовал созданию госпиталей для размещения в них наравне со всеми нуждающимися и незаконнорождённых младенцев. Свою роль в обеспечении заботы государства о детях сыграл И.И. Бецкий, которому принадлежит заслуга открытия первых воспитательных домов для сирот (1771 г.), в которых, впрочем, из-за недоедания и

инфекций дети гибли достаточно часто. На борьбу с этими недостатками содержания детей были направлены усилия С.Г. Зыбели-на (1735-1802), Н.М. Амбодик-Максимовича (1744-1812), которые старались изменить ситуацию к лучшему, уповая на пропаганду грудного вскармливания и усиление гигиенических требований для поддержания здоровья детей.

Развитие другой медицинской специальности, непосредственно связанной с родовспоможением, - педиатрии (детской медицины) - шло параллельно с развитием акушерства.

По данным Д. Уэйлса, первый специализированный европейский Институт детских болезней основан в Вене Максом Кассовитцем (Max Kassovitz). Основателем же русской педиатрической школы является русский врач Н.Ф. Филатов (1847-1902). Первой в России педиатрической больницей традиционно считается инфекционная больница № 18 имени Н.Ф. Филатова, которая была открыта им 31 декабря 1834 г. в Санкт-Петербурге.

Однако, согласно историческим изысканиям В.Ю. Альбицкого, в одном из зданий московского Императорского воспитательного дома в 1799 г. была организована окружная больница для служителей и питомцев. Таким образом, по его оценкам, первый педиатрический стационар в России был создан на 35 лет раньше, чем принято считать. Первые лекции по проблематике детских болезней (включая острые инфекции), анатомо-физиологическим особенностям детей были прочитаны в медико-хирургической академии С.Ф. Хотовицким (1835- 1847). Им же были открыты детские палаты в клинике акушерства, а в 1847 г. написан первый русский учебник по детским болезням «Педиятрика», в котором излагались передовые для того времени рекомендации по профилактике и лечению ряда заболеваний детей, причинах и мерах борьбы с детской смертностью. Подчеркнём, что старейшим государственным педиатрическим медицинским университетом является Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия. В первой половине XIX в. в России активно действовало Вольно-экономическое общество (одним из его известных участников являет-

ся К. Груш), которое занималось вопросами детского здравоохранения. Оно изучало причины детской заболеваемости и летальности, информировало общественность через самостоятельно издаваемые брошюры о методах воспитания, образования и сохранности здоровья детей.

В 1865 г. В.М. Флоринский (1834-1899) создаёт первую кафедру детских болезней в Петербургской медико-хирургической академии. Первая кафедра педиатрии в Европе (Париж) была основана в 1879 г.

С этого момента развитие педиатрии в России стало идти ускоренными темпами за счёт всё большего вовлечения врачей в эту новую и важную область. В 1885 г. Н.И. Быстров (1841-1906) организовал в Петербурге первое в России общество детских врачей, участники которого способствовали росту числа новых педиатрических кафедр по всей стране и получение позитивных научно-практических результатов в отечественной педиатрии. В качестве одного из примеров можно привести деятельность крупного организатора здравоохранения и учёного К.А. Раухвуса (1835-1915). По его планам в Москве и Петербурге были построены две детские больницы (в Петербурге она и сегодня носит имя основателя, а в Москве это больница им. И.В. Русакова). Им же был создан и первый детский санаторий (перечень исторически сложившихся санаториев и курортов на территории России, которые с успехом используются в отечественной педиатрии, приведён нами в Приложении 1), а также выполнены исследования гнойных поражений суставов у грудных детей, ряда проблем врождённых пороков сердца и т.д. К.А. Раухвус первым подробно описал клинический симптом при плевритах - треугольник Раухфуса - и обосновал необходимость обязательного санаторного этапа лечения детей.

В Московском университете с 1861 г. курс детских болезней начал читать Н.А. Тольский (1830-1891). Пять лет спустя им была открыта детская клиника с амбулаторией, а в 1873 г. - кафедра детских болезней.

Особо подчеркнём, что основоположником отечественной клинической педиатрии является Н.Ф. Филатов (1847-1902). Он первым дал описание «скарлатинной краснухи» - неизвестного до того момента детского острого инфекционного заболевания (идиопатическое воспаление шейных лимфатических желёз, железистая лихорадка Филатова - инфекционный мононуклеоз). Им были представлены ранние признаки кори (отрубевидное шелушение эпителия на слизистой оболочке губ и щёк - симптом Филатова). Работы этого детского клинициста («Семиотика и диагностика детских болезней», «Лекции об инфекционных заболеваниях детского возраста», «Клинические лекции», «Краткий учебник детских болезней» и др.) дали значительный импульс развитию педиатрии. Его организаторская деятельность по созданию в 1887 г. научного кружка детских врачей в Москве (в 1892 г. преобразован в Московское общество детских врачей) позволила создать московскую школу педиатров, которая сегодня активно развивается (в больнице им. Н.Ф. Филатова на 1600 коек к сегодняшнему дню имеется полный спектр аппаратуры, отражающий высокий уровень высокотехнологичной детской медицины в нашей стране).

Известно, что с 1898 по 1908 гг. кафедру педиатрии в Военно-медицинской академии возглавлял Н.П. Гундобин (1860-1908). Перу этого учёного принадлежат интересные и познавательные рукописи по педиатрии: «Общая и частная терапия болезней детского возраста», «Воспитание и лечение ребенка до 7-летнего возраста», «Детская смертность в России и меры борьбы с нею» и т.д.

Немалый вклад в подготовку кадров для педиатрической службы внёс А.А. Кисель (1859-1938). В круг его научно-практических интересов входило изучение туберкулёза у детей, а также ревматизма и малярии. Он немало внимания уделял проблемам профилактики детских заболеваний, был сторонником необходимости оздоровления бытовых условий детей, их режима питания, труда и отдыха.

В 1911 г. состоялся Первый Всероссийский съезд детских врачей и основан медицинский журнал «Педиатрия». На съезде рассматривались вопросы помощи новорождённым, а в журнале была опубликована серия научных материалов на эти и другие злободневные темы педиатрии.

Свои заслуги перед педиатрией имеет и Г.Н. Сперанский (1873- 1968), который активно изучал физиологические особенности, диететику и патологию детей раннего возраста. Значительна роль этого учёного и в организации обслуживания детей периода новорождённости.

Современная педиатрия развивается в следующих чётко сформированных направлениях.

Профилактическая педиатрия - система мероприятий, способствующих предупреждению заболеваний и инвалидизации детей (профилактические прививки, асептики, профилактика рахита, скрининг-программы и т.д.).

Клиническая педиатрия имеет основной задачей диагностику, лечение и этапную реабилитацию заболевшего ребёнка.

Научная педиатрия занимается формированием парадигм, которыми руководствуется на современном этапе педиатр в своей практической работе. (По мнению Т. Куна, парадигма - это дисциплинарная матрица, совокупность признанных всеми научных достижений, которые в течение определённого времени дают научному сообществу модель постановки проблем и их решения.)

Социальная педиатрия включает:

- 1) оптимальную организацию управления детским здравоохранением, в том числе экономики и планирования;
- 2) влияние социальных факторов на здоровье детей, практику оказания им медицинской помощи, проведение профилактических мероприятий, взаимоотношения между медиками и общественными организациями, фондами, медицинское образование и воспитание населения;
- 3) анализ эпидемиологического надзора за паразитарными болезнями (методические рекомендации приведены нами в Приложении 2).

Экологическая педиатрия изучает влияние природных - климатических, географических, а также вредных факторов окружающей среды на здоровье детей в том или ином регионе (инсектициды, пестициды, фенол, диоксид, двуокись серы, свинец, естественная и искусственная радиация и т.д.).

Ювенильная биоэтика изучает и разрабатывает особые этические принципы и правила, соблюдение которых обеспечивает результативность диагностики и лечения детей (в том числе оставшихся без попечения родителей и попавших в трудную жизненную ситуацию). Всё это позволяет совершенствовать оказание педиатрической помощи и создавать как новые, более безболезненные технологии инвазивного и неинвазивного лечения детей, так и улучшать внешние атрибуты медицинской помощи детям (например, создавать в клиниках детские игровые комнаты, внедрять клоунотерапию, делать более привлекательными для детей медицинские принадлежности с точки зрения цветовой гаммы и других эстетических качеств).

Кратко поговорим о неонатологии (греч. νεογ - новый + лат. natus - рождение) - разделе медицины, изучающем младенцев и новорождённых, их рост и развитие, их заболевания и патологические состояния. Термины «неонатология» и «неонатолог» предложены американским педиатром Александром Шаффером в 1960 г. в руководстве «Болезни новорождённых». Основными пациентами неонатологов являются новорождённые младенцы с синдромом дыхательных расстройств (которые больны или требуют специального медицинского ухода из-за недоношенности), низким весом при рождении. Этим специалистов интересуют также вопросы, связанные с задержками внутриутробного развития, врождёнными пороками развития, сепсисом и врождённой асфиксией.

Неонатология окончательно выделилась в отдельное направление в конце XIX - начале XX вв. Первый американский учебник об уходе за недоношенными детьми был опубликован в 1922 г. В 1952 г. доктор Вирджиния Апгар (Virginia Apgar) предложила шкалу Апгар в качестве средства оценки состояния новорождённого. Этой шкалой активно пользуются акушеры-гинекологи. Однако у неонатологов прижилась и другая шкала для оценки степени выраженности синдрома дыхательных расстройств и дыхательной недостаточности у новорождённого - шкала Сильвермана.

В 60-х гг. XX в. с появлением аппаратуры для проведения искусственной вентиляции лёгких новорождённым начался стремительный подъём неонатологии. В России врачебная специальность «педиатр-неонатолог» официально появилась в ноябре 1987 г. Отметим, что в 60-е гг. XX в. также сформировалось новое научное направление - биоэтика. Одним из её важных ответвлений является ювенильная биоэтика. Это позволило бороться за выживание детей с большой степенью недоношенности.

В качестве важного примера предмета ювенильной биоэтики кратко перечислим биоэтические проблемы, которые решаются сегодня в ходе оказания медицинской помощи новорождённым в детских клиниках США. По мнению профессора Вандербилтского детского центра Б. Картера, их перечень выглядит следующим образом.

Кому проводить специфическую пренатальную и неонатальную медицинскую помощь и кто будет оплачивать эти дорогостоящие услуги? Приемлема ли предлагаемая медицинскими страховыми компаниями стоимость оказания реанимационного пособия новорожденным и каковы биоэтические и финансовые задачи страховых медицинских компаний, требующие незамедлительного решения? Насколько приемлемо и оправданно оказывать реанимационное пособие тем или иным новорожденным, имеющим тяжёлые отклонения здоровья?

Кто может быть привлечён дополнительно (кроме врачей) к принятию решения об оказании требуемой помощи новорожденному и как это решение надлежит лучше вырабатывать?

Анализируя вышеперечисленные вопросы в целом, отметим, что они в основном касаются финансовых аспектов оказания неонатологической помощи и мало затрагивают морально-этические проблемы. Следует подчеркнуть, что ювенильная биоэтика в неонатологии должна в первую очередь обращать внимание на работу с родителями новорожденного и на моральные аспекты поведения медицинского персонала в условиях оказания ребёнку реанимационного пособия.

4.3. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЮВЕНИЛЬНОЙ БИОЭТИКИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Основы общения детского врача с ребенком заложены в трудах хорошо известных педиатров, уже упомянутых нами выше, а именно:

Н.Ф. Филатова, А.А. Киселя, В.И. Молчанова, Г.Н. Сперанского, М.С. Маслова, Ю.Ф. Домбровской, В.А. Леонова, И.Н. Усова и т.д. Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям врач должен не только иметь глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию ребенка, а также сложившийся многогранный стереотип отношения к нему родителей.

Одна из важнейших задач педиатра на первом этапе ведения больного ребёнка заключается в осторожном осведомлении родителей об особенностях заболевания для получения от них информированного согласия на выполнение, в случае необходимости, программы высокотехнологичной диагностики и лечения. При этом врачу желательно создать условия для непосредственного участия родителей в подготовительных мероприятиях к проведению тех или иных процедур. Таким образом достигаются две важные цели. С одной стороны, родители становятся членами команды специалистов (естественно, без права принятия медицинских решений), а с другой - сама программа диагностики и лечения осуществляется без существенных конфликтов со стороны ребёнка и его родителей. При этом врач должен понимать: родители всегда рассчитывают на то, что он наделён неординарными способностями (поскольку дело касается самого дорогого им существа на земле). Поэтому педиатру предлагаются следующие рекомендации.

После первоначальной беседы с родителями (без участия ребёнка) и при первой встрече с пациентом необходимо постараться вести себя подчёркнуто дружелюбно, с самоиронией, интересуясь увлечениями больного, но не переводить разговор в русло какой-либо дискуссии, которая способна отвлечь врача от выполнения своих непосредственных обязанностей.

Главная задача врача по ходу осмотра, опроса, аускультации, перкуссии и пальпации - расположить к себе ребёнка и тем самым одновременно получить негласное одобрение родителей на дальнейшее взаимодействие с ним.

Всё дальнейшее поведение педиатра в общении с больным и его родителями (ближайшими родственниками) должно быть пронизано личным спокойствием,

вниманием, оптимистичным настроем, удовлетворительными внешними атрибутами профессиональной деятельности.

Вместе с тем и пациент, и его родители должны с первых дней общения ощутить дистанцию, на которой находится их предупредительный, квалифицированный, радушный, но непреклонный в своих профессиональных требованиях лечащий врач. Родители должны осознать и внушить своему ребёнку, что лечебный процесс требует дисциплины и что именно соблюдение рекомендаций доктора - залог успешного лечения.

Кроме того, педиатру при общении с ребёнком следует не забывать об общих психологических особенностях детского возраста:

- непонимание степени опасности того или иного заболевания, а потому низкий уровень применения практик по обеспечению личностного самообладания;
- невозможность терпеть боль в ходе как высокотехнологичных инвазивных процедур, так и обычных заборов анализов;
- бережное и внимательное отношение к своему телу (особенно в подростковом возрасте и у девочек);
- склонность к самопроизвольному симулированию некоторых симптомов болезни и неоправданному нагнетанию страха для окружающих;
- низкие сознательно-волевые качества и склонность к фантазиям относительно своего состояния здоровья.

Следует особо заметить, что чем более серьёзно болен ребёнок, тем менее заметны его шалости, неусидчивость, необъяснимая капризность, плаксивость (например, даже грудные дети после операции на сердце, находясь в реанимации в сознании, и интубированные ведут себя в высшей степени сдержанно). Такое поведение ребёнка является дополнительным фактором оценки тяжести состояния маленького пациента.

С учётом высокого познавательного уровня детей, особенностей их психосоциального развития, пережитого личного опыта педиатр обязан осознавать повышенную степень трагизма в их ощущениях и стремиться избегать невольной психологической травмы ребёнка, которая может случиться (и, как правило, носит затяжной характер) после не продуманной в деталях беседы врача с ним (в присутствии или без родителей) по поводу объявления неблагоприятного диагноза.

Опыт показывает, что пациентов, напуганных предстоящим хирургическим лечением, не следует убеждать в необходимости немедленного вмешательства. Им требуется определённый период психологической и моральной адаптации с обязательным участием родителей. Невыполнение этого правила способно нарушить пластичность психики ребёнка, привести к депрессии, которая со временем может вылиться в самостоятельную патологию.

Врачу также важно учитывать и положение родителей ребёнка (в особенности молодых), которые, особенно в острый период течения заболевания, находятся в стрессовом состоянии. Врачу необходимо в этой ситуации дозированно снабжать их информацией о состоянии здоровья ребёнка, его возможном ухудшении, стабилизации. Исключения составляют экстренные случаи, требующие немедленного реанимационного пособия или хирургического вмешательства. Однако при первой же возможности врач обязан проинформировать родителей ребёнка о результатах выполненных внеплановых мероприятий.

Очень непросто сообщать родителям детей о поражении ЦНС (например, в результате травмы головного мозга) и риске возможного развития глубокой умственной

отсталости. В то же время своевременно проинформировать их об этом - прямая обязанность врача.

Не следует также скрывать от родителей и ребёнка наличие у него жизнеугрожающего, а порой неизлечимого заболевания (СПИД, злокачественная опухоль, лейкоз и т.д.). В настоящее время преобладающей во врачебном сообществе является позиция, согласно которой ребёнок должен быть проинформирован о своём тяжелом заболевании. Чаще всего эту трудную миссию берёт на себя педиатр. По отношению к детям это особенно трудная задача, поскольку все дети вне зависимости от их возможностей и способностей являются смыслом жизни для родителей, успокоением для бабушек и дедушек, очень близкими и родными для братьев и сестёр, и поэтому гибель каждого ребёнка - это трагедия для семьи и большая потеря для нации.

В наши дни под термином «ятрогенные заболевания», кроме того, подразумевают отклонения в состоянии ребёнка, которые обусловлены необдуманно медицинскими заключениями педиатра; его искренними профессиональными заблуждениями; некорректными высказываниями в присутствии ребёнка; нарушениями протоколов ведения пациентов; ошибками в использовании высокотехнологичных медицинских средств или недостатком персональных знаний и опыта врача. Иными словами, речь идёт об обстоятельствах, вытекающих из ошибок организации лечебного процесса и элементарных нарушений правил ювенильной биоэтики. В этом случае велика роль коллегиального решения проблем (в том числе с помощью местного этического комитета) и совместного достижения конечного позитивного результата лечения. В противном случае родители пациента вправе обратиться в надлежащие инстанции, вплоть до ходатайства о возбуждении уголовной ответственности. При этом педиатр не должен допускать развития у себя синдрома эмоционального выгорания, проявление которого (в особенности у молодых специалистов) может быть связано и с летальным исходом лечения ребёнка. От лечащего врача требуются особый такт, деликатность и выражение сочувствия при общении с родителями. Начальные навыки врача при действиях в этой ситуации должны формироваться ещё на обучении в медицинском вузе при прохождении курса биоэтики, а также в ординатуре, интернатуре.

Таким образом, с учётом вышесказанного, действия лечащего врача, приведшие к неблагоприятному развитию событий, можно разделить на три самостоятельные группы: несчастные случаи по ходу ведения ребёнка; врачебные ошибки (прямые и косвенные); упущения как результат непрофессионального поведения по отношению к больному. Подробный анализ этих действий проводится как руководством отделения, так и руководством ЛПУ (с привлечением этического комитета клиники), а также - в отдельных случаях - судебными инстанциями.

Отметим, что основным критерием врачебной ошибки педиатра является добросовестное заблуждение, связанное, например, с аномалиями анатомии организма (как это бывает при радикальной коррекции ВПС или других врождённых пороков развития); сложностью и недостатками методов высокотехнологичной диагностики и лечения (например, в ядерной медицине); неразвитостью отдельных направлений медицинской науки; чрезвычайными сложностями постановки правильного диагноза; отсутствием надлежащего опыта ведения тяжёлых пациентов как на индивидуальном уровне, так и на уровне лечебного учреждения, ошибками применения правил ювенильной биоэтики.

Характерно в связи с этим мнение профессора И.В. Давыдовского: «Количество ошибок по мере повышения квалификации скорее увеличивается, чем падает». Это, по нашему мнению, может объясняться тем, что более квалифицированный врач, как правило, чаще привлекается к диагностике и лечению особо сложных больных, у которых течение заболевания зачастую проявляется на уровне феномена, сравнимого разве что с неожиданным проявлением новых талантов у детей-индиго. Отметим, что ведение детей со сложными диагнозами и потенциальная опасность допущения при этом врачебных

ошибок чреватых к тому же негодованием родителей, которые чаще всего необоснованно винят врачей в безграмотности и требуют заменить лечащего врача. Единственным выходом из этой непростой и конфликтной ситуации становится достижение в конечном итоге положительного результата лечения ребёнка на радость родителям и к удовлетворению профессиональных амбиций врача, отвечающих принципу «Post hoc - ergo propter hoc» («После этого - значит, вследствие этого»).

Необходимо подчеркнуть, что в настоящий исторический период времени развития высокотехнологичной медицины ювенильная биоэтика сталкивается с нивелировкой в обществе понятий гуманности, доброты, милосердия и сострадания к детям. Это положение отражается и на деятельности отдельной категории педиатров (небольшой по численности, но заметной для врачебного сообщества), которые в нарушение философских подходов И. Канта ставят во главу лечебного процесса не цель, а финансовые средства для её достижения.

С интересом отметим, что по оценкам родителей врачи, которых можно назвать «детскими эскулапами», стараются разговаривать с пациентом на обычном и доступном для него языке. По их мнению, чем мудрее детский врач, тем он проще, тем больше его любят дети - и он им отвечает взаимностью. Такой врач получает удовольствие от своей работы. Он никогда не станет уговаривать родителей приобретать дорогостоящие лекарства или проходить диагностическую процедуру в каком-либо частном центре. Родители и дети искренне и по достоинству обычно благодарят таких врачей.

Здоровье ребёнка во все исторические времена считалось высочайшей ценностью. Поэтому так строги и определены нормы, регламентирующие отношение к маленьким пациентам в педиатрической практике. Однако с развитием высокотехнологичной медицины, изменением форм оказания медицинских услуг, усилением требований ювенильной биоэтики происходят существенные изменения и в моделях отношений врача и пациента. Патерналистская модель отношений в медицине теряет свои позиции в современном обществе и уступает место принципу добровольного сотрудничества. Нравственная ценность автономии личности оказалась столь высока, что благодеяние врача, вопреки воле и желанию маленького пациента и его родителей, стало считаться некорректным в педиатрии. Широко распространилась норма, имеющая отношение к Хельсинкской декларации, согласно которой врач обязан предоставить родителям и больному подробную (в части, касающейся нынешнего состояния ребёнка) информацию (на простом и понятном языке, без запугивания) о причинах заболевания, особенностях его течения, потенциальных осложнениях и методах лечения.

Врачи-педиатры, в свою очередь, должны иметь собственные представления об объёме и содержании этой информации, по-своему оценивать компетентность представителей ребёнка при оформлении информированного согласия. Кроме того, при различных заболеваниях процедура получения согласия на лечение имеет свои особенности.

В современной педиатрии без согласия родителей лечение ребёнка не представляется возможным. Но есть случаи, когда лечить требуется в обязательном порядке, а родители не дают согласия на радикальное лечение, просят применить паллиативный метод, ссылаясь при этом или на свою плохую информированность, или на особую ценность их хрупкого чада. На этом основании можно утверждать, что содержание, форма и способ получения информированного согласия являются принципиальными условиями эффективности лечения ребёнка. Эта процедура, с одной стороны, дисциплинирует врачей, а с другой, накладывает серьёзные обязательства на родителей, которые до этого не сталкивались с подобным выбором. Сам ребёнок, тем более если уровень его интеллектуального развития высок, является компетентным пациентом.

Для выработки универсальной формы согласия воспользуемся готовым пакетом данных, полученных в ходе одного из профильных социологических исследований. Исследование показало, что информированное согласие в педиатрии включает: добровольное принятие компетентными родителями курса лечения их ребенка (или терапевтической инвазивной либо неинвазивной процедуры) после предоставления врачом адекватной информации; одобрение ребёнком (до 15 лет) решения родителей. При этом под компетентностью понималась способность принять решение, основанное на рациональных мотивах; способность прийти к обоюдно приемлемым результатам.

В исследовании было особо подчёркнуто, что любой родитель (доверенный пациента) может быть признан компетентным, если может принимать ответственные решения, основанные как на рациональных личных мотивах, так и на персональной ответственности за содеянное. Исследование наглядно показало, что в настоящее время в педиатрии врачи предоставляют родителям максимальную информацию только в 75% случаев. 20% родителей предпочитают получать информацию от своего ребёнка или других детей и их родителей до прямого контакта с врачом.

От таких родителей сложнее всего получить информированное согласие и, как правило, они являются причиной неоправданных конфликтных ситуаций. Они оказывают прямое давление на ребёнка, что мешает тому сформировать собственную установку на дисциплинированное лечение. Однако совпадение позиций ребёнка и родителей в выборе решения должно рассматриваться врачом как норма.

Как показали данные этого социологического исследования, многие педиатры уже готовы к принятию информированного согласия ребёнка как нормы, однако эта готовность осознается пока только группой, составляющей не более 25% от генеральной совокупности. Ещё около четверти педиатров составляют группу активных противников информированного согласия ребёнка. У них в латентной форме присутствует негативный настрой и по отношению к обязанности полностью информировать родителей и советоваться с ними (хотя открыто это выражает лишь незначительное число врачей). Примерно половина педиатров предпочитает жить и работать по инструкциям и не принимать участие в обсуждении их возможных изменений.

В выводах этого исследования подчёркивается, что способность к информированному согласию вырабатывается у ребёнка постепенно, но не эволюционно, по мере развития систем организма и жизненного опыта. При этом модель поведения врача выбирается в соответствии со стадией социализации и поведением родителей и всегда ориентирована на формирование у ребёнка навыков компетентного общения в звене «врач-пациент». В связи с этим представляется целесообразным отметить, что в последние десятилетия в педиатрической практике появились свои особенности, связанные с ведением детей особой формы социализации. К ним в первую очередь относятся дети-индиго.

Термин «дети-индиго» впервые появился в 70-х гг. прошлого века. Так последователи мистического учения «нью эйдж» называли особо одарённых детей, у которых цвет ауры, как они считали, такой же тёмно-синий, как и у джинсов, которые эти дети так любят носить (впрочем, последний аргумент, скорее всего, носит чисто рекламно-коммерческий характер). Некоторые полагают, что языком этих юных дарований Создатель говорит с миром; другие считают, что они являются очередным звеном эволюции цивилизации; третьи, восторгаясь их способностями, не могут предложить ничего путного для объяснения этого феномена, кроме заключения о том, что их разум - это свет из чёрных дыр нашей Вселенной, гипотезы о строении которой ребята иногда на равных обсуждают с представителями научного сообщества. Однако что бы ни говорили по поводу этих необычных созданий, понятным остаётся одно: явление это требует учёта в педиатрической практике.

Чем же внешне выделяются эти дети? Как правило, они очень активны в быту и не признают авторитетов (будь то учитель в школе, учёный с именем и т.д.). Им не по нутру однообразная деятельность (например, письменные работы, требующие аккуратного изложения на бумаге домашнего задания), которую они с удовольствием меняют на диспуты по научной или политической проблематике и поиск различной информации в Интернете.

По наблюдениям известного психолога из РГПУ им. А.И. Герцена В. Каменской, таких детей отличает эволюционная «продвинутость» и редкая интеллектуальная одарённость. Группа студентов из научного кружка этого университета провела исследование, в котором рассмотрела человека как сложную самоорганизующуюся динамическую систему. Студенты изначально полагали, что одним из ведущих факторов в эволюционно-биологическом становлении человека как вида является так называемая степень ювенильности. Именно этот фактор определяет интеллект человека и некоторые его психологические особенности. Исследователи отобрали 150 детей, относящихся приблизительно к одной и той же социальной группе. Первое тестирование они провели, когда детям исполнилось 5 лет, а затем повторили его на той же группе спустя год. В выводах исследования было отмечено, что у всех отобранных детей группы индиго наблюдается усиленный темп роста умственных способностей. Иначе говоря, данный тип детей, по их оценкам, формирует группу высокоювенильных подростков, которая характеризуется гораздо более высокими интеллектуальными способностями, нежели их обычные сверстники. Также известно, что дети-индиго характеризуются низкими адаптационными ресурсами и по этой причине обладают, как правило, слабым здоровьем. Например, дети с ДЦП также иногда обладают незаурядными интеллектуальными данными. Один из таких больных из США во взрослом возрасте возглавил крупную лабораторию по изучению нашей галактики и сделал уже несколько громких открытий.

Чтобы квалифицированно оказывать медицинскую помощь детям-индиго, врач должен очень чётко понимать их психологию и сложившийся стереотип отношения к ним родителей, которые рано осознали, что необычайные способности их чада сопряжены с серьёзными проблемами со здоровьем.

В специальной литературе распространено мнение, что увеличение количества особо одарённых детей в последние годы определяется успехами акушерства и неонатологии. Мы уже отмечали, что рост интеллектуальных способностей у детей сочетается с отставанием в физическом развитии. Соответственно, успехи неонатологии (в части выхаживания ослабленных и недоношенных детей, борьбы с инфекциями и т.д.) и определяют появление феномена детей-индиго.

Разумеется, некоторые специалисты могут счесть такое повышенное внимание именно к детям-индиго излишней «роскошью». Ведь, кроме них, существуют и другая категория детей, также требующая пристального внимания отечественной системы здравоохранения, - это дети с ограниченными возможностями (как с врождёнными пороками развития, так и с приобретённой инвалидностью). Следует отметить, что многие из них появились на свет только благодаря священному правилу уважения позиции матери в отношении права на рождение такого ребёнка. При этом государство наравне с родителями стремится оказать этим детям всемерное содействие в выработке их собственной стратегии жизни.

Однако, не противопоставляя детей-индиго детям с ограниченными возможностями, следует отметить, что зачастую именно одарённые дети, став взрослыми, создают интеллектуальные ресурсы, которые в конечном итоге, материализуясь, позволяют формировать дополнительные значительные поступления в бюджет государства. Таким образом, взрослые граждане, ещё в детском возрасте причисленные к

одарённым, являют собой источник финансовых средств, который «работает» в том числе и на благо детей с ограниченными возможностями.

Помимо детей-индиго, врачи-педиатры нередко сталкиваются с ведением детей, которые с момента своего рождения или в более отдалённый период времени оказались в трудной жизненной ситуации и социализация которых значительно осложнена (к ним относятся дети-инвалиды из специализированных интернатов, дети из домов малютки и детских домов, беспризорные дети и т.д.). Эти пациенты представляют сложную социально-медицинскую проблему, решение которой сопряжено в том числе с особыми подходами биоэтического сопровождения, включающего такой важный элемент лечебного процесса, как информированное согласие на выполнение высокотехнологичной и зачастую небезопасной медицинской процедуры.

Отметим, что в целом практика информированного согласия в педиатрии соответствует современным требованиям охраны здоровья матери и ребёнка, сформулированным в международных и национальных нормативно-правовых актах. По мере взросления дети (причём любого уровня социализации) должны постепенно становиться основными партнёрами врача в принятии решения относительно их здоровья, перенимая ответственность как от родителей, так и от окружающих их людей, заменяющих им близких родственников.

В конечном итоге получение врачом согласия от ребёнка - это интерактивный процесс, при котором стороны делятся информацией и её оценкой и принимают таким образом совместное решение о выполнении различных этапов диагностики и лечения. Как отмечалось выше, не все педиатры считают, что необходимо получать информированное согласие от ребёнка. Это означает необходимость повышения уровня компетентности врачей в этой важной области ювенильной биоэтики.

Дополнительный анализ паспортных данных участников социологического исследования позволил определить общие черты сторонников применения информированного согласия в педиатрической практике. Это в основном матери детей младше 11 лет, которые находились в детском стационаре более 2 недель и чьё состояние за период лечения улучшилось. Эти женщины в основном имеют высшее и незаконченное высшее образование, (больше половины - разведены). У них средний уровень доходов и удовлетворительные жилищные условия. Все они - городские жители. В то же время для отцов в меньшей степени характерно обращение за информацией о состоянии ребёнка к лечащему врачу.

На нынешнем историческом этапе развития педиатрии наблюдается предрасположенность специалистов к коллегиальной модели взаимоотношений в детской медицине, при которой информированное согласие является нормой и утверждает равную ответственность врача, родителей и ребёнка за здоровье.

По результатам исследования выявлены особенности получения информированного согласия для некоторых заболеваний:

- при гастродуоденитах и других подобных заболеваниях сложность инструментального обследования и неудобства, которые испытывает при этом ребёнок, обуславливают необходимость получения одобрения ребёнка;
- в случае энтеропатий можно объединить в одной форме согласие на обследование, лечение и обязательства по соблюдению реабилитационных мероприятий;
- в случаях бактериальных осложнений ОРВИ педиатры должны выработать систему самоконтроля, которая позволила бы сократить использование антибактериальных средств;

■ при лечении пневмоний основной задачей является выбор препарата; врач при этом руководствуется, помимо ожидаемой эффективности, и потенциальной токсичности лекарства для ребенка, удобством применения препарата и его стоимостью. И здесь выбор осуществляется совместно врачом и родителями. Также должны быть оговорены длительность лечения и обязанности родителей по уходу за ребёнком;

■ при лечении дерматитов может применяться стандартная форма получения информированного согласия с необходимыми уточнениями в плане лекарственной терапии;

■ в случаях неизлечимых заболеваний, если ребёнку предстоит умереть, не оспаривается право родителей выбрать для него более щадящий вариант ухода из жизни, например отказ от мучительных операций. Обязательство врача облегчить боль и страдание столь же морально в данном случае, как и обязательство по сохранению жизни любыми доступными средствами.

Более 150 лет назад один из основоположников терапии в России М.Я. Мудров отметил следующие обязательные качества настоящего врача: «гуманное отношение к больному, бескорыстие, правдивость, учёность, скромность, трудолюбие, культурность, коллегиальность, участие в общественной жизни, постоянное совершенствование своих знаний и любовь к Родине». К этому в отношении ведения больных детей можно добавить только одно: любовь к детям и желание получить взамен их радостную улыбку.

4.4. СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА С ПОЗИЦИЙ ЮВЕНИЛЬНОЙ БИОЭТИКИ

Ещё в глубокой древности люди начали применять различные природные лекарственные вещества растительного и животного происхождения. Фармацевты прошлого пытались применять вещества, выделенные из живых организмов животных, для борьбы с различными болезнями, но настоящий бум создания лекарственных препаратов на основе синтеза различных веществ начался с прогрессом химической науки. В 1891 г. П. Эрлих (P. Erlich) разработал теорию применения химических соединений для борьбы с инфекционными заболеваниями. Отметим, однако, что до 95% детских лекарственных препаратов, применяемых в педиатрии, детской хирургии и т.д., созданы за последние 30-40 лет.

К детским лекарственным средствам относятся фармакологические средства (вещества или смеси веществ), прошедшие полный цикл клинических испытаний, разрешённые Минздравсоцразвития России к применению для нужд профилактики, диагностики, лечения заболеваний у детей и занесённые в государственный реестр лекарственных средств. Качество лекарственных средств, применяемых для лечения детей, контролирует Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Качество оказания медицинской помощи детям в значительной мере зависит от наличия и доступности лекарственных средств. Поэтому обеспечение всей системы защиты материнства и детства эффективными и безопасными фармакологическими препаратами - важная задача отечественного здравоохранения.

Нынешняя государственная политика по обеспечению детей лекарственными средствами и медицинскими изделиями направлена на предоставление их потребителям в достаточном качественном ассортименте и объёме по доступным ценам (особенно в период пандемий). Основным направлением реализации государственной политики в области лекарственной помощи детям должно быть лекарственное, в том числе льготное, обеспечение медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий.

Как показывает международный опыт, рациональное обеспечение детскими лекарственными средствами (далее - ДЛС) является наиболее эффективным способом оптимизации использования государственных бюджетных средств. Согласно рекомендациям ВОЗ, первым этапом в этой работе является введение национального перечня жизненно важных лекарственных средств.

Качественно новым этапом возможного перехода к рациональному назначению и использованию ДЛС является совершенствование формулярной системы. Формуляры лекарственных средств составляются на основании стандартов лечения и выбора лекарств с оптимальным соотношением эффективности, безопасности и стоимости. Уже сегодня опыт внедрения формуляров в ряде регионов нашей страны свидетельствует об экономии 25-30% государственных бюджетных средств.

В нашей стране от 3 до 15% всех обращений родителей к врачу вызваны ухудшением состояния здоровья ребёнка в связи с применением лекарств, а причиной 3-5% госпитализаций являются осложнения фармакотерапии. Независимыми общественными организациями (к ним относятся различные ассоциации врачей и другие организации, изучающие проблемы медицинской практики, а также объединения пациентов) установлено, что в среднем побочные эффекты лекарственной терапии развиваются у 10-30% госпитализированных больных. Во второй половине XX в. сложилась традиция оценки ДЛС по двум параметрам: безопасность и эффективность. С резким подорожанием лекарственных технологий возникла необходимость анализа оправданности финансовых затрат при использовании того или иного препарата. Так в мире родилась новая наука - фармакоэкономика, которая в наши дни развивается бурными темпами. Различия в тактике оказания медицинской помощи детям поставили вопрос об оптимальном характере медицинской помощи. Эту задачу решает клиническая эпидемиология - наука, позволяющая осуществить прогнозирование для каждого конкретного пациента на основании изучения клинического течения болезни в аналогичных случаях с использованием строгих научных методов изучения групп больных для обеспечения точности прогнозов результатов лечения. Эта дисциплина призвана оказывать стимулирующее действие на качество медицинской помощи. Мы знаем, что только 5-15% случаев оказания некачественной медицинской помощи обусловлено индивидуальными особенностями течения заболевания, а 85-95% являются результатом дефектов самой системы организации медицинской помощи. Достижения медицинской науки последних 25 лет и экономики здравоохранения, развитие управления инновационными процессами коренным образом изменили педиатрическую практику не только в Западной Европе и Северной Америке, но и в России. Сегодня общепризнано, что совершенствование детского здравоохранения должно включать в себя четыре обязательных составляющих: финансовые инвестиции; ориентацию на высокотехнологичную медицину; опору на точные научные методы эмпирической педиатрии и развитие юве-нильной биоэтики. Объём и структура лечебной помощи детям регулируются в нашей стране медико-экономическими стандартами. В их основе лежат клинические представления о некоей «достаточности» всех аспектов этой помощи (методов лабораторной и инструментальной диагностики, выбора лекарств, длительности лечения, контрольных процедур, консультаций специалистов и т.д.) при конкретном заболевании. Зачастую в педиатрической практике это приводит к тому, что врачи ориентируются в своей деятельности не на особенности состояния больного ребёнка, а на требования медико-экономических стандартов. В результате стандарты иногда заведомо ведут к избыточности мероприятий детской медицинской помощи и становятся причиной истощения физических и моральных сил ребёнка (ярким примером может служить научно комментированный в литературе случай госпитализации российского ребёнка в возрасте 2 лет в отделение детской трансплантологии клиники в Италии, когда новый

лечащий врач вынужден был отсрочить проведение жизненно важной операции из-за физического истощения ребёнка, находившегося до этого на стационарном лечении). С другой стороны, оценка качества лечебного процесса в педиатрии должна производиться по конечным результатам: снижению смертности, заболеваемости, инвалидизации или улучшению функциональных показателей у хронически больных детей. Одним из важнейших направлений в акушерстве-гинекологии и педиатрии является постоянное совершенствование системы подготовки кадров и организационно-штатной структуры этих служб. Быстрые изменения медицинской практики требуют от врачей постоянного повышения квалификации. Некоторые североамериканские исследования продемонстрировали выраженную обратную зависимость между врачебным стажем и уровнем знаний, а также диагностическими и лечебными навыками. По мнению авторов исследований, врач обладает наилучшими клиническими навыками сразу после окончания интернатуры (ординатуры).

В России периодически проводятся курсы усовершенствования врачей, существуют многочисленные специальные платные курсы повышения квалификации. Каждая крупная клиника (научный центр) считает своим долгом проводить на своей базе целый ряд курсов ежегодно. Однако социологические исследования показывают, что процент врачей, регулярно участвующих в этих курсах, составляет от 20 до 40%, а многие врачи не считают обязательным выписывать специальную литературу, мало участвуют в российских и международных профильных конференциях и конгрессах, не печатаются в медицинских журналах, рекомендованных ВАК РФ. Так, к примеру, максимальный подписной тираж общемедицинского журнала в России - 15 000 экземпляров (на 650 тыс. врачей).

Отметим, что в России медицинские нормативы устанавливаются на государственном уровне. Государственное регулирование детского здравоохранения находится под непосредственным политическим контролем Президента России. Однако государство может гарантировать квалифицированную медицинскую помощь детям, но не их здоровье. Образ жизни и генетические особенности определяют состояние здоровья в большей степени, чем государство и врачи. Российские педиатры должны разъяснять родителям, что их осведомлённость может существенно повлиять на состояние здоровья их детей, а их забота во время болезни существенно влияет на процесс выздоровления. Многочисленные исследования, проводимые у нас в стране и за рубежом, показывают, что больные дети, имевшие психологическую поддержку (заботу, тёплое отношение, любовь) родителей, не только лучше чувствуют себя во время болезни, но и гораздо быстрее реабилитируются. Родители также должны знать, когда нужно обращаться к врачу. Для этого они обязаны научиться отличать важные симптомы от незначительных. Родители и ребёнок вполне в состоянии сами справиться с легкими недомоганиями, такими как, к примеру, вирусные инфекции верхних дыхательных путей, что весьма существенно влияет на уровень нагрузки в детских медицинских учреждениях. Эти методы были апробированы одной из страховых компаний, которая всем своим клиентам раздавала «Справочник по вопросам здоровья». Число обращений к врачу в обслуживаемых ею ЛПУ значительно сократилось по сравнению с учреждениями, где этот справочник не распространялся. Ещё важнее научить родителей вовремя распознавать симптомы серьезных заболеваний ребёнка, требующих неотложной помощи. Раннее распознавание и быстрая медицинская помощь хронически больным детям может существенно снизить детскую смертность. На следующем этапе родителям следует побольше узнать о хронической болезни своего ребёнка, чтобы как можно раньше распознать обострения заболевания, осложнения, внести коррективы в лечение или предпринять другие самостоятельные действия. Есть убедительные доказательства существенной выгоды самолечения при хронических заболеваниях. Так, обучение болеющих астмой детей и их родителей самостоятельным действиям в сложных

ситуациях сократило число вызовов скорой помощи на 79%, а частоту госпитализаций - на 86%. Некоторые страховые компании также проводили рандомизированное клиническое исследование эффективности лекций с демонстрацией слайдов о лихорадочных состояниях у детей. Результаты его показали, что родители, прослушавшие такие лекции, обращались к врачу по поводу повышения температуры у ребенка на 35% реже. Кроме того, на 25% ниже была и общая частота обращений по поводу острых заболеваний.

Э.Э. Бартлетт (E.E. Bartlett) проанализировал исследования, по-священные моральной и экономической целесообразности обучения родителей больных детей, и показал, что в среднем на каждый доллар, вложенный в обучение, экономится от трёх до четырёх долларов в сфере медицинского обслуживания детей. Наиболее выгодным было обучение родителей при таких заболеваниях детей, как астма, инфекции верхних дыхательных путей и т.д. Врачи также могут достаточно успешно помочь родителям и инициировать совместно с ними программу здорового образа жизни ребёнка. Как показывает опыт Финляндии, США, Канады и некоторых других стран, отношение общества к образу жизни можно изменить. Чтобы общество оценило важность здорового образа жизни, нужно через средства массовой информации распространять соответствующие материалы, особенно по поводу употребления спиртного, табачных изделий и наркотических средств, поведения на дорогах и т.д. Кроме того, необходимо поощрять проведение специальных занятий по здоровому образу жизни в школах.

Необходимо на государственном уровне регулировать рекламные кампании, научно обосновывать вредность рекламирования продукции, неблагоприятно влияющей на здоровье детей. И надо сказать, что многие из названных мер в России одобрены на законодательном уровне. Теперь наступил самый важный этап - добиться соблюдения этих законов и принимать строгие меры к их нарушителям.

Представляется целесообразным обеспечить перевод, а также разрабатывать и распространять как на коммерческой основе, так и через лечебные учреждения (бесплатно) книги, пособия, аудио- и видеоматериалы о самопомощи при лёгких недомоганиях и о том, когда надо обращаться к врачу, а также о самолечении при хронических заболеваниях и о том, как следить за своим состоянием и вносить индивидуальные коррективы в назначаемое врачом лечение.

Родители должны участвовать в принятии решения по поводу предстоящих жизненно важных вмешательств или процедур, риск которых велик или научные знания о которых противоречивы. Врачи должны знать, насколько больные дети удовлетворены качеством оказываемой им медицинской помощи.

В заключение отметим следующее:

- клиническая эпидемиология и научно обоснованные практические рекомендации позволят акушерам-гинекологам, неонатологам и педиатрам пересмотреть существующее положение дел и освободиться от неэффективных методов лечения детей;
- с точки зрения прав человека, экономической целесообразности и ювенильной биоэтики больные дети и их родители должны иметь возможность выбирать себе лечащего врача. Это необходимо для поддержания морально-этически обусловленной медицинской конкуренции - важного компонента повышения качества медицинской помощи детям;
- первичная помощь детям может занять более важное место в системе защиты материнства и детства, она должна быть тесно связана с работой специалистов как в детских поликлиниках, так и в детских больницах для обеспечения непрерывности лечебного процесса;
- необходимо, чтобы родители больного ребёнка участвовали в выполнении программы его диагностики и лечения (без права принятия медицинских решений).

Глава 5. ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ РЯДА НОВЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ

5.1. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И БИОЭТИКИ

Основная роль поведенческой медицины состоит в том, что она выступает интегрирующей основой для практического применения достижений в области поведенческих и биомедицинских наук, относящихся к физическому здоровью и болезням. По мнению историков медицины, поведенческая медицина объединяет клиническую психологию, эпидемиологию, социологию медицины, антропологию, биоэтику с такими биомедицинскими науками, как физиология, эндокринология, иммунология, фармакология, анатомия, диетология, а также с некоторыми отраслями практической медицины и здравоохранения.

В истории мирового развития поведенческой медицины выделяют два важных научных события. Первое - возникновение бихевиоризма в начале XIX в. В США его основоположником был Джон Уотсон (John Watson), критиковавший субъективность и ментализм психологии того времени и считавший, что бихевиоризм может обеспечить объективность в изучении поведения людей. Уотсон разработал следующие принципы, ставшие основой этого нового направления: утверждение доминирующего значения среды, отказ от рассмотрения скрытых индивидуальных факторов, тезис о «научности» человеческого поведения. Однако в тот момент его экстремистская позиция не получила поддержки в научном сообществе. В результате были разработаны новые версии бихевиоризма. Основную роль в этом процессе сыграл Б.Ф. Скиннер (B.F. Skinner). Он исповедовал радикальный бихевиоризм, который серьёзно повлиял как на поведенческую медицину (в первую очередь на прикладной анализ поведения), так и на психологию в целом. Скиннер также утверждал, что единственным допустимым объектом научного исследования является явное поведение, и отвергал менталистские концепции. Второе историческое событие касается появления экспериментальных исследований по поведенческой психологии.

На рубеже XX столетия русский учёный-физиолог и нобелевский лауреат И.П. Павлов, создал основы теории выработки условного рефлекса. Примерно в тот же период в США Е.Л. Торндайк (E.L. Thorndike) провёл свои новаторские исследования в этой области, посвященные поведенческим навыкам животных. Было установлено явное влияние награды и наказания на поведение. С конца 30-х гг. Б.Ф. Скиннер также активно разрабатывал концепцию выработки поведенческих навыков.

После Второй мировой войны в США изучение процесса выработки условных рефлексов и принципов научения включало активные эксперименты на животных. При этом соблюдались определённые нормы этики, определённые И.П. Павловым и Б.Ф. Скиннером.

В 1924 г. Мэри Джонс (Mary Jones) было описано применение поведенческих процедур для преодоления страхов у детей. В 1938 г. О.Г. Мау-пер (O.H. Mowrer) и Э. Маурер (E. Mowrer) использовали разработки в области формирования условного рефлекса для лечения энуреза. Созданный ими метод и сейчас активно используется при лечении данного заболевания. В то время эти исследования не оказали серьёзного влияния на развитие психотерапии. Это отчасти объясняется тем, что считалось, будто принципы формирования условного рефлекса у животных слишком примитивны и использовать данные наработки при лечении сложных заболеваний человека некорректно.

По мнению Р. Корсини (R. Corsini) и А. Ауэрбаха (A. Auerbach), в поведенческой медицине объединены наработки поведенческих наук и биомедицины, касающиеся физического здоровья и болезней. По нашему мнению, все работы в этой области должны быть биоэтически обусловлены.

В наши дни поведенческая медицина включает проведение фундаментальных и прикладных исследований. Она требует обязательной биоэтической оценки имеющихся в её распоряжении знаний и методов профилактики, диагностики, терапии и реабилитации. Данные, приведённые в недавнем докладе Государственной службы здравоохранения США, свидетельствуют о том, что 50% смертей (от 10 самых распространённых причин) обусловлены образом жизни. Вывод из этого следующий: «Главная возможность дальнейшего улучшения здоровья нации заключается в изменении гражданами своего порой очень нездорового поведения».

К стойкому типу нездорового поведения граждан относится курение - один из существенных вредных для здоровья факторов образа жизни. Многие исследования показывают, что в результате курения сигарет возникают серьёзные сердечно-сосудистые патологии, рак полости рта, лёгких и пищевода и лёгочные заболевания, такие как эмфизема, бронхиальная астма и т.д.

Другой распространённой вредной привычкой является злоупотребление алкоголем, которое зачастую ведёт к циррозу печени, панкреатиту, несчастным случаям, убийствам, пожарам и производственным травмам. Питание также может сказываться на здоровье. Крайне опасной для здоровья является нервная анорексия. Это добровольное голодание, принимающее экстремальные формы, которое чаще всего встречается у молодых девушек.

Более серьёзной проблемой, особенно в таких государствах, как США, является ожирение. Если вес превышен на 50-60%, то смертность повышается на 150-250%. В результате ожирения отмечается повышенный риск развития гипертонии, диабета и сердечных заболеваний. Кроме того, хирургическое вмешательство у лиц с повышенным весом затруднено.

Несоблюдение медицинских предписаний представляет собой ещё одну проблему, которой занимается поведенческая медицина. Следование рекомендациям врача может позволить некоторым группам пациентов избавиться от названных выше вредных привычек. Преобладание краткосрочных результатов над долгосрочными зачастую свидетельствует о несоблюдении медицинских предписаний пациентами. Известно, что от трети до половины больных не принимают прописанных им лекарственных средств. Важную роль в поведенческой медицине играют также опосредованный синдром Мюнхаузена, эффекты эмоционального стресса и другие психосоциальные факторы. Их типичным следствием является повышенный риск возникновения широкого спектра расстройств: от внезапной остановки сердца до инфаркта миокарда, гипертонии, инсульта, диабета, желудочно-кишечных заболеваний, множественного склероза, туберкулёза, гриппа, воспаления лёгких, головных болей, бессонницы и т.д.

Ещё одним аспектом поведенческой медицины является изучение психологических проблем, вызванных серьёзной травмой или болезнью. Травмы или болезни приводят некоторых лиц в состояние сильной депрессии, сопровождающееся дополнительными неблагоприятными физиологическими и поведенческими эффектами, которые могут усугубить их болезненное состояние. В связи с вышеизложенным отметим, что теорию поведенческой медицины невозможно сформировать без взаимной увязки новых знаний в области биоэтики, клинической психологии, социологии медицины, экономики здравоохранения и т.д. В решении проблем поведенческой медицины очень велика роль врачебного персонала. Важной составляющей успеха профессиональной деятельности врачей является их адекватное взаимодействие (контактность) с пациентами и организаторами здравоохранения различных уровней.

Серьёзной проблемой является оценка мотивации деятельности руководителя медицинского учреждения, врача - исполнителя медицинских услуг и пациента -

потребителя этих услуг с позиций биоэтики и поведенческой медицины. Изначально действия всех этих субъектов направлены на обеспечение и получение высококачественной медицинской помощи. Однако каждому из них присущи разные конечные показатели оценки медицинской деятельности.

Так, для руководителя медицинского учреждения основными показателями медицинской деятельности организации являются:

- а) адекватный административный контроль эффективности расходования врачевным персоналом внутренних материальных ресурсов, профессионального поведения врачей;
- б) условия приобретения ЛПУ качественных медицинских ресурсов для организации предоставления профильной медицинской помощи потребителям в достаточном объёме на определённых условиях.

С точки зрения руководителя организации стремление к конкурентоспособной деятельности является важным стимулом поддержания лечебно-диагностического процесса на высоком уровне. К специфическим интересам непосредственного производителя медицинских услуг гражданам можно отнести: удовлетворение врача своей заработной платой, выбранной профессией, условиями труда, возможностями профессионального и научного роста, наличие в организации определённого уровня социальной поддержки сотрудников (социальный пакет) и т.д. Интересы пациента включают прежде всего возможность получения доступных и качественных медицинских услуг в амбулаторных или стационарных условиях.

В нашем представлении, концепция «поведенческой медицины» отражает наличие нескольких дополнительных проблемных полей:

- а) разносторонние риски при применении новых, широко не апробированных достижений медицинской науки (они при определенных условиях могут представлять угрозу для благополучия пациента вследствие недостаточной изученности возможных осложнений применения новых лекарственных средств, технологий и протоколов ведения больных);
- б) необходимость системной внутриклинической деятельности по предупреждению врачебных ошибок (возникающих вследствие как неквалифицированного соблюдения протоколов ведения больных, так и фундаментальных проблем здравоохранения);
- в) влияние дополнительных поведенческих факторов на состояние здоровья граждан. К ним относятся:
 - несоблюдение пациентами назначений лечащего врача, а также, например, личного графика прохождения медицинского обследования с участием разных специалистов с целью контроля над состоянием здоровья и его улучшением;
 - условия госпитализации пациентов или амбулаторного лечения;
 - наличие у пациента социально значимых и иных заболеваний (прежде всего инфекционного характера);
 - привычные способы лечения при недомогании (обращение пациента к врачу, народным целителям, самостоятельное лечение, игнорирование болезни и доведение своего состояния до критического уровня);
 - частое нежелание пациентов поддерживать хорошую физическую форму за счёт занятий физкультурой и спортом, туризмом, избавления от курения, спиртного и других вредных привычек, несоблюдение режима питания, труда и отдыха;
 - высокий уровень тревожности большинства пациентов, неуверенность в завтрашнем дне;

- неустроенность семейного положения и сложности, связанные с рождением и воспитанием собственных детей;
- алкоголизм, наркомания, бродяжничество и т.д.

Все вышеперечисленные аспекты требуют дополнительного научного исследования с позиций истории медицины и биоэтической концепции. Особый интерес с позиции биоэтической концепции вызывают теоретические наработки доктора философии, профессора Аспирантской школы прикладной и профессиональной психологии университета Рут-жерса Дж.Т. Вильсона (G.T. Wilson). Он полагал, что за два с небольшим десятилетия в поведенческой медицине произошли серьёзные изменения. Это обусловлено тем, что данная область науки активно использует достижения экспериментальной психологии и клинической практики. Поведенческая медицина стала комплексной, инновационной и детализированной областью медицины.

История медицины констатирует, что поведенческую медицину характеризует многообразие взглядов и подходов. В ней используется целый ряд гетерогенных методов, опирающихся на различные теории. Ведутся открытые дискуссии о концептуальных основах, методологических требованиях и критериях эффективности данной области медицины (Kazdin, Wilson, 1978). По мере расширения «территории» поведенческой медицины увеличились также области её пересечения с другими исторически сложившимися направлениями, в частности медициной катастроф, ядерной медициной, телемедициной, фармакоэкономикой, о которых мы поговорим ниже.

5.2. ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И БИОЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЕЁ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Рост числа чрезвычайных ситуаций (ЧС) в мире создаёт дополнительное бремя для всего международного сообщества, увеличивает смертность населения всех без исключения стран, снижает качество жизни людей. Возможность оказания полномасштабной многосторонней экстренной помощи в чрезвычайных ситуациях радикально влияет на облегчение этого бремени.

Чрезвычайные ситуации - опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения явления. Вызваны они обычно стихийными бедствиями, катастрофами и авариями. Чрезвычайная ситуация становится катастрофической, если приводит к серьёзным разрушениям, гибели, ранениям и страданиям многих людей. По оценке ВОЗ, стихийные бедствия (катастрофы) - это ситуации, характеризующиеся непредусмотренными, серьёзными и непосредственными угрозами общественному здоровью. Исследования Ю.А. Александровского, О.С. Лобастова, Л.И. Спивака и Б.П. Щукина показали, что психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях весьма схожи с развивающимися в обычных условиях нарушениями. Однако есть и существенные различия. Во-первых, в экстремальных ситуациях одновременно действует ряд психотравмирующих факторов. Вследствие этого и психические расстройства возникают у большого числа людей одновременно. Во-вторых, клиническая картина подобных нарушений не индивидуальна, как в обычных условиях; отмечается несколько типичных проявлений. В чрезвычайных ситуациях люди вынуждены преодолевать последствия стихийных бедствий - ради выживания и сохранения жизни близких. Среди реактивных состояний в ЧС выделяют невротические и патохарактерологические реакции, неврозы и реактивные психозы. Подчеркнём, что Центр экстренной помощи МЧС России постоянно собирает в ходе работ в различных региональных ЧС статистическую информацию, касающуюся этой классификации, для прогнозирования возможного объёма психологической помощи при других схожих ЧС и оценки предполагаемых затрат.

В ЧС одновременно действуют внешние и внутренние факторы. Они объясняют большинство проявлений реактивных состояний в подобных условиях. Особую роль играют патогенные обстоятельства - обстановка, острота и сила её воздействия, смысловое содержание. Одна из главных особенностей травм при ЧС состоит в том, что они «неактуальны для личности» и не связаны с особенностями преморбиды (Ушаков Г.К., 1987). Испуг проявляется на эмоциональном уровне, фактически неосознанно, «реакция возникает как бы рефлекторным путём, без интра-психической переработки» (Краснушкин Е.К., 1948; Heimann Н., 1971; Hartsough D.M., 1985). Интенсивность воздействия определяет не только меру «участия» индивидуальных особенностей пациента в формировании клинической картины. Она также влияет на длительность, выраженность, преобладающие формы и глубину психогенных расстройств. В совместном докладе на Первом Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров (1927, вскорости после землетрясения в Крыму) Л.Я. Бру-силовский, Н.П. Бруханский и Т.Е. Сегалов проанализировали нервно-психические реакции пострадавших. Учёные собрали определённую статистическую базу, хотя и проанализировали результаты без привлечения математического анализа. С их точки зрения, самым распространённым механизмом развития подобных реакций было «торможение высшей психической деятельности», приводящее к «шоку землетрясения», освобождающее «подсознательную сферу инстинктов». «Конституциональным моментам» они отводили «преимущественно пластическую роль» в формировании подобных расстройств.

История организации и функционирования службы медицины катастроф в Российской Федерации начинается с 90-х гг. XX в. В середине 80-х и начале 90-х отмечалось значительное увеличение числа и масштабов чрезвычайных ситуаций техногенного, биолого-социального и природного характера, в которые в ряде случаев были вовлечены значительные территории с большим количеством жителей. Ведущие специалисты по организации экстренной медицинской помощи проанализировали действия по ликвидации медико-санитарных последствий этих ЧС. Результаты анализа показали, что следует создать государственную систему медицины катастроф. В её задачи должно входить обеспечение быстрой и эффективной помощи населению в любых чрезвычайных ситуациях совместно с местными ЛПУ.

В 1994 г. было принято постановление Правительства РФ № 420 «О защите жизни и здоровья населения РФ при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами». Оно регламентировало создание Всероссийской службы медицины катастроф, входящей в российскую систему предупреждения и действий в ЧС и функционально объединяющей соответствующие службы, учреждения и формирования. Указано на необходимость разработки Положения о Всероссийской службе медицины катастроф и её организационной структуры. Эти основополагающие документы были утверждены постановлением Правительства Российской Федерации № 195 от 28 февраля 1996 г.

Всероссийская служба медицины катастроф функционирует на 5 уровнях: федеральном, региональном, территориальном, местном и объектовом. Головное учреждение - Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздравсоцразвития России. В России работает 9 региональных и 80 штатных территориальных центров медицины катастроф.

В медицине катастроф различают следующие типы ЧС:

- локального характера (1-10 пострадавших);
- территориального масштаба (10-50 пострадавших);
- регионального масштаба (50-500 пострадавших);
- федерального уровня (более 500 пострадавших);

- международного уровня (когда предусматривается привлечение медицинских сил и средств других стран).

Задачи Службы медицины катастроф включают:

- медицинскую разведку в зоне чрезвычайной ситуации;
- сортировку пострадавших;
- организацию эвакуации и эвакуацию пострадавших из зоны ЧС;
- организацию оказания помощи и непосредственно оказание помощи пострадавшим;
- привлечение дополнительных медицинских сил для помощи пострадавшим в случае необходимости;
- организацию госпитализации пострадавших;
- руководство действиями медицинских, аварийно-спасательных и всех других формирований и учреждений, администрации населённых пунктов в зоне ЧС по всем вопросам, связанным с пострадавшими.

Служба медицины катастроф России находится в подчинении Минздравсоцразвития РФ, но в связи со специфическим характером деятельности она имеет мало общего с другими органами и учреждениями здравоохранения и обычно работает в тесном взаимодействии с аварийно-спасательными формированиями МЧС России. Типовая структура территориального Центра медицины катастроф предусматривает наличие подразделений, отвечающих за сбор оперативной информации в зоне ЧС, диспетчеризацию процесса ликвидации последствий (прежде всего по вопросам взаимодействия сил и средств гражданской защиты населения). Особый профессиональный интерес вызывает деятельность региональных клинических отделов по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим, в состав которых входят врачи и фельдшеры, имеющие за плечами опыт работы на скорой помощи. МЧС России располагает собственной санитарной авиацией, мобильными госпиталями (время разворачивания которых в зоне ЧС исчисляется несколькими часами), а также штатной психологической службой, имеющей свои территориальные лаборатории. Немалое внимание уделяется медикаментозному обеспечению деятельности медицинского персонала клинических подразделений МЧС России. Примеры работы медиков по оказанию экстренной помощи пострадавшим во время летних пожаров 2010 г., ликвидации последствий землетрясения и цунами в Японии подтверждают, что российская служба медицины катастроф - одна из самых сильных в мире.

Одним из заметных событий в истории медицины катастроф является сложная работа всех подразделений в период летней аномальной жары и лесных пожаров в 7 крупных регионах Российской Федерации в 2010 г. Анализируя ситуацию с ликвидацией ЧС в зонах сплошных пожаров, эксперты службы отмечали, что при сложной реакции страха сознание пострадавших сужено, хотя в большинстве случаев они отвечают на внешние воздействия; отмечаются избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения. Особую роль в подобных случаях, по мнению специалистов в области медицины катастроф, играет возможность развития состояний паники, которая в прошлом была типичной при крупных землетрясениях (в Спитаке, Ташкенте, на Дальнем Востоке и т.д.). С точки зрения экспертов, панические расстройства вызваны одновременными аффективно-шоковыми реакциями у ряда пострадавших. Интересно, что эти пострадавшие могут влиять друг на друга и на окружающих. В результате возникают массовые эмоциональные расстройства, животный страх. Существует даже особая категория лиц, способных вызвать панику в подобных ситуациях. Эти личности характеризуются выразительными движениями, их

крики обладают гипнотизирующей силой; кроме того, подобные люди уверены в правильности своих действий. Они могут стать «лидерами толпы»; в результате возникает всеобщий беспорядок, люди оказываются неспособными оказывать помощь и вести себя рационально. Чаще всего «паникёры» - высококовнушаемые, эгоистичные, самолюбивые личности. Необходим особый биоэтический подход в работе с ними.

Как свидетельствует многогранный опыт службы медицины катастроф, при различных чрезвычайных ситуациях в мирное время (и при совершении террористических актов) предотвращение паники подразумевает предварительное обучение спасателей действиям в критических ситуациях, правдивое и полное информирование во время и на всех этапах развития ЧС. Необходима подготовка активных лидеров - людей, которые могут в экстремальной обстановке повести за собой, помочь пострадавшим спасти себя и других. Поэтому очевидно, что при ликвидации последствий ЧС необходимы особые технологии, учитывающие основные положения биоэтики.

Особенностью начала развития жизнеопасной ситуации в случаях, когда первый период катастрофы растянут во времени, является то, что опасность может не иметь признаков угрозы жизни (как, например, при аварии на Чернобыльской АЭС и на АЭС «Фукусима-1» в Японии). Поэтому осознание угрозы жизни и здоровью возникает лишь после получения официальной и неофициальной (слухи) информации из различных источников. Для предотвращения паники в этой ситуации специалисты службы медицины катастроф обычно проводят плановую информационную работу с учётом принципов биоэтики. Эксперты также отмечают, что тяжёлые стихийные бедствия и катастрофы - трудное испытание для многих людей. В случае значительных материальных потерь, гибели людей человек может надолго утратить способность действовать рационально. Здесь не помогает даже «психологическая защита».

Многие исследователи приходят к выводу, что профилактическая психологическая помощь с обязательным соблюдением мер биоэтического сопровождения является наиболее эффективным средством для предотвращения психической травмы. Таким образом, с позиций биоэтики можно сделать заключение, что превентивная психологическая помощь как во время чрезвычайного события, так и при преодолении его последствий должна быть биоэтически обусловлена по трём основным направлениям.

I. Биоэтическое сопровождение первичной психологической профилактики:

- всестороннее информирование спасателей и населения об опасностях, которые можно ожидать в зонах ЧС (данный вид информирования должен организовываться медиками и по ходу решения задач в зонах ЧС);
- обучение навыкам психологического контроля с применением безопасных и эффективных биоэтических технологий;
- регулярное восполнение психологической потребности спасателей в поддержке и отдыхе, а также прохождение ими в случае необходимости медико-психологической реабилитации с учётом критериев биоэтического сопровождения.

II. Биоэтическое сопровождение вторичной психологической профилактики:

- обучение медиков, психологов и спасателей оказанию первичной помощи с соблюдением принципов биоэтики;
- «психологическая сортировка» пострадавших в ходе оказания выездной помощи в зоне ЧС; для принятия решений об эвакуации с помощью санитарной авиации МЧС России;
- ранняя психологическая диагностика пострадавших и обеспечение безопасности применения лекарственных средств;

- первичная диагностика соматизации как возможного результата психического дистресса;

- перманентный сбор профильной информации для дальнейшего биоэтического сопровождения мероприятий по оказанию выездной помощи в ЧС.

III. Биоэтическое сопровождение третичной психологической профилактики:

- коррекция коморбидных расстройств у спасателей;

- повышенное внимание к семейному и бытовому дистрессу спасателей.

Важнейшей социально-психологической профилактической задачей, которая требует биоэтического сопровождения, является информирование населения о ситуации. Оно должно осуществляться непрерывно. Информация должна обладать следующими характеристиками: полнота, объективность, правдивость, чёткость, краткость, успокаивающий характер (в разумных пределах). В связи с этим представляется целесообразным формирование штатных подвижных пунктов информирования населения в ЧС с привлечением специалистов-психологов. Отсутствие или запаздывание информации, необходимой для принятия управленческих решений во время или после стихийного бедствия или катастрофы, порождает непредсказуемые последствия с отягощённым социально-экономическим эффектом. Например, несвоевременное и полуправдивое информирование населения о радиационной обстановке в зоне аварии на ЧАЭС привело в своё время ко многим трагическим последствиям как непосредственно для здоровья населения, так и для принятия организационных решений по ликвидации аварии и её последствий.

Реабилитация, по оценкам специалистов, должна быть нацелена на будущее и основана на положительной мотивации. В результате этого процесса формируется новый статус физического состояния, осознаётся опыт болезни и вырабатывается способность её преодолеть. С точки зрения биоэтики медико-психологическая реабилитация предполагает обязательное активное участие пациента в укреплении собственного здоровья. Основные задачи на этом этапе - подбор необходимых медикаментов для коррекции органических дисфункций и системных расстройств. С целью восстановления нормальной эндоэкологии используются:

- детоксикация;

- восполнение витаминной и минеральной недостаточности: анти-оксиданты, адаптогены, иммуно- и психомодуляторы (с целью повышения адаптивных возможностей);

- физиотерапевтическое лечение, коррекция местных и системных патологических процессов.

Эта работа невозможна без биоэтической оценки функциональных резервов организма. Она рассматривается преимущественно как этапное мероприятие, подготавливающее к применению психологических тренировок в целях усиления функциональных резервов систем жизнеобеспечения организма, компенсации сниженных функций и обеспечения адекватности реагирования на повседневные нагрузки. В восстановительной медицине успех определяется психологической реабилитацией с соблюдением принципов биоэтики.

Применение эффективных и недорогостоящих методик, предполагающих активное участие пациента в психологическом и физическом тренинге, зачастую позволяет избавить его от психической зависимости и соматического страдания, восстановить полноценную личность со здоровыми интересами и критическим отношением к своим болезням. Решение проблем службы медицины катастроф перекликается с задачами

поведенческой медицины, которые мы в рамках темы нашего учебно-методического пособия осветим ниже.

5.3. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ И БИОЭТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЕЁ ПРИМЕНЕНИЯ

Телемедицина является относительно новой медицинской дисциплиной. Она подразумевает активное использование компьютерных и телекоммуникационных технологий. Благодаря этим современным достижениям специалисты могут повысить качество и доступность диагностики и лечения пациентов.

Ещё в начале XX в. специалисты стремились использовать каналы связи в целях оказания медицинской помощи. В 1905 г. в Швеции был передан сигнал по телефонным линиям. С 1922 г. специалисты университетского госпиталя Готтенбурга давали медицинские консультации морякам, находившимся в плавании, с помощью радио. Первая телеконсультация пациента с психиатрическим заболеванием была проведена в 1959 г. в США. В том же году была впервые осуществлена передача изображения флюорограммы лёгких.

В США и СССР в конце 50-х - начале 60-х гг. XX в. врачами уже предпринимались попытки передачи сигналов и изображений. Кстати, тогда же началось использование телемедицины для обеспечения боевых кораблей атомного флота, находящихся в автономных походах, с помощью береговых медицинских служб США, СССР, Великобритании, Франции. С помощью новых технологий осуществлялись запись физиологических показателей космонавтов и передача им на орбиту медицинских рекомендаций. Во время полётов Ю.А. Гагарина и Г.С. Титова осуществлялась регистрация ЭКГ в одном и двух грудных отведениях и пневмограммы. Впоследствии были разработаны технологии получения сейсмокардиограммы, методы и аппаратура для дистанционной регистрации физиологических и биохимических параметров организма человека в невесомости. В дальнейшем эта информация передавалась на Землю, и на её основе принимались своевременные меры для коррекции возникших нарушений. В 60-70-х гг. XX в. учёные из СССР активно разрабатывали вопрос передачи медицинских данных. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН предпринимались попытки дистанционной диагностики врождённых пороков сердца и других заболеваний с использованием ЭВМ (УРАЛ-2). Телеграфные линии обеспечивали связь этого аппарата с медицинскими учреждениями Ярославля, Владивостока и Хабаровска. В то же время появились известные работы, посвящённые передаче по телефонным линиям электрокардиограмм в кардиологические центры. При этом использовались советские системы «Волна» и «Салют» (Янушкевичус З.И., Халфен Э.Ш., Виноградова Т.С., Довгалецкий П.Я. и др.).

В 1965 г. американский кардиохирург М. Дебэйки (М. DeBakey) давал консультации по ходу сложной операции на сердце, проводившейся в Швейцарии, по спутниковому каналу связи. С 70-х гг. специалисты из США с использованием технологий космической связи передавали данные между медицинскими центрами Аризоны, Бостона, Канады.

Во время землетрясения в Армении (1988) и взрыва газа под Уфой (1989) под эгидой Советско-американской комиссии по космической биологии и медицине были налажены телемосты (с использованием аудио-, видео и факсимильной связи) между зонами бедствия и медицинскими центрами США. Необходимо отметить, что уровень развития космической биологии и медицины в СССР в течение долгого времени был существенно выше, чем в США. Особенно ярко это проявилось при реализации совместного проекта «Союз-Аполлон».

В телеконсультациях и видеоконференциях принимали участие специалисты московских клиник и медицинских центров США. Они консультировали пациентов с ожогами, психиатрическими и некоторыми другими заболеваниями. За 12 недель работы только в одном международном телемосте приняли участие 247 советских (Армения, Россия, Башкирия) и 175 американских специалистов. Они рассмотрели 209 клинических случаев из 20 медицинских областей. В рамках этих конференций с использованием новейших технологий были внесены существенные изменения в диагностический и лечебный процесс. Внедрялись новые методики, были переданы значительные объёмы медицинской информации. Благодаря этой работе в 33% случаев был изменён диагноз, в 46% случаев были рекомендованы дополнительные диагностические процедуры, в 21% случаев произведено изменение тактики лечения, а в 10% случаев использованы новые методики лечения. «Первопроходцем» в области активного использования телекоммуникационных технологий в медицине стала Норвегия. В этой стране и сегодня есть множество труднодоступных для традиционной медицинской помощи районов. Второй проект был осуществлён во Франции - консультирование моряков гражданского и военного флотов. В наши дни телемедицинские проекты существуют во многих западноевропейских странах. А в США новые технологии в медицинских целях используются повсеместно. В нашей стране одним из крупных медицинских центров, который осуществляет регулярные сеансы с помощью современных технологий с регионами страны, является НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Отметим, что термин «телемедицина», введён в практический оборот Р. Марком (R. Mark) в 1974 г. (по другим данным, его автором является Томас Бёрд (Thomas Bird), который ввёл его в обиход в 1970 г.). Данный термин объединяет множество телекоммуникационных и информационных методик, применяемых в здравоохранении. Системообразующий принцип телемедицины, имеющий большое биоэтическое значение, заключается в следующем. Главной её целью является пациент, помощь которому оказывается дистанционно с помощью как средств высокотехнологичной медицины, так и современных средств коммуникации (в частности, с помощью каналов ISDN связи).

Н. Браун (N. Brown, руководитель телемедицинского проекта в Портлендском исследовательском центре, штат Орегон) определяет телемедицину как использование телекоммуникаций для предоставления медицинской информации и услуг, как «нечто среднее» между простым обсуждением клинического случая двумя врачами по телефону и проведением интерактивной видеоконференции-консультации между медицинскими центрами разных стран с использованием спутниковой связи. Однако это несколько упрощённое понимание современных возможностей телемедицины. ВОЗ в 1997 г. ввела несколько более широкое определение телемедицины. Под ней понимаются «деятельность, услуги и системы, связанные с оказанием медицинской помощи на расстоянии посредством информационно-коммуникационных технологий, направленных на содействие развитию здравоохранения, осуществление эпидемиологического надзора и предоставление медицинской помощи, а также обучение, управление и проведение научных исследований в области медицины».

Уровень развития систем связи и вычислительной техники определяет успешность функционирования телемедицинских проектов. Новые технологии позволяют сохранить любое изображение в компьютере, подготовить его для пересылки, передать по каналам связи, в том числе в режиме реального времени, на любое расстояние, принять и расшифровать его фактически без потери качества и представить экспертам для совместного обсуждения проблемы.

Современные достижения в области телемедицины объясняются тем фактом, что появились не только аналоговые, но и цифровые каналы передачи информации, повсеместно распространены глобальные сетевые коммуникации. Вместе с тем многие

сущностные, информационные, методологические, организационные, технические, финансово-экономические и биоэтические вопросы ещё остаются нерешенными.

По мнению ряда специалистов, телемедицина является прежде всего средством дистанционной диагностики с высокой эффективностью. Тем не менее она может с успехом использоваться и в других областях. Сетевые технологии предоставляют возможность документальной передачи историй болезни при переводе больных из клиники в клинику, оперативного решения вопросов по повышению квалификации врачей (дистанционное проведение лицензионных учебных курсов) и т.д.

В настоящее время ВОЗ разрабатывается идея создания глобальной сети телекоммуникаций в медицине. Имеется в виду электронный обмен научными документами и информацией, её ускоренный поиск с доступом через телекоммуникационные сети, проведение видеоконференций, заочных дискуссий и совещаний, электронного голосования медицинских специалистов по ключевым проблемам медицины и т.д.

Активно развиваются международные сети медицинских телекоммуникаций. Например, система «Satellite» используется для передачи медицинской информации в развивающиеся страны и подготовки кадров. «Planet Heres» - созданная ВОЗ система, используемая для научных телекоммуникаций, научной экспертизы и координации научных программ. В ЕС на централизованном уровне финансируется более 70 международных телемедицинских проектов. Например, проект НЕСТОР используется для нужд скорой помощи, а проект HOMER-D - с целью лечения пациентов на дому. Их главная цель - развитие методов регистрации и формализации медицинских данных, их подготовки к передаче и приёму. Создаются и апробируются алгоритмы сжатия информации, стандартные формы обмена информацией на уровне исходных данных (изображений, сигналов и т.д.) и на уровне историй болезни. Разрабатываются автоматизированные рабочие места для специалистов разного профиля (ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, рентгенология, биохимия и т.д.). В ряде случаев эти проекты структурированы и грамотно скоординированы (например, ITHACA, STAR). Сегодня во всём мире существует более 250 телемедицинских проектов. По своим характеристикам их можно подразделить на клинические, образовательные, информационные и аналитические. По географической распространённости они классифицируются на местные (внутри одного учреждения, 27%), региональные (40%), общенациональные (16%) и международные (17%). Многие из них - многоцелевые, почти половина (48%) связана с образованием. В 25% проектов современные каналы передачи информации используются для нужд управления и администрации. В 23% случаев они применяются для медицинского обслуживания жителей сельских и удалённых районов.

Понятно, что телемедицина зависит от темпов развития глобальной сети Интернет (и особенно нового направления - интеллектуальный Интернет). Однако в силу технических особенностей (максимально возможная скорость и объёмы передаваемых данных) его возможности с точки зрения телемедицины ограничены. Кроме того, Интернет является открытой сетью, а передача медицинских данных пациентов и их обсуждение в открытом для всех режиме является с правовой и биоэтической точки зрения недопустимым. Введение строгой защиты медицинской информации связано с необходимостью соблюдения биоэтического правила конфиденциальности.

Использование телекоммуникаций в медицине в наши дни (и удовлетворение разнообразных информационных потребностей специалистов и учреждений здравоохранения) развивается по двум основным направлениям: через открытую сеть Интернет и по закрытым корпоративным сетям собственно телемедицины или в режиме выделенных на время телеконсультации фрагментов существующих сетей в режиме «точка-точка» или «точка-многоточие». Это соответствует требованиям биоэтики к

передаче информации (в первую очередь рентгенограмм, томограмм, микроизображений и т.д.). Необходимым условием также являются разработка, внедрение и соблюдение стандартов получения и представления медицинских изображений (рентгенорадиологических, микроскопических, цветопередача кожных проявлений заболеваний) с соблюдением законов биоэтики.

Телемедицинские консультации осуществляются и с использованием сети Интернет (IP-соединения). Однако при этом видеоизображения больных, врачей, консультантов и иные видеоматериалы в процессе обсуждения не транслируются. Осуществляется обмен статическими графическими материалами, которые можно видоизменять по ходу работы (рисовать на них, отмечать проблемные участки). Для этого используется так называемая общая белая доска в режиме NetMeeting. Консультация проводится в режиме передачи аудиоданных. Такой подход не только отвечает современным технологическим возможностям, но и соответствует принципам биоэтики. С помощью этих современных технологий Московским НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России совместно с российской компанией «WebMedia Services», ВЦМК «Защита» и «Центроспас» МЧС России была оказана дистанционная помощь пострадавшим детям из госпиталя в Чечне; при этом использовались возможности системы комбинированного доступа «HeliosNet». Возможности сети Интернет и телекоммуникационные технологии повсеместно используются в медицине. Так, выборочный опрос 400 американских врачей в марте 2001 г. показал следующие результаты. 356 специалистов (89%) с помощью Интернета пополняют багаж знаний и используют его для дистанционного взаимодействия со своими пациентами. Всемирная паутина позволяет врачам получать дополнительную научно-практическую информацию о встречающихся в их практике заболеваниях, подбирать необходимые медикаменты. К 1999 г. в Интернете уже было зарегистрировано 15 тыс. веб-сайтов по разным областям медицины; в настоящее время их количество возросло до 300 тыс. На таких сайтах можно найти обзорные работы, иллюстрации и справочную медицинскую информацию. Врачи пользуются возможностями Интернета для обсуждения и получения консультаций в сложных случаях. Однако при этом нельзя забывать о принципах и правилах биоэтики. Активно себя позиционирует в этой области Телемедицинский центр в ЦКБ № 1 ОАО «РЖД», который регулярно проводит видеоконференции и консультации по кардиологии, урологии, неврологии. Сегодня становится понятно, что телемедицина в сочетании с интернет-технологиями может позволить более рационально использовать научный и практический потенциал медицины и здравоохранения. Однако многие специалисты относятся к ней настороженно из-за невозможности осуществления прямого контакта с пациентами, что очень важно с позиций биоэтики. Интеллектуальная основа телемедицинских технологий - стандарт медицинских знаний HL7. С его помощью можно передавать большие объёмы данных, повышать качество и разносторонность информации.

Задача телемедицины заключается в трансляции смыслов. Однако здесь существует опасность деградации системы, в результате чего сеанс может превратиться в рутинную телеконференцию, в которой совершенно не соблюдаются традиционные биоэтические принципы и правила. Вместе с тем феномен телемедицины представляет интерес для истории медицины и биоэтики. Требуется более подробное изложение проблемных аспектов этого перспективного направления практической деятельности врача.

5.4. РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ БИОЭТИКИ

Понятие «ядерная медицина» включает широкий спектр медицинских специальностей - от диагностических (например, радиационная диагностика) до лечебных (например, лучевая терапия). Их объединяет использование в лечебных и

диагностических целях тех или иных источников или генераторов ионизирующей радиации.

Методы ядерной медицины востребованы в самых разных областях лечебно-диагностического процесса - кардиологии, эндокринологии, неврологии, пульмонологии и т.д. Однако наибольшую важность они имеют для онкологов. Если диагностические методики - радиоизотопная диагностика различных видов - носят мультидисциплинарный характер, то лечебные методы ядерной медицины - лучевая и радиоизотопная терапия - представляют собой мощное оружие, важную часть арсенала онкологов. Онкология ставит гораздо более серьезные задачи перед биоэтикой, чем любая иная медицинская специальность. Проще сказать, практически любой шаг врача в онкологической клинике должен быть четко осмыслен и мотивирован с позиций биоэтической концепции.

Стресс и фобии, испытываемые пациентом онкологической клиники, бесспорно, несравнимы ни с чем. Например, существующее в онкологии понятие паллиативной медицины - т.е. медицины, не ставящей целью излечение пациента (оно зачастую невозможно), а решающей задачу помощи в уходе из жизни с сохранением максимального качества жизни - беспрецедентно для других областей медицины. Работы по биоэтике в онкологии многочисленны и объёмны. Мы не ставим своей задачей рассмотрение вопроса о биоэтической концепции в онкологии в целом, наша задача уже - показать значимость технологического прогресса в онкологии для возникновения новых биоэтических проблем. Для этого необходим краткий очерк о технологиях ядерной медицины в контексте новых задач, которые они ставят перед биоэтикой.

Фундаментальная биоэтическая проблема, стоящая перед онкологами, - информирование пациента о его фактическом заболевании, клиническом диагнозе. В СССР, в отличие от других индустриально развитых стран, сложилась традиция так называемого психологически щадящего подхода: не произносить слово «рак» до тех пор, пока это возможно. Такой подход был в принципе реализуем до тех пор, пока единственным радикальным методом лечения в онкологии был хирургический (50-е, 60-е, 70-е гг. XX в.). Например, пациент с раком желудка получал от лечащих врачей диагноз «язвенная болезнь желудка». При этом уточнялось, что пациенту показано хирургическое вмешательство. Далее в случае удачного оперативного вмешательства и благоприятного прогноза выживания пациент мог быть проинформирован постфактум. Соответственно, в случае неблагоприятного прогноза (а в условиях неразвитости методов ядерной медицины стадийность опухолевого процесса зачастую уточнялась интраоперационно) и выполнения паллиативного оперативного вмешательства пациент информировался о диагнозе исходя из задач поддержания качества жизни в терминальном периоде болезни. Этот сложный биоэтический процесс развивался в отечественной и мировой онкологии поэтапно. В 40-х гг. XX в. известный советский учёный, профессор Н.Н. Петров предложил модель деонтологического подхода в онкологии.

В его трактовке деонтологическая модель врачебной этики являет собой совокупность «должных» правил. В своей работе «Вопросы хирургической деонтологии» (1945) он выделял следующие правила:

- хирургия для больных, а не больные для хирургии;
- делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека;
- для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до неё, так и после;
- идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой физической боли, но и всякого душевного волнения больного;

■ информирование больного, которое должно включать упоминание о риске, о возможности инфекции, побочных повреждений.

Согласно мнению Н.Н. Петрова, «информирование» подразумевает не столько «адекватное информирование», сколько внушение о незначительности риска лечения. В частности, он предлагал термины «рак», «саркома» почти всегда заменять более «мягкими» - «опухоль», «язва» и т.д. Кроме того, он проповедовал применение «святой лжи» при общении с онкологическими больными. Почти того же мнения придерживался в своей книге «Деонтология в онкологии», вышедшей в 1977 г., и академик Н.Н. Блохин.

Для сравнения отметим, что если 50 лет назад в США вопросы информирования пациентов онкологических клиник решались именно так, как рекомендовали Н.Н. Петров и Н.Н. Блохин, то в 1973 г. Ассоциация американских онкологических клиник приняла «Декларацию прав пациента», согласно которой больной имеет право получать полную информацию и о диагнозе, и о лечении, и о прогнозе. В России действует юридическая норма об информировании пациентов. Она заключается в следующем: если пациент хочет знать правду, то её следует сообщать прежде всего ему, а потом членам его семьи, если пациент не возражает. Однако чаще всего пациенты не знакомы с этой нормой права.

Тем не менее в наши дни правдивый онкологический диагноз доводят до сведения пациентов чаще, чем 10 и тем более 20 лет назад. Однако зачастую пациенту со злокачественным новообразованием осторожно сообщают о доброкачественной опухоли с риском злокачественного перерождения. В случае неблагоприятного прогноза о нём информируют членов семьи больного, в общении с самим больным приоритетной задачей зачастую является поддержание надежды на выздоровление (т.е. врачи и медсестры по-прежнему прибегают или к умалчиванию, утаиванию правды, или к «святой лжи»).

В США, напротив, не боятся диагноза «рак» не только потому, что право на получение высококачественной онкологической помощи обеспечено лучше, чем в России, но и потому, что там целенаправленно борются и с канцерофобией. Опыт работы ведущих отечественных онкологических центров свидетельствует о том, что больной, узнавший от врача о своём диагнозе, зачастую впадает в депрессию. Её проявления: апатия; активное сопротивление проведению диагностических исследований и противоопухолевой терапии (с учётом возможных её осложнений, побочных действий и неудобств). Недостаточно правдивое информирование пациента о диагнозе, распространённости процесса и т.д. порой приводит к тому, что ему трудно объяснить необходимость калечащей операции или тяжёлого лекарственного и лучевого лечения с длительным пребыванием в стационаре, иногда вдали от дома и семьи.

Следует принимать во внимание тот факт, что в наши дни лечение онкологических заболеваний, как правило, дорогостоящее. Назначая его пациенту, лечащий врач должен обосновать высокую стоимость, поскольку нередко больным приходится самим приобретать необходимые препараты.

В книге «Деонтология в онкологии» академика Н.Н. Блохина много внимания уделено обращению онкологических больных к знахарям, «целителям» (альтернативной медицине). Это безусловное зло, которое ведёт к тому, что упускается время и снижаются шансы на успех лечения. Сегодня благодаря Интернету пациенты могут самостоятельно получать самую разную научную (и ненаучную), медицинскую информацию о возможностях лечения онкологических заболеваний. Поэтому традиционная «патерналистская» модель работы в наши дни уже неэффективна. Гораздо лучшие результаты приносит партнёрская работа с пациентом, которая подразумевает его информирование о некоторых деталях работы врача. Бывает, что пациент с онкологическим заболеванием обращается с вопросами к медицинской сестре (чтобы

сопоставить полученную от неё информацию с тем, что ему сказал врач). С позиций биоэтики медицинская сестра должна быть по возможности или осведомлена о характере беседы врача с больным, с тем чтобы отвечать правильно на вопросы пациента, или же не вступать с пациентом в подобные обсуждения. В ряде онкологических учреждений к тому же сегодня существует биоэтическое правило: если пациент спрашивает совета медицинской сестры, участвовать ли ему в клинических испытаниях, она, как правило, не должна давать ему совет; когда же речь идёт о стандартном лечении (в том числе с применением средств ядерной медицины), компетентная медицинская сестра обязана помочь больному принять оптимальное решение. Больной взвешивает все доводы «за» и «против» и на основе этого имеет возможность принять добровольное решение об участии или неучастии в клиническом исследовании. В случае положительного решения он даёт письменное согласие. Отказ от исследования не должен никак влиять на отношение медицинского персонала к пациенту. В этом случае ему предлагают стандартную схему лечения. Всё чаще в нашей стране, как и во многих других странах, квалифицированная медицинская сестра самостоятельно выполняет значительную часть работы по ведению онкологических больных. Она может активно участвовать в образовании больного, объясняя ему, как преодолеть те или иные побочные эффекты, например, лучевой терапии, морально настраивая его на успех проводимого лечения.

Общепринятой тактикой при большинстве заболеваний в современной онкологии является принцип комплексного лечения - сочетание хирургического вмешательства, химиотерапии и лучевой терапии (радиотерапии). Пациента, которому после хирургической операции проводится лучевая терапия (как правило, в несколько сеансов), невозможно держать в неведении относительно его клинического диагноза. В данном случае развитие ядерной медицины сыграло ключевую роль в изменении биоэтической концепции в онкологии. Её диагностические возможности (особенно в сочетании с дополнительными лабораторными методами) в наши дни таковы, что диагноз, с учетом стадийности заболевания, ставится, как правило, достаточно точно. Сегодня в ультразвуковой диагностике использование 3D-изображения стало практически нормой при осуществлении компьютерной томографии. Применяются установки с возможностью обработки до 320 срезов. В ЯМР-томографии обычными стали аппараты с магнитным полем мощностью 3 тесла. Существуют также видеоэндоскопические системы с возможностью микроскопии. Всё вышеперечисленное позволяет врачу с высочайшей точностью поставить клинический диагноз больному.

Таким образом, планируя лечебный процесс, врач достаточно чётко представляет себе его характер (радикальный или паллиативный), его методы, прогноз. В подобной ситуации доверительные отношения пациента и врача, синергия их усилий в борьбе со страшным заболеванием приобретают особое значение. От пациента требуется неукоснительное следование рекомендациям, глубокое их осмысление и понимание, сотрудничество (можно даже сказать, «соробота») с врачом.

Другим важным полем ядерной медицины является лечебный процесс. Помимо известной роли адьювантного метода, дополняющего хирургический, в последние годы радиотерапия подчас играет роль метода радикального. Например, некоторые типы приборов для лучевой терапии в онкологии вытесняют традиционные хирургические методы при лечении метастатических поражений головного мозга. Наиболее частыми первичными заболеваниями, осложняющимися метастазами в головной мозг, являются рак толстой кишки, молочной железы, лёгкого. Психологическое состояние пациента, успешно излеченного от основного заболевания и вдруг через некоторое время столкнувшегося с тяжёлыми клиническими проявлениями одиночного или множественных метастатических поражений головного мозга, характеризуется подавленностью, истощённостью, зачастую утратой веры в конечное излечение. Основным методом лечения таких пациентов до последнего времени была

нейрохирургическая операция с трепанацией черепа. Риски её велики сами по себе: несмотря на развитие нейрофизиологии, наши знания в области функциональной топографической анатомии головного мозга весьма ограничены и опасность повреждения проводящих путей и тех или иных зон головного мозга при подобном оперативном вмешательстве очень велика.

Развитие современных методов радиотерапии (гамма-нож, мощные линейные ускорители с функцией стереотаксиса) сделало возможным возникновение метода радиохирургии. В этом случае неинвазивно, путём однократного облучения, метастаз (метастазы) в головном мозге ликвидируется. Естественно, что подобные технологические возможности ставят новые задачи перед биоэтической концепцией.

Отдельным направлением ядерной медицины является ПЭТ-диагностика. ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) представляет собой диагностический метод, позволяющий обнаруживать одиночный метастаз на клеточном уровне. Метод основан на способности злокачественных клеток накапливать изотоп фтордиоксиуглеводу (ФДГ). ФДГ синтезируется с помощью циклотрона и специальных камер синтеза, а затем вводится пациенту. Далее на приборе, представляющем собой некий гибрид КТ и гамма-камеры, обнаруживается наличие метастатических поражений, накапливающих ФДГ. ПЭТ является самым современным методом верификации лечения больных со злокачественными новообразованиями.

Необходимо особо сказать, что по прогнозам экспертов ВОЗ в ближайшие 20-30 лет будет наблюдаться рост заболеваемости и смертности от рака. В настоящее время в России от злокачественных новообразований умирают около 300 тыс. человек в год.

Такая ситуация с точки зрения биоэтической концепции требует развития системного паллиативного лечения (активная помощь больному, когда радикальные методы вмешательства бессильны изменить состояние здоровья пациента). На первый план выступают не только сугубо медицинские проблемы, связанные с умиранием больного, но и целый комплекс биоэтических, организационных, медико-социальных, психологических проблем. Отечественные учёные внесли заметный вклад в изучение и развитие биоэтических аспектов паллиативного лечения онкологических больных. Особо в связи с этим стоит отметить диссертацию на соискание учёной степени доктора медицинских наук А.К. Хетагуровой (защита состоялась в ММА им. И.М. Сеченова в 2004 г.) «Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы», а также труды А.Я. Иванюшкина, П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдина, М.Я. Яровинско-го, в которых нашла отражение динамика движения по развитию хосписов в нашей стране и за рубежом. Важно подчеркнуть, что зарождение и развитие во второй половине XX в. паллиативной медицины практически совпадает с началом первого этапа зарождения биоэтической концепции (с 1956 г. до середины 60-х гг. и позже в американском обществе широко обсуждались этические проблемы, связанные с тестированием и скринингом наследственных заболеваний, лечением почечной недостаточности, пересадкой сердца, ведением онкологических больных в терминальном состоянии и т.д.) Касаясь разноплановой проблемы ведения онкологических больных, подчеркнём, что тема отношения врача к умирающему больному пронизывает всю историю медицины. Со времён Гиппократов и до сегодняшнего дня (эпохи хосписов) отношение врачей к умирающему укладывается в определённую логику. Так, в книге Гиппократов «Об искусстве», например, так говорится о цели медицины: «Медицина совершенно освобождает больных от болезней, притупляет силу болезней, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает руки». Такой подход к умирающим пациентам господствовал до Нового времени (помощь умирающим была прерогатива монастырей). Поворот же медицины «лицом к умирающему больному» начался на рубеже эпохи Возрождения и Нового времени. Английский учёный Ф. Бэкон первым подробно остановился в своей работе «О достоинстве и приумножении наук» (1605 г.) на

отношении врача к неизлечимому больному. Он писал: «Я совершенно убеждён, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстановить здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдание и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение...». Принципиальная позиция Ф. Бэкона, которую он отстаивал в научном сообществе, привела к тому, что в течение XIX в. все врачи приняли неукоснительные правила по обязательной помощи умирающим, превратив это в норму медицинской этики. Цитируем выдержку из книги немецкого врача А. Моля (A. Mohl): «...Теперь рассмотрим вопрос, что врач должен делать для облегчения больному мучений, связанных со смертью, что ему позволено предпринять...». В 1950 г. Генеральная ассамблея ВОЗ выступила с рекомендацией «осудить практику эвтаназии при любых обстоятельствах». Решение ВОЗ по этой проблеме на 10 лет опередило зарождение биоэтики как научного направления и формирование этических основ современной паллиативной медицины в онкологии.

Одновременно во второй половине XX в. возросло внимание к проблеме умирания и смерти. В 1955 г. Дж. Флетчер (J. Fletcher) в своём труде «Мораль и медицина» заявил: «Контроль над смертью, как контроль над рождаемостью - основы человеческого достоинства». Наряду с этим появляются труды Г. Уильямса (G. Williams) «Священность человеческой жизни и уголовное законодательство», Г. Фейфеля (G. Feifel) «Смысл смерти», монография психиатра Р. Хинтона (R. Hinton) «Умирание», Э. Кюблер-Росс (E. Kubler-Ross) «О смерти и умирании», О. Брима (O. Breme) «Умирающий пациент», Р. Уильямса (R. Williams) «Жить и умереть: когда, почему и как», Ч. Гарфильда (Ch. Garfield) «Психосоциальная поддержка умирающего больного», Ф. Арьеса (F. Aries) «Человек перед лицом смерти», Р. Витча (R. Witch) «Смерть, умирание и биоэтическая революция».

В 1990 г. в Санкт-Петербурге открылся первый в России хоспис (Лахтинский). Два года спустя Центром сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению была подготовлена и издана на русском языке работа Р.Дж. Твайкросса (R.G. Twycross) и Д.Р. Фрамптона (D.R. Frampton) «Введение в паллиативное лечение» (в ней были освещены в том числе религиозные и этические аспекты лечения онкологических больных). Кроме того, большое значение имел доклад экспертов ВОЗ (переведён у нас в стране в 1992 г.) «Обезболивание при раке и паллиативное лечение», в котором также были освещены этические аспекты современной паллиативной медицины. В этот же период публикуется статья д-ра М. Абивена (M. Abiven) - Президента «Французского общества паллиативной помощи и поддержки», которая называлась «Умереть с достоинством», и официальный доклад Совета по этике и судебным делам Американской медицинской ассоциации «Право умирающего человека на прекращение жизни» (излагаются этические проблемы, возникающие при оказании медицинской помощи больным в терминальном состоянии).

Большое значение для биоэтического сопровождения онкологической практики имеет работа С. Грофа (S. Grof) и Дж. Галифакса (G. Halifax) «Человек перед лицом смерти». Из отечественных работ можно назвать публикации профессора А.В. Гнездилова «Проблемы хосписной службы в России (1994 г.); «Путь на Голгофу: очерки работ психотерапевта в онкологической клинике и хосписе» (1995 г.) и т.д.

Обозначим основные биоэтические проблемы, определяющие особенности оказания паллиативной помощи онкологическим больным. Прежде всего это уважение к жизни при оказании паллиативной помощи; информирование онкологических больных и связанные с этим этико-правовые и морально-психологические аспекты. Освещая эти биоэтические проблемы, следует подчеркнуть, что в современной медицине используется подход Гиппократов - проявлять высочайшее уважение к жизни человека и никогда не прибегать к эвтаназии. В этом контексте отметим, что медицинский персонал должен

различать обычные (обезболивающая терапия, общий уход и т.д.) и экстраординарные (искусственная вентиляция лёгких, искусственное питание через назогастральный зонд, пребывание в стационаре после окончания активного противоопухолевого лечения средствами ядерной медицины и иными средствами и прохождение экспериментального лечения препаратами, находящимися на стадии апробации) медицинские средства и методы, а также владеть современными подходами к лечению хронической боли, купированию другой тягостной симптоматики, сопровождающей умирание человека.

При этом надо сказать, что биоэтическая составляющая паллиативного лечения предусматривает следующее правило: «Обычные медицинские методы, в отличие от экстраординарных, носят обязательный характер». В этом заключается основа современной философии паллиативной медицины, которая стремится в первую очередь обеспечить право каждого на достойную смерть. Известна биоэтическая максима: если прервать или замедлить развитие болезни не представляется возможным, если больной обречён, то качество жизни становится важнее, чем её продолжительность!

Вместе с тем наиболее острой из всех биоэтических проблем онкологии в России является проблема правдивого информирования онкологических больных. Здесь наблюдается противоречие между принципом уважения автономии и достоинства личности и традицией «патерналистского» отношения к пациенту в системе здравоохранения (которое особенно характерно для онкологов). Социологические опросы показывают, что 51% специалистов говорят правду онкологическому больному только в исключительных случаях и придерживаются принципа «святой лжи».

Патернализм российских врачей базируется на верности традициям, известному основополагающему правилу - «Не навреди». Эта ключевая биоэтическая проблема онкологии в конечном итоге приводит к кризису патернализма как явления в медицинской практике. В связи с этим приведём высказывание П.Д. Тищенко - известного в стране специалиста в области биоэтики: «...вопрос не в том, чтобы запретить или разрешить медицинскому персоналу сообщать правду пациентам, а в том, чтобы научить их пользоваться словами с наибольшей пользой для своих пациентов».

5.5. ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ЕЁ СВЯЗЬ С МЕДИЦИНОЙ И БИОЭТИКОЙ

Из истории медицины известно, что до появления аптек лекарства и лекарственное сырьё предлагались населению в торговых рядах, которые получили широкое распространение на Руси в XVI в. Однако ко времени учреждения в России первых аптек в государстве уже существовали обособленные профессии врачей и аптекарей. Они были тесно связаны, и в деле врачевания аптека играла тогда центральную роль. При Иване Грозном появляется аптекарская палата, которая впоследствии, уже при Борисе Годунове, преобразуется в Аптекарский приказ, обслуживающий царей и бояр. В Смутное время деятельность этого института была приостановлена и возобновилась только в 1620 г. На службе в Аптекарском приказе состояли как лекари, так и аптекари. Причём последние принимали самое непосредственное участие и в лечении больных, и в проводимых консилиумах.

Ранее мы неоднократно цитировали основополагающую для истории биоэтики монографию Т. Персиваля «Медицинская этика». В ней автор особо отмечал случаи нерадивого отношения попечителей лазаретов к обеспечению лечебного процесса, выразившееся в приобретении ими более дешёвых и менее эффективных лекарственных средств. В наши дни прогресс фармацевтической индустрии достиг такого уровня, что интересы производителей и поставщиков лекарственных средств стали одним из важнейших факторов, влияющих на деятельность ЛПУ и системы здравоохранения в целом. Это вызвало к жизни появление нового научного направления -

фармакоэкономики, которая привлекает сегодня пристальное внимание историков медицины и биоэтиков. Она является результатом инновационного развития мировой экономики и изучает вопросы экономического анализа принятия решений о выборе лекарственных средств, их применения и технологий обеспечения здоровья граждан. Фармакоэкономика формирует неординарный научный подход, сравнивая затраты материальных и финансовых ресурсов при применении тех или иных современных средств с их эффективностью, безопасностью в интересах обеспечения качества жизни людей. Её задача - сравнение и соотнесение затрат и эффективности, безопасности, качества жизни при применении альтернативных схем лечения пациентов (профилактике болезней).

Эта новая наука, по замыслам её основателей, тесно связана с биоэтикой, социологией, психологией. Комплексный подход к оценке целесообразности использования фармацевтических препаратов и медицинских технологий предполагает оценку последствий и стоимости медицинских вмешательств. Причём основным принципиальным моментом является именно взаимосвязанность оценки. Простого сравнения затрат недостаточно, необходимо анализировать соотношение расходов и полученных результатов. Эти результаты, по нашему мнению, должны быть биоэтически обусловлены.

Фармакоэкономика подразумевает не только подбор и обоснование использования определённых лекарственных средств. Её главной задачей является расчёт затрат, требуемых для достижения желаемого результата лечения, и соотнесение их с возможностями медицины. Она изучает вопросы медико-экономического анализа принятия решений в области организации здравоохранения, касающихся закупки тех или иных лекарственных средств, медицинских и биотехнологий для обеспечения надёжного функционирования всей системы здравоохранения. По нашему мнению, одним из важных направлений фармакоэкономики является биоэтический анализ и прогнозирование порой неоправданно возрастающей потенциальной стоимости лечебных мероприятий с применением как средств высокотехнологичной медицины, так и фармацевтических препаратов.

На сегодняшний день в мире чаще всего применяются следующие методы фармакоэкономического анализа.

Анализ стоимости болезни. Подразумевает изучение всех затрат на ведение больного. Сравнение эффективности медицинских вмешательств при этом не производится. Данный вид анализа может использоваться при изучении стандартных методов ведения лиц с определёнными заболеваниями. С его помощью осуществляются планирование затрат, определение тарифов на услуги для взаиморасчётов между участниками системы здравоохранения и медицинского страхования и т.д.

Анализ «затраты-эффективность». Подразумевает сравнительную оценку результатов и затрат при двух и более вмешательствах с различной эффективностью, итоги которых измеряются в одних и тех же единицах (миллиметры ртутного столба, концентрация гемоглобина, число предотвращённых осложнений, годы сохранной жизни и т.д.).

Анализ «минимизация затрат». Частный случай анализа «затраты- эффективность». Подразумевает сравнительную оценку нескольких вмешательств с одинаковой эффективностью и безопасностью, но разной стоимостью. Рекомендован при сравнительном исследовании разных форм или условий применения одного лекарственного средства (медицинской технологии). В таких исследованиях учитывают все виды медицинской помощи.

Анализ «затраты-полезность». Одна из форм анализа «затраты- эффективность». Результаты медицинских вмешательств оценивают в единицах «полезности» с точки

зрения потребителя медицинской помощи. Представляет собой клиническое исследование эффективности затрат, позволяющее оценить клинический исход лечения по критерию его полезности.

Анализ «затраты-выгода». В данном случае и затраты, и результаты процесса представлены в денежном выражении. Данный способ позволяет сравнивать экономическую эффективность вмешательств с результатами, выраженными в различных единицах. Например, с помощью этого вида анализа можно оценить программу вакцинации против гриппа и одновременной организации системы интенсивной неонатальной помощи новорождённым с низкой массой тела. Данный метод позволяет преодолеть основной недостаток анализа эффективности затрат - невозможность оценить общественную ценность лекарственного средства.

К сожалению, далеко не все методологические новеллы фармакоэко-номики подвергаются анализу с позиции биоэтики. Отсюда проистекает ряд уродливых явлений в здравоохранении, когда влияние фармацевтических компаний зачастую определяет ход лечебного процесса.

Этапы фармакоэкономического анализа с учётом биоэтической составляющей могут включать:

- формулировку исследуемой проблемы;
- определение точки зрения исследователя с биоэтических позиций (чьи интересы будут приниматься во внимание);
- выбор альтернативной технологии для сравнения;
- анализ эффективности и безопасности исследуемых вмешательств;
- выбор критериев (в том числе биоэтических) оценки эффективности;
- расчёт затрат, связанных с применением исследуемых вмешательств;
- расчёт и анализ собственно фармакоэкономических показателей. Перечисленные этапы должны учитывать фундаментальные принципы и правила биоэтики, к которым относятся:
 - принцип уважения человеческого достоинства;
 - принцип «твори добро и не причиняй зла!»;
 - принцип признания автономии личности;
 - принцип справедливости;
 - правило правдивости;
 - правило неприкосновенности частной жизни (приватности);
 - правило конфиденциальности;
 - правило добровольного информированного согласия.

Все вышеизложенное имеет непосредственное отношение как к инновационному развитию мировой экономики, так и инновационному характеру развития отечественной системы здравоохранения.

По нашему мнению, одним из важных направлений фармакоэкономики должны стать анализ и прогнозирование оправданной возрастающей потенциальной стоимости мероприятий по медико-психологическому сопровождению аварийно-спасательных работ, оказанию экстренной помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций и катастроф природного и техногенного характера, а также реабилитации сотрудников

МЧС России после завершения сложного комплекса работ в эпицентрах ЧС. Фармакоэкономические наработки в исследуемой области могут включать:

- определение перспективной потребности в лекарственных средствах при осуществлении медицинской помощи силами экстренной медицины МЧС России при значительных нарушениях целостности системы здравоохранения на городском уровне в результате крупномасштабных региональных стихийных бедствий. Примером могут послужить землетрясения в Спитаке и Ташкенте, когда была выведена из строя вся система здравоохранения и погибли большинство врачей и среднего медицинского персонала;
- мониторинг динамичной ценовой политики и критерии ценообразования на профильном фармацевтическом рынке и рынке медицинских технологий и техники, применяемых в ходе осуществления экстренной медицинской помощи;
- оценка качества жизни людей в части их психического здоровья (с учетом рекомендаций ВОЗ по охране психического здоровья и мер по его повышению);
- анализ «затраты-эффективность» при осуществлении экстренной психологической помощи в зонах ЧС и на этапе медико-психологической реабилитации сотрудников МЧС России;
- анализ эффективности и безопасности различных технологий обеспечения медицинского и психологического сопровождения спасательных работ при ЧС;
- применение фармакоэкономического анализа при составлении формулярных списков лекарственных средств, необходимых для реализации различных по масштабу мероприятий силами отряда Центроспас;
- анализ общей стоимости мероприятий при оказании помощи пациентам в зоне ЧС (с учётом прямых и косвенных затрат), а также мероприятий по медико-психологической реабилитации сотрудников региональных представительств МЧС России после выполнения ими задач спасения;
- анализ возможной минимизации затрат на отдельные мероприятия медицинского сопровождения спасательных работ в ЧС (в том числе с учётом организационной составляющей медико-психологического сопровождения);
- система возможного возмещения затрат на лекарственные средства при медицинском сопровождении ЧС;
- расчёт общей стоимости конкретного вида экстренной медицинской помощи (с учётом прямых и косвенных затрат на их выполнение) и т.д.

Всё это может способствовать решению следующих задач экстренной медицины.

1. Развитию заинтересованности специалистов в приобретении фар-макоэкономических знаний, умений и навыков.
2. Формированию представлений о методах фармакоэкономического анализа.
3. Поощрению самостоятельного поиска специалистами в области экстренной медицины качественной международной информации.
4. Проведению дополнительных грантовых научных исследований в области фармакоэкономики медицинского сопровождения действий в ЧС и обучению способам представления результатов для принятия государственных решений на уровне Минздравсоцразвития России, МЧС России, Правительства и Президента Российской Федерации.

По данным Т.П. Сабгайды и В.И. Орлова, разработавших метод оценки экономических потерь от преждевременной смерти или инвалидизации, в том числе с учётом ЧС (при сравнении уровня образования и занятости пострадавших), возможна дифференцированная оценка объёмов экономических потерь. По результатам их исследования наибольшие экономические потери связаны с преждевременной смертностью мужчин, имеющих среднее профессиональное образование, в возрасте 40-44 года, и женщин, имеющих высшее образование, в возрасте 45- 49 лет. Указанные группы населения можно в отдельных случаях считать целевыми для проведения различных профилактических программ, направленных на снижение экономических потерь, которые вызваны преждевременной смертностью населения, в том числе при ЧС.

По мнению А.И. Близнюка, система мероприятий, связанных с решением проблем медико-психологической реабилитации региональных сотрудников МЧС, должна ставить своей задачей достижение полнообъёмной реабилитации, т.е. полного выздоровления. Л.А. Пирогова и В.С. Улащик дают иное, более широкое определение: «Медико-психологическая реабилитация, или восстановительное лечение, представляет собой сложный процесс, в результате которого у больного создаётся активное отношение к нарушению его здоровья и восстановление положительного отношения к жизни, семье, обществу... медико-психологическую реабилитацию следует рассматривать как неотъемлемую составную часть системы охраны здоровья населения». Это предполагает в первую очередь психологическое осознание задач. И это неизбежно, поскольку главенствующее положение в структуре заболеваемости в подобных случаях занимает психосоматическая патология. Учитывая высокую заболеваемость населения в период после ЧС и её тенденцию к росту, на первый план в настоящее время выходит развитие общей медико-психологической (психосоматической) реабилитации и восстановительного лечения.

С точки зрения фармакоэкономики медико-психологическая реабилитация предполагает обязательное активное участие пациента в укреплении собственного здоровья. Успех её зависит в первую очередь от психологической реабилитации. При этом следует применять методики индивидуальной и групповой психотерапии, тренинг общения, игровую терапию, а также творчества (конструирование, рисование, лепка, вышивание и т.п.), которое особенно эффективно в целях реабилитации. Особо отметим, что лица старше 50 лет и руководящие работники в наибольшей степени сопротивляются психологической коррекции: они не хотят признавать наличие у себя психологических проблем.

Медико-психологическая реабилитация подразумевает первичность психологических факторов в сохранении здоровья, их ведущую роль в развитии психосоматической патологии и возможности восстановления здоровья преимущественно путём воздействия на психологическое состояние человека.

Использование сравнительной информации для оценки стоимости ожидаемых выгод от медико-психологических вмешательств является задачей, требующей наличия определённых компетенций у специалистов этого профиля. Миссией Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR) является внедрение результатов разнообразных фармакоэкономических исследований в практику, с тем чтобы государства разумно, справедливо и эффективно расходовали необходимые ресурсы на обеспечение здоровья своих граждан. Свою миссию данная международная организация реализует совместно со многими социальными службами и агентствами, привлекая также определённые государственные структуры. Главная цель междисциплинарной деятельности экспертов ISPOR заключается в выявлении различных проблем в проведении ведомственных фармакоэкономических исследований, интерпретации результатов этих исследований и использовании фармако-экономической информации для

различных государственных и частных организаций. Конкретные цели этой работы заключаются в следующем:

- определение ключевых спорных вопросов методологии при осуществлении различных видов медицинской помощи населению и её экономической оценки с использованием определённых моделей;
- использование и расширение специальных баз данных, влияющих на конечные результаты экономических оценок оказания помощи населению;
- развитие системы образования и подготовка квалифицированных специалистов в области данной оценочной деятельности;
- выявление проблем в применении экономических оценок в этой области для совершенствования системы принятия решений на государственном и ведомственном уровнях;
- выявление факторов, мешающих обеспечению достоверности и качества при проведении фармакологических исследований и внедрении их результатов в практику.

По оценкам экспертов, проводимые ныне фармакоэкономические исследования для оценки стоимости часто не отвечают стандартам. Изучения методов, используемых для демонстрации эффективности того или иного препарата, например с помощью рандомизированных исследований, явно недостаточно для решения вопроса его широкого внедрения в практику. Эксперты обращают внимание на следующие аспекты: учитывались ли вопросы стоимости при проведении рандомизированных контролируемых испытаний препарата; менялась ли схема проведения испытаний с целью обеспечения полезности препарата и дальнейшего принятия решений о его внедрении в широкую практику. На этом основании возможна выработка следующих рекомендаций:

- лица, принимающие управленческие решения о возможности внедрения того или иного препарата, должны обеспечиваться альтернативными вариантами и иметь возможность проведения дополнительного независимого анализа представленных данных (это в особенности касается результатов международных рандомизированных исследований);
- нужно постоянно совершенствовать статистические методы обработки результатов исследования препаратов для оценки дисперсии необходимых ресурсов;
- необходимо подходить к оценке результатов с позиций междисциплинарного анализа при принятии управленческого решения (с точки зрения психологии, социологии, маркетинговых исследований и т.д.).

При этом ресурсы, предназначенные для проведения маркетинговых исследований, могут быть перенацелены для сбора необходимых экономических данных. Особое внимание следует уделять оценке прямых и косвенных расходов на оказание помощи; требуется поощрять активное внедрение информационных технологий для осуществления экономических и биоэтических оценок с позиций фармакоэкономики.

Основной целью моделирования вышеуказанной оценки является влияние на квалифицированное принятие управленческих решений по закупкам тех или иных препаратов. Вместе с тем на методологию моделирования этих процессов оказывает влияние ряд основных факторов: проблемы оптимизации полезной информации для принятия управленческого решения и пути стимулирования этой деятельности; проблемы стандартизации этой работы; лавинообразный рост количества различных клинических испытаний по схожим препаратам. Для того чтобы избежать ошибок при принятии таких решений, следует руководствоваться следующими соображениями.

- Во-первых, признать безусловную необходимость использования модели «затраты-эффективность» для принятия управленческих решений.

■ Во-вторых, стандартизировать методы подобной оценки.

■ В-третьих, обеспечить прозрачность принятия управленческих решений (антикоррупционная составляющая) для обеспечения эффективности расходования бюджетных средств. Для этого необходимо иметь возможность проводить ретроспективный анализ всей поступающей управленческой информации; научиться измерять экономическую эффективность с помощью автоматизированных баз данных.

Всё это указывает на то, что для выполнения данной работы требуются подготовленные специалисты. Для создания соответствующих программ обучения представляется необходимым объединять усилия и обеспечивать сотрудничество нескольких ведомственных и иных организаций; постепенно наращивать уровень компетентности обучающихся (осведомлённость, умение работать с прикладными программами, концептуализация); проводить аттестацию специалистов, прошедших обучение по определённой программе подготовки; стремиться к обеспечению обучаемых доступом к соответствующим электронным образовательным ресурсам и мировой образовательной инфраструктуры в данной области знания. Требуется также совершенствовать дидактичность обучения и его экспериментальную составляющую.

Необходимо помнить и о том, что наличие определённой оценки затрат и результатов имеющихся данных зачастую бывает недостаточным для принятия управленческого решения по широкому внедрению препаратов. Каждому типу данных (ретроспективных, перспективных, математического анализа, экспертных) свойственны свои сильные и слабые стороны. Однако следует помнить о полезности проведения модельных исследований (математического моделирования), которые на основе сопоставления результатов позволяют выработать единое мнение о создании выверенной стандартизированной практики экономической оценки новых фармацевтических средств.

Фармакоэкономический анализ может быть проведён в рамках клинических исследований или с использованием ретроспективных баз данных, что значительно сокращает время выполнения аналитических работ. Однако экономический анализ с помощью специализированных баз данных требует предварительного ответа на целый ряд вопросов.

1. На какие исследовательские вопросы может ответить ретроспективный анализ?
2. Какие источники данных доступны для ответа на эти вопросы?
3. Как измерить экономическую эффективность с помощью автоматизированных баз данных?
4. Как оценить качество данных в базе?
5. Какие статистические методы могут быть использованы?

Следует отметить, что в целях повышения экономической эффективности исследования требуется сравнивать две или более конкурирующие терапевтические возможности. Использование автоматизированных баз данных позволяет проводить такое сравнение. При этом оценка точности и полноты базы данных является неотъемлемой частью научного исследования на основе автоматизированной информационной базы данных. Проверки должны проводиться регулярно и последовательно.

ISPOR разработаны рекомендации, которые включают дальнейшую разработку исследовательских практик; спонсорство; распространение информации о результатах исследований в различных научных источниках; повышение роли профессиональных сообществ; развитие методов исследования и этических аспектов; регулярное проведение профильных международных конференций.

В заключение раздела приведём следующий практический пример, который перекликается с предыдущим разделом. Организация хосписов в нашей стране для больных в терминальной стадии онкологических заболеваний обеспечивает значительную экономию медицинских средств по сравнению с затратами, выделяемыми на содержание таких больных в онкологических клиниках, онкодиспансе-рах и крупных онкологических центрах. А отсутствие специализированных диагностических и лечебных отделений в современном хосписе с соответствующим штатом персонала и аптекой позволяет получать существенную экономию средств. В то же время подчеркнём, что применение современных средств ядерной медицины, например в онкологических центрах, способствует соблюдению основных правил биоэтики в ходе ведения онкологических больных и позволяет вести серьёзную борьбу за их жизнь, пока это возможно.

5.6. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И БИОЭТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ

Ещё в XVIII в. в ряде стран Европы, благодаря идеям Просвещения и сложившейся социально-политической ситуации, люди осознали необходимость обеспечения армии и некоторых групп гражданского населения врачебной помощью. Для этих целей планировалось создание специальных государственных служб и учреждений, подчинённых органам государственного управления. Таким образом, государственная власть в определённой степени принимала на себя ответственность за организацию медицинской помощи и управление медициной.

В Российской империи уровень и качество мер государственного регулирования системы здравоохранения были ещё выше. Достаточно упомянуть два совершенно беспрецедентных для истории медицины факта.

1. В 1755 г. принят Генеральный госпитальный регламент - по сути, перечень обязательных требований (стандартов) к организации больниц, за исполнением которых государство неукоснительно следило.

2. В этот же период создаётся система здравоохранения как таковая. В XVIII в. почти во всех крупных городах возникают так называемые штатт-лекари. Создаются системы военной медицины; государственные врачи надзирают даже за пенитенциарной системой.

В процессе создания и обеспечения функционирования военных и гражданских государственных медицинских учреждений и структур управления ими выявилась насущная потребность государства в медицинских кадрах. Следует отметить, что государство активно вмешивалось в работу медицинских учебных заведений. Не только видные правительственные чиновники, но и коронованные особы постепенно начали принимать участие в формулировании целей и задач формирования и реформирования высшего медицинского образования.

Анализируя современное развитие управленческих и технологических инноваций в государственных организациях здравоохранения и всей медицинской отрасли в контексте истории медицины и биоэтической концепции, отметим, что в целом конкурентоспособность системы здравоохранения Российской Федерации сегодня определяется темпами внедрения новейших медицинских научно обоснованных решений и развития наукоёмких медицинских услуг и во многом зависит от учёта исторического опыта развития отечественной и западной медицины и биоэтического обеспечения нововведений, касающихся здоровья человека. Комплексный ретроспективный анализ уровня инновационного развития системы здравоохранения России, проведённый по таким ключевым параметрам эффективности в области инноваций, как человеческий капитал, создание новых медицинских знаний и их применение в лечебном процессе, финансирование медицинских инноваций и рынок в области фармации, показывает, что

основные резервы стимулирования инновационной деятельности в отрасли здравоохранения заключаются в кадровом потенциале.

Вся история отечественной медицины убедительно демонстрирует, что деятельность объектов и субъектов медицинской отрасли во многом зависит от личностей, чей научный и организационный потенциал и практическая работа всегда были основаны на формировании новых медицинских знаний и умений. Историки делают вывод о том, что на нынешнем этапе развития отечественной медицины следует обеспечивать более эффективное применение на практике интеллектуального капитала медицинских специалистов.

Новейшая история медицины подсказывает, что нынешняя инновационная политика государства в медицинской отрасли должна учитывать следующие обстоятельства.

1. Россия обладает огромным массивом знаний в ряде областей фундаментальной науки.
2. В медицинской отрасли существует проблема прерывания инновационного цикла на этапе перехода от фундаментальных исследований через НИОКР к медицинским технологиям. Отмечаются низкий уровень развития сектора прикладных разработок и неразвитость инновационной инфраструктуры с точки зрения использования передовых медицинских технологий на основе принципов биоэтики.
3. Ресурсы государственного сектора системы здравоохранения ориентированы в большей степени на закупку импортного медицинского оборудования. Капитализация высокоинтеллектуального ресурса происходит преимущественно за пределами России, а значительные средства предпринимательского сектора исключены из процессов воспроизводства отечественного сектора исследований и разработок в сфере медицины.

Важнейшую роль в стимулировании инновационного процесса в сфере медицины играют не только сами субъекты системы здравоохранения, но и отношения между ними. Однако в настоящее время у нас недостаточно развиты институты, стимулирующие связи между медицинскими научными, учебными организациями и инновационными компаниями медицинского профиля, крупными медицинскими компаниями и малыми и средними инновационными предприятиями этого сектора.

Для достижения цели инновационного развития медицины на основе исторического опыта и применения базовых положений биоэтической концепции требуется предусмотреть:

- поддержку медицинских научных исследований и экспериментальных разработок в приоритетных направлениях развития медицинской науки, технологий и техники с учётом мировых тенденций в этой сфере;
- создание организационных и экономических механизмов для повышения спроса на медицинские инновации со стороны отечественных потребителей медицинских услуг; обеспечение развития важнейших медицинских прикладных исследований и разработок;
- адаптацию системы здравоохранения к условиям рынка, обеспечение совместной работы государственного и частного капитала для развития медицинской науки, технологий и техники.

Первоочередные задачи здравоохранения в России - модернизация и инновационные преобразования системы. Для этого необходимо активно развивать и внедрять биомедицинские технологии. Для этого необходимо соблюдение ряда условий.

1. Совершенствование системы биомедицинского и биотехнологического образования: создание мощных образовательно-научно-производственных центров, построенных по кластерному типу и тесно взаимодействующих с ведущими вузами.

2. Стимулирование научных исследований в области фундаментальной биомедицины.
3. Внедрение новых механизмов формирования прикладных научных программ, которые призваны обеспечить создание требуемых технологий и продуктов, основанных на фундаментальных разработках.
4. Дальнейшее развитие биоэтического сопровождения исследований в области создания биотехнологий.
5. Создание системы управления медицинскими знаниями и обеспечение преемственности знаний и навыков в различных медицинских организациях с соблюдением правил и принципов биоэтики.

Формирование системы управления медицинскими знаниями и обеспечения преемственности медицинских знаний и навыков в организациях здравоохранения соответствует концепции, которая интерпретируется как проблема использования интеллектуального капитала медицинской организации. К концу 90-х гг. прошлого века эта концепция воплотилась в комплексную технологию, представляющую собой совокупность процессов, методов, приёмов и программно-технологических средств для обеспечения свободной циркуляции знаний и их генерации в целях повышения результативности деятельности медицинской организации.

Свою лепту в общее развитие этой концепции внесли учёные, не имеющие отношения к медицинской науке (что указывает на её междисциплинарный характер): Л. Прусак, Т. Давенпорт, И. Нонакой, Х. Та-кеуши, Д. Стаплтон, Ч. Деспрес, Д. Чавел, У. Букович, Р. Уильямс, Т. Стюарт, Б.З. Мильнер.

Как показывает опыт организаций, которые уже реализовали технологию по управлению знаниями, эта деятельность связана прежде всего с человеческим фактором. Здесь следует отметить:

- ограниченные возможности приобретения знаний людьми и организациями;
- нежелание людей делиться своими знаниями;
- сложность процесса передачи собственных знаний;
- боязнь людей, что может обнаружиться их некомпетентность в определённой области деятельности;
- сложность восприятия персоналом новых знаний;
- внутреннее отторжение самого термина «управление знаниями» в организациях, которые слишком увлечены старыми методами управления.

Внедрение технологии по управлению знаниями в деятельность медицинских организаций предусматривает интеграцию знаний в стратегию по управлению ими, структуру протоколов ведения пациентов и выработку практических решений по их совершенствованию на постоянной основе.

В целом управление знаниями в медицинской организации - это процесс формирования и распространения знаний структурного подразделения клиники, при котором необходимая и важная информация своевременно попадает в распоряжение медицинского персонала, распоряжающегося ею строго в интересах достижения оптимального результата диагностики и лечения пациентов посредством выработки правильного медицинского решения.

Под институтом менеджмента новых знаний в системе здравоохранения понимается совокупность устойчивых формальных и неформальных правил и норм взаимодействия между сотрудниками лечебного учреждения, другими организациями здравоохранения, а также государственными органами управления

(федерального и регионального уровня), в основе которого лежит методология, нацеленная на повышение качественного уровня результативности медицинской деятельности.

В качестве важнейших направлений российской государственной политики в области стимулирования развития медицинской науки и технологий могут выступать:

- развитие важнейших прикладных медицинских исследований и разработок;
- формирование в системе здравоохранения собственной инновационной подсистемы;
- повышение эффективности использования в медицинской практике результатов научной деятельности;
- сохранение и развитие кадрового потенциала системы здравоохранения;
- развитие международного медицинского научного сотрудничества.

В связи с этим в сфере медицины необходимо комплексно решать ряд задач, в частности:

- сформировать приоритеты инновационной деятельности с точки зрения освоения и развития базисных инноваций в медицине;
- усилить государственное регулирование и поддержку НИОКР в конкурентоспособных областях (критических технологиях) медицины;
- создать условия для развития кадрового потенциала отечественной медицинской науки и обеспечения преемственности в медицинской научной сфере;
- обеспечить активное развитие инновационной деятельности медицинских организаций, работающих в области коммерциализации медицинских технологий;
- обеспечить повышение эффективности государственно-частного партнёрства при реализации важнейших инновационных проектов государственного значения в области медицины.

Для стимулирования инновационного развития медицинской отрасли необходимо, в частности, наличие конкурентоспособного сектора «генерации медицинских знаний», включающего фундаментальные и прикладные исследования и разработки, обеспечивающего эффективное функционирование отраслевой инновационной подсистемы, преобразующей новые медицинские знания в услуги и технологии.

Существуют убедительные доказательства того, что совершенствование инвестиционного климата в здравоохранении необходимо. Однако для обеспечения необходимых темпов развития этого недостаточно. Требуется концентрация всех ресурсов на направлениях, реализующих конкурентные преимущества отечественной медицинской отрасли. Для обеспечения исторической преемственности в развитии медицинской науки и инноваций необходимо предусмотреть:

- систему определения приоритетов для государственной поддержки в сфере здравоохранения и консолидации средств федерального бюджета на главных направлениях;
- механизмы «сквозной» поддержки инновационных медицинских проектов на стадиях «генерация медицинских знаний - разработка медицинских технологий - внедрение медицинских технологий»;
- механизмы реализации комплексных медицинских проектов привлечения к исследованиям молодых учёных, развития инструментальной базы системы здравоохранения;

- реализацию важнейших медицинских инновационных проектов государственного значения как инструмента нового общественного института - государственно-частного партнёрства в разработке и освоении передовых медицинских технологий;
- новые подходы к созданию и развитию элементов медицинской инновационной инфраструктуры;
- организационную систему принятия решений, обеспечивающую согласование интересов государства, населения, бизнеса и медицинской науки (с учётом биоэтической составляющей) в рамках реализации приоритетных задач медицинской науки, технологий и техники.

Структурообразующими функциональными, стимулирующими блоками, обеспечивающими медицинскую инновационную деятельность организаций здравоохранения, должны стать:

- блок «Генерация новых медицинских знаний»;
- блок «Разработка новых медицинских технологий»;
- блок «Внедрение новых медицинских технологий»;
- блок «Институциональная база медицинских исследований и разработок на основе принципов биоэтики»;
- блок «Отраслевая инновационная инфраструктура»;
- блок «Инновационный менеджмент в медицинских организациях».

При этом основные медицинские поисковые исследования, по мнению историков медицины, должны быть сосредоточены на следующих приоритетных направлениях:

- индустрия наносистем и наноматериалов (наномедицина);
- живые системы;
- рациональное природопользование;
- перспективные технологии в информатике и электронике для нужд медицины;
- развитие технологий управления медицинскими научными организациями и медицинскими вузами;
- поддержка медицинских исследований молодых учёных и молодёжных творческих коллективов по приоритетным направлениям развития медицинской науки и биотехнологий.

Следует особо подчеркнуть, что очень важным направлением стимулирования инновационной медицинской деятельности как необходимого условия конкурентоспособности системы здравоохранения является информационное обеспечение медицинской отрасли. Под этим понимаются информирование о проводимых или проведённых медицинских исследованиях и разработках (НИРы, ОКРы, диссертации и т.п.), базы данных о патентах, изобретениях, товарных знаках, а также информирование о государственных конкурсах, тендерах, закупках и заказах.

Как показывает практика, в большей степени эта информация в настоящее время востребована государственными медицинскими организациями, а в меньшей - малыми и средними частными медицинскими структурами. Это, скорее всего, объясняется невысоким уровнем конкуренции в медицинской сфере, в которой специализируются частные малые и средние медицинские компании. Данную гипотезу косвенно подтверждает незначительность количества патентов на изобретения у медицинских

предприятий малого бизнеса. Кроме того, в этой сфере нередки случаи недобросовестной конкуренции и нарушения прав интеллектуальной собственности.

В заключение главы отметим, что на инновационный характер развития отечественной медицины оказывают влияние:

- международные и отечественные нормативно-правовые документы биоэтической направленности, прежде всего «Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека», разработанная ЮНЕСКО;
- система этических комитетов, занимающихся решением биоэтических проблем на постоянной основе;
- конгрессы, посвящённые различным областям биоэтики (в частности, 1-й Всероссийский конгресс «Биоэтика и права человека» (2008 г.));
- «Этический кодекс российского врача», принятый в 1997 г., и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показывает заседание президентской Комиссии по модернизации и технологическому развитию экономики России, проведённое 24 мая 2011 г. в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова, инновационные технологии имеют серьёзные перспективы в диагностике и профилактике заболеваний в лечебных учреждениях, производстве медицинской техники на территории страны и развитии ядерной медицины. Минздравсоцразвития России стремится к построению эконометрических моделей, позволяющих гибко подходить к управлению структурой и стоимостью медицинской помощи, при этом гарантируя её неизменное качество. Всё это полностью соответствует рекомендациям ВОЗ и отвечает целям тысячелетия, провозглашённым в специальной Декларации ООН.

Поэтому в представленном учебно-методическом пособии сделан особый упор на исторические и современные проблемы биоэтики, оказывающей существенное влияние прежде всего на вопросы безопасности ведения пациентов в медицинской практике и в ходе проведения научных медицинских экспериментов.

Биоэтика, как показывают представленные учебные материалы, стала культурной нормой современного врача. Она занимает особое место в системе подготовки специалистов-медиков, учит их, как работать в команде, соблюдая при этом нормы морали и нравственности, способствует успешному функционированию в треугольнике «врач-болезнь- больной» с целью сокращения количества врачебных ошибок.

Последовательный разбор тем учебно-методического пособия с позиций биоэтической концепции помогает показать студентам пути повышения надёжности лечебных процессов и акцентирует их внимание на основных показателях эффективности врачебных действий с учётом принципов и правил биоэтики, обеспечивающих необходимый уровень сотрудничества с коллегами по профессии в интересах здоровья пациентов. В пособии уделяется немалое внимание биоэтическому обеспечению постановки правильного диагноза, от которого зависит формирование оптимальной программы лечения больных. Касаясь одного из главных разделов пособия, посвящённого юве-нильной биоэтике, следует дополнительно подчеркнуть, что медицинские услуги для детей, например, в США включают обслуживание детей от момента рождения до достижения ими возраста 21 года. Они предусматривают следующие виды сервиса: долгосрочную специализированную медицинскую помощь с использованием медицинского оборудования (в том числе мобильного), обеспечение лекарственными препаратами (в том числе для целей иммунизации), физиотерапию, госпитализацию, трудотерапию, услуги по уходу, семейное образование, социальные услуги. Цель этих услуг - помощь каждому ребёнку в достижении своего максимального человеческого потенциала. В перечень заболеваний детей, которым требуется приоритетное оказание подобных услуг, входят: астма, церебральный паралич, расщелины позвоночника, сколиоз, судороги, неврологические расстройства, иммунные нарушения, гидроцефалия, синдром Дауна, черепно-лицевые нарушения, расщелина губы и нёба, ортопедические заболевания, врождённые пороки сердца и лёгких, сахарный диабет, проблемы мочевыводящих путей, желудочно-кишечные расстройства, генетические нарушения. В США помощь этим детям оказывается на строгой биоэтической основе и приносит позитивные результаты.

Перечислим в заключение проблемы, которые в соответствии с материалами упомянутого выше заседания президентской Комиссии по модернизации и технологическому развитию экономики России и данными пособия предстоит решать (с помощью ювенильной биоэтики), например, в сфере детской вакцинопрофилактики в стране: испытания новых отечественных и зарубежных вакцин для детей с целью их лицензирования; научная и практическая оценка безопасности вакцин на основе

мониторинга их применения; выработка научно обоснованных практических рекомендаций по устранению побочных реакций при вакцинации от дифтерии, гемофильной инфекции (тип В), гепатита В, вируса папилломы человека; кори, менингококковой инфекции, свинки, коклюша, пневмококковой инфекции, полиомиелита, ротавирусной инфекции, краснухи, столбняка, ветряной оспы, сезонного гриппа; выработка и достижение целей научно-практического мониторинга (быстрое выявление новых или редких побочных эффектов при вакцинации детей), научная оценка безопасности для детей с наличием «особых потребностей по поддержанию здоровья»; разработка универсальных научно-практических рекомендаций вакцинации в детских ЛПУ; выявление вакцин, опасных для детей с наличием «особых потребностей» (например, по данным американской медицины, вакцина FluMist противопоказана детям с астмой); выявление и научное исследование редких реакций детей на различные вакцины (что нередко может служить основанием для отзыва вакцины); выявление «групп риска» детей по различным вакцинам; формирование нормального уровня доверия населения страны к вакцинации в целях предотвращения вспышек заболеваемости среди детей; отслеживание (при поддержке Главного санитарного врача РФ) хода испытаний новых вакцин в медицинских организациях (которые должны включать детей из «группы особых потребностей»); выработка научно обоснованных критериев безопасности для вакцин (с учётом их влияния на появление побочных реакций, ошибок при подготовке вакцин к применению и т.д.); выявление и изучение случаев госпитализации, летальных исходов, инвалидизации детей при применении вакцин определённых производителей; выработка научно обоснованных стандартов безопасности для детей при их иммунизации; формирование процедуры скрининга перед вакцинацией детей и её внедрение в детские ЛПУ; выработка научно обоснованных рекомендаций по безопасному введению вакцин детям; изучение клинически значимых побочных эффектов в «группах риска»; выработка механизмов компенсационных программ для детей, у которых вакцинация вызвала серьёзные реакции организма; разработка популярных материалов для родителей по иммунизации детей; обеспечение безопасности при комбинированной вакцинации детей; обоснование дозировки различных вакцин в ходе этапной иммунизации детей и т.д. Как мы видим, только одна эта медицинская проблема потребует колоссальных усилий практического здравоохранения и медицинской науки, которые неотделимы от соблюдения представленных в пособии основ методологии ювениль-ной биоэтики. Пособие составлено в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения на межпредметной основе, вследствие чего, по мнению авторов, будет способствовать более системной подготовке будущих врачей.

Приложение 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИЮ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМУ ПОСОБИЮ

Семинар - это одна из наиболее сложных и одновременно плодотворных форм инновационного обучения и воспитания в высшей школе. Высшей формой семинарского занятия является дискуссия. Для обеспечения семинарского занятия должны применяться все имеющиеся современные средства обучения: фрагменты учебных кинофильмов, компьютерные презентации, мобильный Интернет.

В Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова семинары по темам, изложенным в настоящем учебно-методическом пособии, являются одним из видов практических занятий со студентами, проводимых под руководством профессора (доцента), который осуществляет научные исследования по тематикам семинара и является знатоком в этой области. На семинарах после предварительной работы над программным материалом и профессора (доцента), и студентов в обстановке активной коммуникации по учебным вопросам решаются задачи формирования необходимых врачу компетенций (знаний в действии); формируется мировоззрение будущего врача и его приверженность медицинскому сообществу; прививаются навыки системного анализа конкретной врачебной ситуации с точки зрения методологических основ истории медицины и биоэтики, что соответствует требованиям федеральных образовательных стандартов по специальности «Лечебное дело» и другим медицинским специальностям (в частности, «Общественное здравоохранение»).

При условии соблюдения указанных требований семинары выполняют следующие функции:

- стимулируют студентов к регулярному изучению первоисточников;
- инициируют поиск ими материалов на специализированных информационных ресурсах;
- дисциплинируют студента в отношении лекционных занятий;
- помогают закрепить полученные знания, подкрепляя их практикой общения на учебные темы;
- позволяют оттачивать профессиональную лексику и логику устного изложения учебно-практических материалов;
- закрепляют правила уважительного отношения к «коллегам по цеху»;
- формируют личные убеждения в необходимости придерживаться биоэтической концепции в ходе оказания медицинских услуг;
- развеивают сомнения в необходимости изучения данной дисциплины;
- помогают свободно и точно оперировать биоэтическими категориями, правилами и нормами;
- содействуют самостоятельному биоэтическому анализу социальных явлений жизни;
- служат прозрачной формой контроля успеваемости студентов и позволяют оценивать качество прочитанных лекций.

Ведущей функцией семинара является закрепление и углубление знаний в конкретной области. Использование метода мозгового штурма при решении учебной проблемы помогает поднять уровень подготовки на более высокую ступень, придаёт большую осмысленность профессиональному поведению будущих медиков. Воспитательная функция семинара включает как непосредственное усвоение материалов, так и демонстрацию реальных примеров медицинской практики и их подробный разбор с позиций истории медицины и биоэтики. Семинары также позволяют контролировать

содержательность, полноту и индивидуальный характер самостоятельной работы студента. Однако эта функция носит вспомогательный характер.

В нашем университете, где используется инновационный подход к обучению, семинары проводятся с исследовательской целью. При разработке методики семинарских занятий особое внимание обращается на взаимосвязь темы семинара, материалов уже прочитанных лекций и результатов самостоятельной работы студентов, которая выполняется по заданию профессора (доцента) и предусмотрена программой обучения (эссе, курсовые работы, письменные доклады и т.д.). Серьёзное внимание уделяется базовым докладам студентов, которые имеют цель инициирования дискуссии по проблемам, вынесенным на семинар.

Требования к выступлениям студентов на семинарах следующие:

- связь выступления с предшествующим базовым докладом;
- раскрытие сущности поставленной проблемной задачи (с точки зрения студента);
- освещение методологических аспектов в ходе обсуждения учебной проблемы;
- следование определённому индивидуальному плану выступления;
- отсутствие у студента стремления к зачитыванию текста, свободное изложение своей позиции;
- краткость и полнота;
- стремление поддерживать творческую атмосферу благодаря компетентности в изложении обсуждаемых вопросов.

Руководителю семинара необходимо гибко управлять обсуждением учебных вопросов, не мешая и не перебивая выступающих. Все замечания по выступлениям открыто анализируются в заключительной части семинара. Вместе с тем профессор (доцент) вправе задать дополнительный (уточняющий) вопрос выступающим студентам.

В случае если у студентов возникнут особые затруднения при ответах на проблемные вопросы, руководитель вправе взять инициативу на себя и постараться вывести семинар в прежнее дискуссионное русло.

Приложение 2. ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ПО БИОЭТИКЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ ГАРВАРДСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (США)

ТЕКСТ ПРОГРАММЫ НА ЯЗЫКЕ ОРИГИНАЛА

Harvard University (2010-2011 Course Catalog)

1. Bioethics.

Description. *Bioethics* is the study of ethical issues arising in efforts to maintain and restore health, and, more broadly, with charting humankind's future in an era of both technological advances and unmet need. We will try to reason our way through moral dilemmas that pit health against freedom, prevention against rescue, and the claims of those with competing needs when life itself hangs in the balance. The course will emphasize ethical issues involving health that arise at the global and population levels, particularly those involving peoples and regions with the greatest burden of disease.

2. Elective Clerkship in Medical Anthropology.

Description. This one month elective provides an opportunity for guided reading and research with faculty members of the Department of Global Health and Social Medicine. The course includes seminars in the Department of Global Health and Social Medicine and the Department

of Anthropology. The course allows students to apply theoretical frameworks from medical anthropology to understanding the relationships of culture, illness, and healing, the social roots of health and disease, and their implications for the practice of medicine. The clerk chooses the area of focus in consultation with the course director. Possible areas of focus include: global health, infectious disease, health inequalities, *history of medicine* and disease, *bioethics*, culture and psychiatry, violence, substance use, chronic pain, or end of life care. Clerks are expected to write a review article with an annotated bibliography over the course of the month.

3. Fundamental Methods of Clinical Trials.

Description. The scope of research in human health and disease ranges from observational and epidemiological studies (of small case series to large populations), to outcomes and health services research, to prospectively controlled studies of isolated medical interventions (clinical trials). The conduct and execution of clinical trials are complex and require the integration of a broad spectrum of experts in clinical and basic science medicine, biostatistics, bioethics, data and operations management, technology development, and government regulation. This course will provide the fundamental knowledge-base and practicum experience to equip the clinical investigator with the tools necessary to function as an effective team member in the design and conduct of ethically-sound clinical trials. By further integrating acquired basic biostatistical and epidemiological principles, the clinical investigator will achieve the skill set needed to critically review clinical trials designs and results, to know when to apply alternative treatment allocation schemes or group sequential designs, and to understand the strengths and limitations of a wide variety of post-hoc analyses and meta-analytical techniques.

4. Health Law and Policy Workshop.

Description. This seminar will feature the presentation and discussion of cutting edge scholarship on health law, health policy, biotechnology and bio-ethics. Students must submit brief written comments on a number of the papers. Because the papers are different every term, students can take the class as many times as they wish.

ТЕКСТ ПРОГРАММЫ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Гарвардский университет (2010-2011 учебный год, описание курсов)

1. Биоэтика.

Описание. *Биоэтика* - это изучение этических проблем, которые возникают в рамках мероприятий, направленных на сохранение и восстановление здоровья и в целом определения будущего человечества в век научно-технического прогресса и неудовлетворённых потребностей. Мы стараемся найти решение моральных дилемм, связанных с обеспечением свобод человека при проведении медицинских мероприятий, профилактикой и неотложной терапией и конкурирующими потребностями человека в те моменты, когда жизнь висит на волоске. Делается акцент на этических проблемах здравоохранения, возникающих на уровне как отдельных популяций, так и всего человечества в целом, особенно в регионах, характеризующихся повышенной заболеваемостью населения.

2. Факультативный курс: работа секретаря, специальность - «Медицинская антропология».

Описание. Этот одномесячный факультатив предоставляет возможность обучения интерпретации и анализу данных под руководством преподавателей с отделения здравоохранения и социальной медицины.

В рамках курса проводятся семинары на отделении здравоохранения и социальной медицины и отделении антропологии. Студенты имеют возможность получить базовую теоретическую подготовку: от сведений из области медицинской антропологии до информации о взаимосвязях культуры, болезней и выздоровления, социальных причин здоровья и болезни и их последствий для врачебной практики. Учащийся выбирает тему

по согласованию с руководителем курса. Возможные темы: общее здоровье, инфекционные болезни, неравные возможности и неравноправие в доступе к услугам здравоохранения, *история медицины* и болезни, *биоэтика*, культура и психиатрия, насилие, наркомания, хроническая боль и уход за пожилыми и неизлечимо больными людьми. Предполагается написание реферата с аннотированной библиографией в рамках курса.

3. Фундаментальные методы в клинических испытаниях. Описание. Масштабы исследований в области здоровья и болезней человека варьируют от эмпирических и эпидемиологических (от небольших до крупных популяций) до исследования результатов лечения и системы здравоохранения в целом, перспективных контролируемых исследований отдельных медицинских вмешательств (клинические испытания). Управление и проведение клинических испытаний - сложный процесс, который требует участия множества экспертов в области клинической и фундаментальной медицины, биостатистики, биоэтики, управления данными и операциями, развития технологий и государственного регулирования. В рамках курса студенты получают фундаментальные базовые знания и практический опыт и таким образом вырабатывают навыки, необходимые для эффективной работы в команде при разработке и проведении клинических испытаний в соответствии с этическими принципами. Знание и применение на практике базовых биостатистических и эпидемиологических принципов позволят клиническому исследователю успешно проводить критический анализ структуры и результатов клинических испытаний, принимать решения о применении альтернативных схем или последовательных методов лечения и научиться понимать сильные стороны и ограничения разнообразных методов апостериорного анализа и метаанализа.

4. Семинар «Право и политика в здравоохранении».

Описание. В рамках семинара изучаются и обсуждаются современные законы в области здравоохранения, политика в здравоохранении, биотехнология и биоэтика. По ряду документов студенты должны давать свои комментарии (в форме письменной работы). Поскольку в каждом семестре документы разные, студенты могут изучать этот курс столько раз, сколько пожелают.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванюшкин А.Л. и др. Введение в биоэтику: уч. пособ. - М.: Прогресс: Традиция, 2000.
 2. Хрусталёв Ю.М. Биоэтика. - М.: Медицина, 2011.
 3. Трошин В.Д., Добротина Н.А., Фатыхов Р.Р., Назаров В.М. Биомедицинская этика. - Н.Новгород, 2002.
 4. Стречча Э. Биоэтика: учебник / Кэмбелл А., Джиллет Г., Джонс Г.; под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-Мед, 2004.
 5. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). - М., 2004.
 6. Биоэтика: учебник / под ред. В.П. Лопатина. - М., 2005.
- Дополнительная
7. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005) - принята в октябре 2005 года.
 8. Капица С.П., Юдин. Б.Г. Медицина XXI века: этические проблемы // Знание. Понимание. Умение. - 2005. - № 3. - С. 75-79.
 9. Белкина Г.Л., Корсаков С. Н. И.Т.Фролов и становление отечественной биоэтики // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. - М., 2008.
 10. Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2 / Отв. ред. Ф.Г.Майлено-ва. - М.: ИФ РАН, 2008. - С. 230.
 11. Мартыненко А.В., Воробцова Е.А. Научная конференция «Вопросы биоэтики в социальной работе» // Знание. Понимание. Умение. - 2005. - № 1. - С. 186-189.
 12. Близнак А.И. Медико-психологическая реабилитация - перспективное направление здравоохранения // Медицинские новости. - 2006. - № 1. - С. 52-53.
 13. Орлов В.И., Сабгайды Т.П. Этапы развития методов экономических потерь, связанных со здоровьем населения // Медицинский вестник. - 2009. - № 1.
 14. Bonnie Steinbock. The Oxford Handbook of Bioethics. - Oxford University Press, 2007. - ISBN 978-0-19-927335-5.
 15. Jonsen A.R. The History of Bioethics // Philosophy and Medicine. - 2006.- Vol. 78. - Sec. 1. - P. 31-57.
 16. Human Dignity in the Biotech Century: A Christian Vision for Public Policy / Eds. Ch.W. Colson, N.M. Cameron. - Downers Grove, IL: InterVarsity, 2006.
- Основная
1. Иванюшкин А.Л. и др. Введение в биоэтику: уч. пособ. - М.: Прогресс: Традиция, 2000.
 2. Хрусталёв Ю.М. Биоэтика. - М.: Медицина, 2011.
 3. Трошин В.Д., Добротина Н.А., Фатыхов Р.Р., Назаров В.М. Биомедицинская этика. - Н.Новгород, 2002.
 4. Стречча Э. Биоэтика: учебник / Кэмбелл А., Джиллет Г., Джонс Г.; под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-Мед, 2004.
 5. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). - М., 2004.

6. Биоэтика: учебник / под ред. В.П. Лопатина. - М., 2005.

Дополнительная

7. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005) - принята в октябре 2005 года.

8. Капица С.П., Юдин. Б.Г. Медицина XXI века: этические проблемы // Знание. Понимание. Умение. - 2005. - № 3. - С. 75-79.

9. Белкина Г.Л., Корсаков С. Н. И.Т.Фролов и становление отечественной биоэтики // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. - М., 2008.

10. Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2 / Отв. ред. Ф.Г.Майленова. - М.: ИФ РАН, 2008. - С. 230.

11. Мартыненко А.В., Воробцова Е.А. Научная конференция «Вопросы биоэтики в социальной работе» // Знание. Понимание. Умение. - 2005. - № 1. - С. 186-189.

12. Близнюк А.И. Медико-психологическая реабилитация - перспективное направление здравоохранения // Медицинские новости. - 2006. - № 1. - С. 52-53.

13. Орлов В.И., Сабгайды Т.П. Этапы развития методов экономических потерь, связанных со здоровьем населения // Медицинский вестник. - 2009. - № 1.

14. Bonnie Steinbock. The Oxford Handbook of Bioethics. - Oxford University Press, 2007. - ISBN 978-0-19-927335-5.

15. Jonsen A.R. The History of Bioethics // Philosophy and Medicine. - 2006.- Vol. 78. - Sec. 1. - P. 31-57.

16. Human Dignity in the Biotech Century: A Christian Vision for Public Policy / Eds. Ch.W. Colson, N.M. Cameron. - Downers Grove, IL: InterVarsity, 2006.

17. Meilaender G. Bioethics: A Primer For Christians. - Grand Rapids, Michigan: Wm. B. Eerdmans Publishing Company, 2006.

Информационные ресурсы в Интернете

<http://www.biomedcentral.com/bmcmedethics>

<http://europa.eu.int/comm/research/science-society/ethics/rules20en.html> <http://www.cordis.lu/science-society>