

любви к ближнему, которая в профессиональной врачебной этике формулируется как «принцип приоритета интересов пациента». Служение Е. С. Боткина — пример верности и исполнения принципа приоритета пациента над личными интересами врача.

В истории медицины много примеров выполнения врачами этого принципа. Каждый практикующий врач может привести сотни случаев, начиная от отказа врачом от житейских личных планов ради пациента до различных вариантов ситуации, которую можно условно назвать «последний долг». К ним относится и пример, передающийся врачами из уст в уста: опытный врач-хирург, будучи сам больным, инвалидом по болезни сердца, откликается на просьбу коллег и больного, оперирует и спасает тяжелобольного пациента. Но выйдя из операционной, тут же умирает от упадка сердечной деятельности.

Сегодня, в связи с канонизацией Евгения Боткина, из уст в уста передаются его «дела и вера». К сожалению, врач Евгений Сергеевич Боткин не оставил теоретического трактата по медицинской этике. Когда-то современник Сократа Ксенофонт утверждал, что Сократ никогда не брался писать трактаты о добродетели. Но так как все видели, что он таков, то это давало надежду людям, находившимся в общении с ним, что они, подражая ему, станут такими. Причисление к лику святых доктора Евгения Сергеевича Боткина, имеет большое значение сегодня и дает надежду на утверждение в отечественной врачебной этике «принципа приоритета интересов пациента», который будет влиять и на утверждение в законодательстве России правовой нормы о приоритете интересов и блага отдельного человека над интересами общества и науки.

Литература:

1. Айвазян Ш.Г. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) / Ш.Г. Айвазян, А.Д. Доники // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.35-37.
 2. Биомедицинская этика. Сборник нормативно-правовых документов в области прав человека в контексте биомедицинских исследований. Под ред. И. В. Силуановой и В.Н.Диомидовой.М.-Чебоксары.2014, с. 313.
 3. Конституция Российской Федерации (1993 г.) ст. 15, п. 4.
 4. Коллективизм / Словарь по этике. М., 1970. Изд-во политической литературы. С. 117.
 5. Маркс К., Энгельс Ф. ПСС, т.3, С.3.
 6. Beauchamp T. L., Childress J. E., Principles of Biomedical Ethics. 3d ed. Oxford Univ. Press. N. Y.-Oxford, 1989.
 7. Силуанова И. В. В фокусе внимания — современная медицина / Конвенция о защите прав и достоинства человека русского православия. М.: Республика, 2002. С. 156—172.
 8. Достоевский Ф. М. Братья Карамазовы. Собр. соч. в 10 т. Т. 9. М., 1958. С. 308.
 9. Достоевский Ф. М. Бесы // Собр. соч. в 10 т. Т. 7. М., 1957. С. 266.
 10. Доники А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.58-60.
 11. Доники А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. № 2(10). 2012. С.54-55.
 12. Гиппократ. Избранные книги. М., «Академия», 1936, с. 87-88.
 13. Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma .The Christian Virtues in Medical Practice. Georgetown University Press, 1996 г.
- References**
1. Ajvazyan SH.G. Prava vracha v problemnom pole bioetiki (sluchaj iz evropejskoj praktiki) / SH.G. Ajvazyan, A.D. Donika // Bioetika – 2015 - № 1(15) – С.35-37.
 2. Biomedicinskaya etika. Sbornik normativno-pravovykh dokumentov v oblasti prav cheloveka v kontekste biomedicinskih issledovanij. Pod red. I. V. Siluyanovoj i V.N. Diomidovoj. M.-Cheboksary. 2014, s. 313.

3. Konstituciya Rossijskoj Federacii (1993 g.) st. 15, p. 4.
4. Kollektivizm / Slovar' po etike. M., 1970. Izd-vo politicheskoy literatury. S. 117.
5. Marks K., Engels F. PSS, t.3, S.3.
6. Beauchamp T. L., Childress J. E., Principles of Biomedical Ethics. 3d ed. Oxford Univ. Press. N. Y.-Oxford, 1989.
7. Siluyanov I. V. V fokuse vnimaniya — sovremennaya medicina / Konvenciya o zashchite prav i dostoinstva cheloveka russkogo pravoslaviya. M.: Respublika, 2002. S. 156—172.
8. Dostoevskij F. M. Brat'ya Karamazovy. Sobr. soch. v 10 t. T. 9. M., 1958. S. 308.
9. Dostoevskij F. M. Besy // Sobr. soch. v 10 t. T. 7. M., 1957. S. 266.
10. Donika A.D. Problema formirovaniya eticheskikh regulyatorov professional'noj deyatel'nosti vracha // Bioetika – 2015 - № 1(15) – С.58-60.
11. Donika A.D. Medicinskoe pravo: evropejskie tradicii i mezhdunarodnye tendencii // Bioetika. № 2(10). 2012. S.54-55.
12. Gippokrat. Izbrannye knigi. M., «Akademiya», 1936, s. 87-88.
13. Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma .The Christian Virtues in Medical Practice. Georgetown University Press, 1996 g.

УДК 615:211:616-005

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕВАНИЯ В ТРАГЕДИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА (Мировоззренческие аспекты)

Н.А.Жаркин

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный университет» Минздрава России, г. Волгоград, zharkin55@mail.ru

Т.Г.Семикова

Врач педиатр, специалист по методической работе кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный университет» Минздрава России, г. Волгоград

В статье обсуждается проблема взаимоотношений врача и пациентки в вопросах, касающихся репродуктивного выбора, наиболее остро встающих в случаях аборт по желанию и кесарева сечения без медицинских показаний. Данная проблема особенно остро встает в современной ситуации, когда в Государственной Думе РФ обсуждается проект закона о запрете абортов. Однако, не менее остро стоит другая проблема – проведение операции кесарева сечения без медицинских показаний, в то время как генезис отношения женщин к тому и другому событию имеет общий характер. В статье доказывается, что успех в предотвращении этих событий во многом зависит от мировоззрения врача и может быть более достижим, когда оно складывается из убеждений, опирающихся на отечественные философские традиции.

Ключевые слова: врач, пациент, репродуктология, аборт, мировоззрение врача, философские традиции.

BIOETHICAL PROBLEMS OF MEDICINE IN TRAGEDY OF THE REPRODUCTIVE CHOICE

N.A.Zharkin,

Doctor of Science (Medicine), Professor, head of the Department of obstetrics and gynecology, Volgograd State Medical University, Volgograd, zharkin55@mail.ru

T.G. Semikhova,

Pediatrician, specialist of methodological work, Department of obstetrics and gynecology, Volgograd State Medical University, Volgograd

Bioethical problems of the physician- patient relations in regard to the issues of reproductive situations are discussed. They are most pressing in case of abortion and Cesarean section with no medical indications. This problem is particularly urgent in

the present situation when the State Duma is debating a draft law on banning abortion.

But another urgent problem has emerged— the practice of performing a caesarean section without medical indications, while the genesis of the women's attitude to both events is similar nature. This article argued that successful prevention of such events depends on the physician's philosophy and may be achieved by using the convictions based on the Russian philosophy traditions.

Key words: physician, patient, reproductology, abortion, worldview of the doctor, philosophy tradition

В одной из главных биоэтических проблем - взаимоотношений между пациентом и врачом мировоззренческие аспекты играют существенную роль. Мировоззрение определяется как система взглядов человека на мир, место человека и общества в нем, на отношение человека к миру и самому себе, а также соответствующие этим взглядам основные жизненные позиции людей, их идеалы, принципы деятельности, ценностные ориентации. Всякое мировоззрение складывается из убеждений. Они могут быть истинными или же, напротив, мнимыми; научными, религиозными, нравственными, обоснованными и необоснованными, прогрессивными и реакционными и т. д. Одни убеждения основываются на фактах, другие, напротив, коренятся лишь в субъективной уверенности, лишенной объективной основы. Опираясь на эти убеждения, участники диалога, касающегося здоровья человека осуществляют некую последовательность действий, приводящих или к выздоровлению, или к ухудшению его состояния, или даже смерти. Результат этих взаимоотношений в большей степени зависит от врача, поскольку он обладает специальными знаниями. ()

В проблеме репродуктивного выбора помимо этих двух участников диалога стоит третье лицо – ребенок, независимо от того, существует ли он или его существование лишь прогнозируется. Результат в этом случае будет касаться именно третьего лица, ребенка – либо жизнь (рождение), либо смерть (аборт), либо ни того, ни другого (контрацепция).

В зависимости от убеждений, из которых складывается мировоззрение, врач акушер-гинеколог и пациентка в проблеме репродуктивного выбора могут вести себя по-разному. Врач, представитель самой гуманной в мире профессии может прилагать большие усилия в лечении бесплодия, невынашивания беременности, оказывать профессиональную помощь в родах. Но с другой стороны, он же вынужден сделать медицинский аборт по узаконенному желанию женщины, предложить ей целый арсенал средств контрацепции или вспомогательные репродуктивные технологии, в том числе с использованием донорского материала, выполнить электроаборт (т.е. по желанию женщины) операцию кесарева сечения без должных на то оснований. В этом и во многом другом заключаются парадоксы современной акушерско-гинекологической практики.

Выбор того или иного варианта ведения беседы с пациенткой несомненно зависит от духовно-нравственного состояния врача, тех приоритетов, которыми он пользуется в повседневной жизни. Приведем яркий пример различий в формальном и личностно ориентированном подходе разных специалистов по отношению к пациентке, перед которой стояла проблема репродуктивного выбора.

В гинекологическое отделение областной больницы поступила первобеременная женщина с направлением из районной больницы на прерывание беременности по медицинским показаниям. Поводом

для такого серьезного заключения было наличие хронического заболевания у пациентки, которое входит в перечень показаний для прерывания беременности: пиелонефрит единственной почки. Одну почку пациентке удалили в раннем детстве в связи с карбункулом. Срок беременности на момент поступления был 22-23 недели. Психологическое состояние пациентки было подавленным, она мало разговаривала, скупое отвечала на вопросы о состоянии здоровья, утверждала, что ее ничего не беспокоит. Когда же был задан главный вопрос, хочет ли она прервать беременность в связи с высоким риском осложнений, угрожающих ее жизни, она заявила, что это не ее решение, а решение районного врача. Результаты клинического обследования свидетельствовали о том, что функция единственной почки не нарушена, хроническая почечная недостаточность отсутствует. Учитывая пожелания пациентки не прерывать беременность, компенсированное состояние здоровья, а также то, что беременность была первая, и ее прерывание скорее всего лишит женщину возможности когда-либо стать матерью с учетом имеющейся патологии, по обоюдному согласию с родственниками, было решено не прерывать беременность, готовить пациентку к родам и родоразрешать в условиях городского родовспомогательного учреждения, являющегося клинической базой медицинского университета. Радости пациентки не было границ. После того, как она узнала о таком решении, она сказала, что по дороге в областной центр все время молилась о сохранении жизни ее младенцу – удивительная зрелость чувства материнства при том, что женщине было ... 15 лет. Сейчас она счастливая мать двоих детей, имеет полноценную семью, состояние здоровья ее вполне удовлетворительное. Трудно представить, каков был бы результат, если бы все участники диалога пошли по формальному пути, ведь девочка и ее родители не настаивали на сохранении беременности, а были готовы покорно выполнять «требования министерского приказа»?

Так же как и врач, пациентка тоже, в свою очередь, может проявить настойчивость в диалоге и в одних случаях предпринимать большие усилия в стремлении иметь ребенка, а в других с помощью медицинских средств «планировать» беременность по своему усмотрению, требовать удовлетворения своего права на прерывание беременности, необоснованно отказываться от лечения при угрожающем ее жизни или жизни ее нерожденного ребенка заболеванием, воспользоваться суррогатным материнством или напротив, самой предложить этот вариант для другой женщины за финансовое вознаграждение.

Из этих перечисленных возможностей особенно уродливым, оскверняющим человеческое достоинство всех участников репродуктивного выбора является, на наш взгляд, суррогатное материнство. Врачебное сообщество еще в 1998 году выразило негативное отношение к этому в заявлении Этического Комитета Международной Федерации Акушеров-Гинекологов (FIGO), в котором говорится, что Комитет проявляет сильную сдержанность к этому вопросу, поскольку суррогатство нарушает общепринятый институт семьи, и, если оно допускается в каком-либо государстве, то должно опираться на принятых законах, предусматривающих полную информированность общества и защищенность суррогатной матери в связи с ее социально-экономическим статусом. (5)

С житейской позиции суррогатную мать можно сравнить с мачехой, которая относится к ребенку с холодной неизбежностью, лишая его душевной теплоты и лишь строго выполняя медицинские процедуры. После рождения, практически всегда путем кесарева сечения, ребенок попадает к другой мачехе, которая его не вынашивала и не рожала и, чаще всего, не сможет обеспечить грудное вскармливание, представляющее собой несомненный символ материнства. В этих условиях новорожденный по существу дважды испытывает чувство предательства по отношению к нему. Подобная психотравма безусловно не пройдет без тяжелых последствий для всей семьи.

На одной из научных конференций по ЭКО, проходившей несколько лет назад, был сделан доклад об опыте суррогатства, в котором были описаны 7 клинических случаев. Закономерным исходом их был один - ни в одном результате не был счастливым для детей. Особенно поразил научный эксперимент (по другому это не назовешь), когда эмбрионы от семейной пары, полученные в пробирке, были подсажены суррогатной матери (два эмбриона) и биологической матери (3 эмбриона) и все беременности «прижились». К сожалению или, может, наоборот, к счастью, живых детей от этого эксперимента не получилось. Далеко не каждая женщина примет чужого ребенка сердцем и обласкает любовью, а это то необходимое, что дает нерожденному младенцу желание прийти в жизнь. Материнская любовь – последнее, что может спасти человека в безвыходной ситуации в любом возрасте.

Даже от простого перечисления проблем, связанных с репродуктивным выбором становится понятно, что позитивная или негативная нравственная направленность, сила и характер убеждений участников диалога играют основополагающую роль в его исходах. Что способствует формированию мировоззрения и можно ли его изменить, является предметом многих обсуждений.

Относительно аборта все участники дискуссий сводятся к консенсусу, что аборт является злом. По определению Е.Я.Поляковой с соавт. (7), с медицинской точки зрения аборт – зло потому, что наносит ущерб здоровью женщины, с демографической – потому, что ставит под угрозу нормальное воспроизводство населения, с социальной – так как способствует упадку института семьи, с психологической – приводит к нарушениям личностного развития и психологическим проблемам (постабортный синдром), с духовно-нравственной точки зрения аборт также является злом, причем злом абсолютным. Тем не менее, врач акушер-гинеколог, дававший торжественное обещание «не вредить», и пациентка, понимающая истинный смысл аборта как уничтожение зародившейся в ней жизни, идут на этот шаг по обоюдному согласию.

Врач оправдывает себя тем, что «выполняет требование пациентки», перекладывая ответственность с себя на безликий «закон». В данном случае милосердие, как универсальная ценность молчит, потому что по отношению к женщине врач не бескорыстен, а по отношению к нерожденному младенцу он не проявляет «жертвенную помощь» в спасении от смерти. Явление это массовое, за редчайшим исключением. Подтверждением этому может, например, служить отказ всего врачебного коллектива одной из женских консультаций подписать обращение своего коллеги к женщинам, идущим на аборт по желанию, содержащее нравственные и

медицинские аргументы отказаться пациентке от своего пагубного решения (11).

Безусловно, есть акушеры-гинекологи, которые полностью не принимают не только производства аборт, но даже выдачу направления на них по этическим, моральным или религиозным мотивам. Этический Комитет FIGO предлагает в подобной ситуации врачу направить пациентку к тому специалисту, который согласится выполнить прерывание беременности (5). В этом случае врач якобы снимает с себя ответственность за аборт и перекладывает его на своего сговорчивого коллегу. Возникает конфликт интересов. Не изменив своего намерения, пациентка вынуждена искать другого специалиста, часто обращаться в коммерческие клиники, или что, к сожалению, случается, идти на риск криминального вмешательства. При этом теряется время для выполнения аборта в сроки, когда осложнения могут быть минимальными. Таким образом, и выполнение аборта, и отказ от его выполнения не избавляет врача от нравственной потери и может привести к так называемому профессиональному выгоранию. Новые формы организационной работы, предусматривающие преабортное консультирование психологом и «неделю тишины», к сожалению, не приносят пока радикальных перемен в снижении числа аборт, чему в большей мере способствует контрацепция.

По мнению Е.Я.Поляковой с соавт. (7) эта ситуация сформировалась благодаря реализации свободы индивидуума в современном обществе, в котором переплетаются элементы модерна и постмодерна. Основными чертами его являются прагматизм, а также потребительское отношение ко всему окружающему миру (общество потребления), когда человек ставит в центр мироздания самого себя. В исследовании А.А.Шестакова (10) был составлен социологический портрет современной беременной женщины, который ярко демонстрирует расстановку акцентов на себя, а не на ребенка.

Как бы можно было поступить врачу акушеру-гинекологу в отношении обращения к нему женщины о прерывании беременности? Безусловно, никоим образом нельзя обходиться штампами или стереотипами. У каждой пациентки имеются свои доводы и причины, которые необходимо извлечь из глубин ее души, и, поскольку ситуацию необходимо развивать только в направлении отказа от прерывания беременности, попытаться разбудить в ее сердце то самое чувство, которое позволяет женщине обрести в жизни счастье – любовь, в данном случае любовь к ребенку. И тогда нравственная потеря обернется в свою противоположность.

Подобные этические проблемы возникают и в других трагедиях репродуктивного выбора: программах подготовки к родам (выполнение УЗИ, лекарственная профилактика, прививок от гриппа), выбора метода и даже сроков рождения ребенка (программированные роды, эпидуральная анестезия по желанию, elective кесарево сечение), продолжительности грудного вскармливания, выполнения календаря прививок ребенку и др.

Особенно трагична ситуация с методом родоразрешения. Непомерно высокий процент кесаревых сечений, превысивший в стране 25% всех родов, указывает на настоящую пандемию. Противоестественность метода появления ребенка на свет становится принятой обществом нормой, повлекшей за собой целый каскад трудно разрешимых

медико-социальных и этических проблем. Так же как и в трагедии аборт, кесарево сечение обуславливает повреждающее влияние на всех его участников: врача, пациентку и ребенка. Врач теряет квалификацию ведения естественных родов, что на протяжении многовековой истории человечества считалось искусством. Пациентка испытывает хирургическую агрессию с соответствующими рисками, ближайшими и отдаленными последствиями. А ребенок лишается первого, наиважнейшего детерминированного природой опыта борьбы за выживаемость, что не позволяет ему проявить в жизни задуманное о нем Творцом – полноценно раскрыться личности. И мать, и ребенок при этом теряют репродуктивный потенциал, оказывающий существенное влияние на демографические показатели (2,6).

Попытка выяснить скрытую причину неудачного репродуктивного дебюта более чем у 200 матерей после кесарева сечения обнаружила необычную картину: 50% опрошенных были склонны обвинить врачей, 25% - нарушением физиологических процессов («шейка матки не открывалась») и лишь 25% признались, что очевидно не были психологически готовы к родам. Очень характерная картина для постмодерна – «виноваты все, только не я». (3).

Когда выбор сделан с неблагоприятными решениями для ребенка, на лицо имеется кризис личности, устранение которого – удел клинической психологии. Это для пациентки. А что же для врача? Ведь если не устранить этот кризис личности врача, не восстановится нравственный стержень: совесть – орган моральной интуиции, который представляет собой «самооценку человеком своих чувств, поступков, мыслей через призму высших нравственных ценностей» (1). О последствиях врачевания таким специалистом не трудно догадаться.

Чтобы помочь врачам избежать нравственного упадка, предлагаем вспомнить отечественные философские традиции в медицине. В начале 19-го века профессор Императорского Московского Университета Матвей Яковлевич Мудров составил семь правил «благочестия врача». Одним из главных было правило соблюдения высоких нравственных качеств, первое место среди которых занимает любовь к ближнему (9). Продолжение постулатов М.Я.Мудрова ярко отражены в публикациях одного из самых проницательных русских мыслителей Ивана Александровича Ильина. Они показывают религиозно-нравственный фундамент личности русского врача, формировавшегося под влиянием сознательной русской медицинской традиции (4).

*«Согласно этой традиции, деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода... Врачебная присяга, которую приносили все русские врачи и которую мы все обязаны русскому Православию, произносилась у нас с полной и благоговейной серьезностью ... Но этим еще не сказано самое важное, главное – это любовь. Служение врача есть служение любви и сострадания; он призван любовно обходиться с больным. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «души» и «сердца». Тогда все вырождается в врачебную практику становится отвлеченным «подведением» больного под абстрактные понятия **болезни** (morbus) и **лекарства** (medicamentum). ... На самом деле пациент совсем не есть отвлеченное понятие, состоящее из абстрактных симптомов: он есть живое существо, **душевно-духовное** и страдающее. ... Именно таким должен врач увидеть его, постигнуть и*

лечить. Именно к этому зовет нас наша врачебная совесть. Именно таким мы должны полюбить его, как страдающего и зовущего брата.

*Горе тому из нас, кто упустит в лечении **духовную проблематику** своего пациента и не сумеет считаться с нею! Врач и пациент суть духовные существа, которые должны совместно направить судьбу страдающего духовного человека. ... энергия его телесного организма, его «соматического Я», дана ему для того, чтобы он тратил и сжигал его вещественные запасы в **духовной работе**. И вот есть люди, которые сжигают **слишком много** своей энергии и своих веществ в духовной работе – и от этого страдают; и есть другие люди, которые пытаются истратить **весь запас** своих телесных сил и веществ – **через тело**, духом же пренебрегают – и от этого терпят крушение. Есть болезни пренебреженного и потому истощаемого тела; и есть болезни пренебреженного и потому немощного духа. Врач должен все это установить, взвесить и найти индивидуально-верное решение; и притом так, чтобы пациент этого не заметил. Нельзя лечить тело, не считаясь с душой и духом. ... Только так мы постигнем страдание нашего пациента в его органической целокупности и сумеем верно облегчить его таинственную болезнь».* (Цит. по И.А.Ильин «Путь к очевидности», 1957).

В послесловии своей замечательной книги «Путь к очевидности» И.А.Ильин дает ответ на вопрос – что делать для того, чтобы изменить сложившееся положение дел, отойти от прагматизма и штампов в таком важном служении, как оказание помощи будущей Матери.

«Мы, люди современной эпохи, не должны и не смеем предаваться иллюзиям: кризис, переживаемый нами, не есть только политический или хозяйственный кризис; сущность его имеет духовную природу. Поэтому нам необходимо подлинное углубление духа; мы должны прежде всего сосредоточиться и уйти ... в ту священную сферу, благодатность и божественность которой возвестил нам Сын Божий, Иисус Христос. ... Человечество нуждается в обновлении духа и облагорожении инстинкта, в возвращении к евангельской вере...».

Литература:

1. Веселова Е.К. Психологическая деонтология: мировоззрение и нравственность личности. Изд. Дом СПбГУ. СПб, 2002, 316 с.
2. Жаркин Н.А. Медико-социальные и этические проблемы кесарева сечения. /Журнал практического врача акушера-гинеколога, 2002, №4, с.31-38.
3. Жаркин Н.А. Система подготовки к естественным родам женщин с рубцом на матке /Материалы Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М.:2015.
4. Ильин И.А. Путь к очевидности. Мюнхен, 1957 (посмертное издание).
5. Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for the study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. November 2006. FIGO, 288 p.
6. Мишель Оден. Кесарево сечение: Безопасный выход или угроза будущему? / НОУ «Международная школа традиционного акушерства», Москва, 2005, с.187.
7. Рождение человека в трагедии выбора. Учебное пособие. В 2 ч./ Е.Я.Полякова, Г.И.Крашенина, Т.В.Митирева и др. Новосибир. Гос. Ун-т. Новосибирск, 2009. Ч 2. 348 с.
8. Седова Н.Н., Басов А.В. Этические параметры персонализированной медицины / Биоэтика, 2015, №2, с.21-25.
9. Силуянова И.В. Семь правил «благочестия врача». Медицинский вестник, № 31(680), 17.11.2014 г., с.23.

10. Шестаков А.А. Врач акушер-гинеколог в системе родовспоможения: опыт социологического анализа. Автореф. дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2016.
 11. Интернет-ресурс www.roddom2-vlg.ru/consulting/about_abort/
- References:**
1. Veselova E.K. Psihologicheskaya deontologiya: mirovozzrenie i npravstvennost' lichnosti. Izd. Dom SPbGU. SPb, 2002, 316 s.
 2. ZHarkin N.A. Mediko-social'nye i ehticheskie problemy kesareva secheniya. /ZHurnal prakticheskogo vracha akushera-ginekologa, 2002, №4, s.31-38.
 3. ZHarkin N.A. Sistema podgotovki k estestvennym rodam zhenshchin s rubcom na matke /Materialy Vserossiyskogo nauchnogo foruma «Mat' i ditya». M.:2015.
 4. Il'in I.A. Put' k ochevidnosti. Myunhen, 1957 (posmertnoe izdanie).
 5. Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for the study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. November 2006. FIGO, 288 p.
 6. Mishel' Oden. Kesarevo sechenie: Bezopasnyy vyhod ili ugroza budushchemu? / NOU «Mezhdunarodnaya shkola tradicionnogo akusherstva», Moskva, 2005, s.187.
 7. Rozhdenie cheloveka v tragedii vybora. Uchebnoe posobie. V 2 ch./ E.YA.Polyakova, G.I.Krashenina, T.V.Mitireva i dr. Novosib. Gos. Un-t. Novosibirsk, 2009. CH 2. 348 s.
 8. Sedova N.N., Basov A.V. Ehticheskie parametry personalizirovannoy mediciny / Bioehtika, 2015, №2, s.21-25.
 9. Siluyanov I.V. Sem' pravil «blagochestiya vracha». Medicinskij vestnik, № 31(680), 17.11.2014 g., s.23.
 10. SHestakov A.A. Vrach akusher-ginekolog v sisteme rodovspomozheniya: opyt sociologicheskogo analiza. Avtoref. dis. kand. med. nauk. Volgograd, 2016.
 11. Internet-resurs www.roddom2-vlg.ru/consulting/about_abort/

УДК 17.023.36+572.02+572.026

ЭВОЛЮЦИЯ ЧЕЛОВЕКА КАК МЕДИКО- БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

С. О. Гапанович

аспирант кафедры философской антропологии и общественных коммуникаций ф-та Философии человека, Российский Государственный Педагогический Университет им. А.И.Герцена, младший научный сотрудник Лаборатории Молекулярных механизмов нейронных взаимодействий, Институт Эволюционной Физиологии и Биохимии им. И.М.Сеченова РАН г. Санкт-Петербург, stanislavgapanovich@gmail.com

Во второй половине XX века среди антропологов было достаточно распространенным представление о завершенности биологической эволюции современного человека, поскольку на смену биоадаптогенезу пришел социоадаптогенез. Современные данные, полученные генетикой и рядом других специальностей, заставляют пересматривать и уточнять подобные представления. С эволюционных позиций, некоторые стратегии поведения человека, изначально носившие адаптивный характер и способствовавшие его выживанию, в условиях развития современной глобальной цивилизации, становятся менее адаптивными или даже дезадаптивными. Для успешного решения стоящих перед человечеством проблем необходимо их рассмотрение с позиций биоэтики.

Ключевые слова: эволюция человека, биоэтика, социальный адаптогенез, эгалитарность, адаптация, генетический груз

HUMAN EVOLUTION AS A BIOMEDICAL PROBLEM

S.O. Gapanovich

Post-graduate student of the Department of Philosophical Anthropology and Public Communications, Faculty of human philosophy, Herzen State Pedagogical University of Russia,

scientist of Laboratory of the Molecular mechanisms of neuronal interactions, Sechenov Institution of Evolutionary Physiology and Biochemistry of the RAS, Saint- Petersburg stanislavgapanovich@gmail.com

In the second half of the twentieth century many anthropologists shared a view that biological evolution of a modern human had completed, since biology adaptogenesis had been replaced with social adaptogenesis. The up-to-date data, obtained in genetics and a number of other specialties, require such views should be revised and updated. From the evolutionary standpoint, some human behavior strategies, which originally used to be adaptive and contributed to human survival in the conditions of contemporary global civilization, are getting less adaptive or maladaptive. To successfully address the problems facing mankind it is necessary to consider them from the standpoint of bioethics.

Key words: human evolution, bioethics, social adaptogenesis, egalitarian, adaptation, genetic load

Под влиянием «уверенной поступи» научно-технического прогресса к концу XX века среди биологов и антропологов сформировалась убежденность в том, что биологическая эволюция человека практически завершилась. Действительно, на это указывает и очень слабая изменчивость строения внутренних органов, и то, что анатомическое строение человеческого организма с теми или иными оговорками можно считать оптимальным [1]. На смену биоадаптогенезу пришел социоадаптогенез, с развитием цивилизации у человека исчезла необходимость биологически приспосабливаться как к абиотическим (климатическим, геохимическим, космическим), так и биотическим (инфекционные патологии) факторам среды. Homo sapiens демонстрирует рост средней продолжительности жизни и увеличение численности вида, что, очевидно, связано с улучшением питания и развитием медицины [2]. Проблема эволюции современного человека в обозримом будущем интересовала антропологов главным образом в связи с ухудшением экологической обстановки и экспоненциальным ростом численности. Правда, оставались сомнения: если эволюция современного человека пришла к финалу или близка к завершению, то не противоречит ли это общенаучному постулату, согласно которому любая система сохраняет жизнеспособность только в состоянии постоянного развития? Так как человечество есть не только социальная общность, но и биосистема, данное положение должно распространяться и на биологическую эволюцию [1]. Не деградирует ли современный Homo sapiens биологически и какими могут быть дальнейшие эволюционные тренды?

На эти тревожные вопросы было принято отвечать с умеренным оптимизмом. Считалось, что дальнейшее совершенствование социального адаптогенеза сделает ненужными сколько-нибудь значительные изменения генетического состава человека. Правда, в результате смогут сохраняться генотипы, ранееотягощенные не всегда излечимыми патологиями (диабет, аддисонова болезнь, иммунодефицит). Но можно надеяться, что, благодаря достижениям медицины, снизится фенотипическое проявление вредных генов, которые ранее отсеивались прямым естественным отбором. А поскольку современный человек уже освоил все пригодные для обитания экологические ниши, то появление новых видовых форм рода Homo невозможно и опасаться за биологическое будущее вида, представителями которого являются современные люди, нет никаких оснований.