



ISSN 2070-1586

Учредитель

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации,
Russian Unit of the International Network
of the UNESCO Chair in Bioethics

Главный редактор:

академик РАН, доктор медицинских наук,
профессор Петров Владимир Иванович (Petrov V.)

Заместитель главного редактора:

доктор философских наук, доктор юридических наук,
профессор Седова Н. Н. (Sedova N.)

Редакционный совет:

Новаков И. А. (Novakov I.)

академик РАН, доктор химических наук, профессор

Сергеев Ю. Д. (Sergeev Y.)

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Сергеев Н. К. (Sergeev N.)

член-корреспондент РАО, доктор педагогических наук,
профессор

Спасов А. А. (Spasov A.)

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор,

Юдин Б. Г. (Yudin B.)

член-корреспондент РАН, доктор философских наук,
профессор

Редакционная коллегия:

Доника А. Д. – к. мед. н., д.социол.н., доцент, г. Волгоград,
Россия – (ответственный секретарь)

Аджиенко В. Л. – д. мед. н., профессор, г. Пятигорск, Россия.

Андрянова Е. А. – д.социол.н., профессор, г. Саратов, Россия

Мохов А. А. – д. юр. н., профессор г. Москва, Россия

Серова И. А. – д. филос. н., профессор, г. Пермь, Россия

Силуанова И. В. – д.филос.н., профессор, г. Москва, Россия

Созинов А. С. – д. мед. н., профессор, г. Казань, Россия.

Стаценко М. Е. – д. мед. н., профессор, г. Волгоград, Россия

Стрельченко В. И. – д. филос. н., профессор, зав. кафедрой
философии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский университет»
г. Санкт-Петербург, Россия.

Кубарь О. И. – д. мед. н., профессор, г. Санкт-Петербург,
Россия.

Давтян Сусанна – к. философ. наук, (Армения)

Иржи Машгалка – действительный член Президиума
Европарламента, г. Страсбург,

Теодор Цырдя – д. филос. н., профессор г. Кишинев,
Республика Молдова.

Ядвига Яськевич – д. филос. н., профессор, г. Минск,
Республика Беларусь.

Брайн Хамнет – PhD, Почетный профессор, Университет
Эссекса, Великобритания

Биоэтика

BIOETHICS

Федеральный
научно-
практический
журнал
2 (22) 2018

Журнал включен в Перечень ведущих
рецензируемых научных журналов и изданий
Высшей Аттестационной комиссии
Министерства образования и науки Российской
Федерации, в которых должны быть
опубликованы основные научные результаты
диссертаций на соискание ученой степени
доктора и кандидата наук по группе научных
специальностей:

09.00.05 Этика, (философские науки);

09.00.13 Философия и история религии,

философская антропология,

философия культуры, (философские науки);

14.02.05 Социология медицины

(социологические и медицинские науки)

Журнал представлен в НАУЧНОЙ
ЭЛЕКТРОННОЙ БИБЛИОТЕКЕ (НЭБ)
Двухлетний импакт-фактор РИНЦ = 3,459

Журнал представлен в международной базе
Scientific Indexing Services (SIS)

Сайт журнала: <http://www.journal-bioethics.ru>



Волгоград
Издательство
ВолгГМУ
2018

СТРАНИЦА
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**академик РАН
Петров В. И.**

10 лет журналу «Биоэтика» 4

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Жабон Ю.Ж., Ринчинова О.С.Тибетская медицина: особенности
биоэтических и этических представлений 5**Светличная Т.Г., Меньшикова Л.И.,
Рухтин А.А.**Религиозная детерминация биоэтических
представлений медицинских работников 9**Тарабрин Р.**Анализ методики криоконсервации эмбрионов
при экстракорпоральном оплодотворении
с точки зрения православной биоэтики 16**Коноплева Е.Л., Остапенко В.М.**Этические дилеммы в современной
сестринской практике 20

ПРАКТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

**Кубарь О.И., Микиртичан Г.Л.,
Седова Н.Н., Лихтшангоф А.З.**Авторитетное участие российских
медицинских центров в программе ЮНЕСКО
по профессиональной подготовке
и информации в области биоэтики 25**Доника А.Д., Ягунов П.Р.,
Чеканин И.М., Шестакова И.В.**Этическое образование
в медицинском вузе:
европейская практика 29**Карсанов А.М., Берсенева Е.А.,
Ремизов О.В.**О значении контроля уровня
межличностных коммуникаций
в повышении безопасности
лечения хирургических пациентов 33**Карымов О.Н., Потеев Н.Н.,
Воробьев А.А., Калашникова С.А.,
Крайнова И.Ю.**Татуаж: этика исполнения
и классификация осложнений 37**Серова И.А., Ковалева М.Д.**

К проблеме нормализации ЭКО 44

ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА

Туленков А.М.Биоэтические аспекты обеспечения
эквивалентности медицинской помощи
лицам, содержащимся
в местах лишения свободы 47PAGE
OF THE EDITOR-IN-CHIEF**The academician of Russian Academy of Science
Petrov V. I.**

10 years of the Bioethics journal 4

THEORETICAL BIOETHICS

Zhabon U.ZH., Rinchinova O.S.Tibetan medicine: features of bioethical
and ethical concepts 5**Svetlichnaya T.G., Menshikova L.I.,
Ruhtin A.A.**Religious determination of bioethical beliefs
of health workers 9**Tarabrin R.**Analysis of embryos' cryopreservation
in in vitro fertilization from orthodox
point of view 16**Konopleva E.L., Ostapenko V.M.**Ethical dilemmas
of modern nursing practice 20

PRACTICAL BIOETHICS

**Kubar O.I., Mikirtichan G.L.,
Sedova N.N., Likhtshangof A.Z.**Authoritative participation
of the Russian medical centres in UNESCO'S
programs for education, training
and information in the field of bioethics 25**Donika A.D., Yagupov P.R.,
Chekanin I.M., Shestakova I.V.**Ethical education
in the medical university:
European practice 29**Karsanov A.M., Berseneva E.A.,
Remizov O.V.**On the importance of control of the level
of interference communications
in improving safety of treatment
of surgical patients 33**Karimov O.N., Potekaev N.N.,
Vorobyov A.A., Kalashnikov S.A.,
Krainova I.Yu.**Tattoo: ethics of performance
and classification of complications 37**Serova I.A., Kovaleva M.D.**

In vitro fertilization norm-setting 44

APPLIED BIOETHICS

Tulenkov A.M.Bioethical aspects
of providing equivalent
medical treatment
for prisoners 47



**Латышевская Н.И., Давыденко Л.А.,
Беляева А.В.**

Квесты как инновационная педагогическая
технология оценки качества подготовки
студентов в гигиеническом образовании:
этические аспекты и проблемы 50

**Деларю В.В., Волчанский М.Е.,
Болучевская В.В., Навроцкая Ю.С.**

Этические проблемы обучения
клинических психологов в супервизии 53

СОБЫТИЯ

**Навроцкий Б.А., Петров А.В.,
Осыко А.Н.**

Теория медицинского туризма
и практика туризма лечебного 56

**Щекин Г.Ю., Кожевников Л.Л.,
Бахтин В.А.**

Этика и право в медицинском туризме 57

**Вешнева С.А., Морозов Р.Н.,
Масльева А.Е.**

Безопасность оказания медицинской помощи 59

**РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА
ЖУРНАЛА** 62

**ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ
ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ** 63

**Latyshevskaya N.I., Davydenko L.A.,
Belyaeva A.V.**

Quests as an innovative pedagogical
technology for assessing the quality
of students' training in hygienic education:
ethical aspects and problems 50

**Delarue V.V., Volchansky M.Ye.,
Boluchevskaya V.V., Navrotskaya Yu.S.**

Ethical problems of teaching clinical
psychologists in supervision 53

EVENTS

**Navrotskiy B.A., Petrov A.V.,
Osyko A.N.**

The theory of medical tourism and
the practice of health care tourism 56

**Shchekin G.Yu., Kozhevnikov L.L.,
Bakhtin V.A.**

Ethics and law in medical tourism 57

**Vesneva S.A., Morozov R.N.,
Maslieva A.E.**

Safety of medical care 59

**PUBLICATION ETHICS
OF THE JOURNAL** 62

**PAPER SUBMISSION
GUIDELINES** 63

УДК 614.2-612.1

10 ЛЕТ ЖУРНАЛУ «БИОЭТИКА»

В.И. ПЕТРОВ

*академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач,
ректор Волгоградского государственного медицинского университета,
post@volgmed.ru*

10 YEARS OF THE BIOETHICS JOURNAL

V.I. PETROV

*The Full Member of the RAS, Honored Scientist of the Russian Federation, Honored Doctor,
rector of Volgograd State Medical University, post@volgmed.ru*



Дорогие друзья,
коллеги, единомышленники!

Ровно десять лет назад вышел в свет первый номер нашего издания. Необходимость основания подобного журнала была связана с нарастанием этических проблем в связи с внедрением новых биотехнологий, изменением системы здравоохранения и просто с желанием понять, что такое «хорошо» и что такое «плохо» в нашей медицине. Хотя биоэтика выходит далеко за рамки ценностного осмысления медицинской теории и практики, но жизнь и здоровье человека – ее главные темы.

За эти годы была разработана структурная композиция биоэтики и в соответствии с ней были организованы соответствующие разделы журнала – теоретическая биоэтика, практическая биоэтика, прикладная биоэтика. В состав редакционной кол-

легии вошли специалисты из России и пяти стран мира. В журнале стали публиковаться статьи философов, социологов, медиков, биологов из многих регионов России и из других государств. В редакции журнала стали проводиться круглые столы по актуальным проблемам этического сопровождения медицинских инноваций и здравоохранительных реформаций. Журнал активно сотрудничает с Международной сетью кафедр биоэтики ЮНЕСКО (Хайфа).

За прошедшие десять лет опубликовано 349 научных статей на самые разные темы, были представлены результаты социологических исследований, рассматривались конкретные случаи применения этических норм, освещались новости о работе этических комитетов, читатели знакомились с развитием биоэтики в других странах. С 2016 года нечетные номера журналов стали выходить на английском языке, что позволило укрепить связи с международным биоэтическим сообществом. С 2010 года журнал вошел в список научных журналов ВАК. С 2008 года импакт-фактор журнала поднялся от нулевой отметки до 3,459. Надеемся, что это не предел. Сейчас у нас много планов, которые мы надеемся осуществить с вашей помощью, дорогие друзья!

Поздравляю всех наших авторов и читателей с десятилетием журнала «Биоэтика»! Желаю здоровья, творческих успехов и оптимизма!

ВСЕ БУДЕТ ХОРОШО!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V.I. Petrov'.

УДК 61(09):614.218

ТИБЕТСКАЯ МЕДИЦИНА: ОСОБЕННОСТИ БИОЭТИЧЕСКИХ
И ЭТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Ю.Ж. Жабон

к. и. н., с. н. с. Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН, yumzhan@gmail.com

О.С. Ринчинова

к. и. н., с. н. с. Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН, rinchinova.o@gmail.com

В статье на материалах тибетских источников, в основе которых 31-я глава «О лекаре» второго тома «Чжуд-ши» (XII в.), рассматриваются тибетские представления о ключевых проблемах медицинской этики. Целью исследования является попытка взглянуть на средневековую тибетскую врачебную этику в контексте этических моделей современной медицины. Показано, что этические нормы деятельности тибетского врача, в отличие от часто трансформирующихся европейских этических принципов, вот уже на протяжении нескольких веков остаются абсолютно неизменными и до сих пор практикуются. Особое внимание уделено рассмотрению шести типов взаимоотношений тибетского врача с пациентом, которые сравнительно с европейскими моделями обнаруживают значительные элементы сходства, хотя конкретные подходы к решению некоторых проблем отличаются. Подробно разбирается отношение тибетцев к эвтаназии и аборту, на которое серьезное влияние оказали буддийские учения о *карме*, реинкарнации. Делается вывод, что, несмотря на корпоративный, патерналистский характер древней врачебной этики Тибета в целом, здесь присутствует обязательное достоверное информирование пациента о диагнозе и прогнозе заболевания, что напоминает один из основных принципов современной биоэтики.

Ключевые слова: история медицины, «Чжуд-ши», тибетская медицина, биоэтика, врачебная этика, Тибет, тибетцы.

TIBETAN MEDICINE: FEATURES OF BIOETHICAL
AND ETHICAL CONCEPTS

U.ZH. Zhabon

candidate of Sciences (History), senior researcher of Institute for Mongolian, Buddhist and Tibetan Studies SB RAS, yumzhan@gmail.com

O.S. Rinchinova

candidate of Sciences (History), research associate of Institute for Mongolian, Buddhist and Tibetan Studies SB RAS, rinchinova.os@gmail.com

The article presents Tibetan views on the key problems of medical ethics, based on the materials of Tibetan sources, mainly on the 31st chapter of the second volume of *rGyud bzhi* (the 12 century). The aim of the study is an attempt to review medieval Tibetan medical ethics in the context of ethical models of modern medicine. It is shown that the ethical norms of the Tibetan physician's activities, unlike the often transformed European ethical principles, have remained absolutely unchanged for several centuries, and are still practiced. Particular attention is paid to six types of relationship between the Tibetan physician and the patient; although, they bear significant similarities to European models, specific approaches to solving some problems differ. The attitude of Tibetans to euthanasia and abortion that was seriously influenced by the Buddhist teachings on karma, reincarnation, is analyzed in detail. It is concluded that despite the corporate, paternalistic nature of the ancient medical ethics of Tibet in general, there is an obligatory true informing of the patient about the diagnosis and prognosis of the disease that recalls one of the basic principles of modern bioethics.

Key words: history of medicine, *rGyud bzhi*, Tibetan medicine, bioethics, medical ethics, Tibet, Tibetans.

Биоэтика в настоящее время представляет собой активно развивающуюся область междисциплинарных исследований этических, национальных, религиозных, философских, правовых и антропологических проблем, возникающих в связи с прогрессом биологической науки и медицинского знания, внедрением новейших биомедицинских технологий. Особую актуальность приобретают подобные исследования в многонациональной и многоконфессиональной России с ее разнообразными этнокультурными традициями, философско-этическими представлениями о ключевых вопросах биоэтики, таких как эвтаназия или аборт.

Вопрос закрепления этических принципов для врачей обсуждается практически с самого появления медицины. В истории европейской культуры, например, «формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации» [Силуянова, 2001, с. 5], которыми в своей деятельности был обязан руководствоваться врач. И все эти требования и нормы поведения врача сегодня сводятся в основном к четырем принципам или моделям современной медицинской этики: принцип «не навреди» – модель Гиппократ (460–377 гг. до н. э.), принцип «делай добро» – модель Парацельса (1493–1541 гг.), принцип

«соблюдения долга» – деонтологическая модель и принцип «уважения прав и достоинства человека» – биоэтика. Если традиционно главной моделью взаимоотношений врача и пациента считалась «патерналистская модель», то под влиянием принципа биоэтики, обусловленного развитием биомедицинских исследований, в 60–70-х годах XX в. начинают разрабатываться и внедряться новые модели отношений врач – пациент, такие как «коллегальная», «информированное согласие», «контрактная», «научная» и т. д.

Российские ученые, специалисты, занимающиеся изучением проблем, связанных с медицинской антропологией и этнологией, медицинской этнографией и биоэтикой, продолжают дискутировать о принципах становления и развития отечественной научной школы биоэтики. Многие исследователи воспринимают биоэтику как «западное явление», однако в ее развитии в современной России отмечают некоторую «русскую» специфику, заключающуюся в опоре на отечественные философские, деонтологические традиции [Курленкова, 2013].

В этом контексте особый интерес вызывают биоэтические представления российских этнических медицинских традиций. В частности, тибетской медицины, которую уже более трехсот лет практикуют

буряты, калмыки и тувинцы – реципиенты тибетской буддийской культуры.

Поскольку понятие биоэтика, в узком смысле этого слова, обозначает весь круг этических проблем во взаимодействии врача и пациента, то рассмотрим «тибетскую модель» подобных взаимоотношений: какие они, совместимы ли с европейскими моделями этики, если да, то насколько. Да и в целом изучение тибетских, буддийских медико-этических представлений открывает большие перспективы для рассмотрения типологических параллелей различных этномедицинских систем, для общих историко-культурологических, гуманитарных исследований [Keown, 1998]. Тем более что в течение двух последних десятилетий существенно возрос интерес современных ученых собственно к тибетской медицине. Появились антропологические исследования, которые рассматривают тибетскую медицину как оригинальную научную медицинскую традицию, как комплексный медицинский ресурс для гималайских народов [Schrempf, 2007]. Прежде всего, это связано с тем, что в условиях глобализации тибетская медицинская традиция, отличающаяся своей самобытностью и целостным подходом к лечению, становится востребованной для современной медицины в ее поисках клинических и фармакологических инноваций [Boesi, 2006].

Весь комплекс морального кодекса тибетского врача, включающий как духовный, так и профессиональные аспекты, рассматривается в 31-й главе «О лекаре» второго тома «Чжуд-ши» в шести частях: необходимое условие обучения врачебной дисциплине, суть ученого врача, определение термина, классификация врачей, обязанности врача и результат деятельности врача [Чжуд-ши, 2001, с. 110–116; Yutok, 2000, с. 95–101; Yuthok, 2011, с. 281–300]. Кроме части «определение термина», где дается лишь тибетская этимология слова *менпа* (*smen pa*) – «лекарь», во всех остальных частях детально описываются те качества, которыми должен обладать врач, а также то, что он должен делать и что не должен, правила поведения и взаимодействия врача с пациентом, учениками, коллегами и т. д. Некоторые части из всего этого обширного материала были вкратце представлены в работе немецкого исследователя Й. Шлитера, но, к сожалению, с пропусками, путаницей пунктов и подпунктов внутренней структуры главы [Schlieter, 2014, с. 1–17]. Также, с сожалением приходится признать, что перевод данной главы в русском издании «Чжуд-ши» [Чжуд-ши, 2001, с. 110–116], интерпретации отдельных ученых содержания главы оставляют желать лучшего, не лишены неточностей и ошибок [Хунданов и др., 1979, с. 107]. И потому все отрывки из «Чжуд-ши», представленные в этой работе, даются в переводе автора.

Здесь же остановимся на рассмотрении вопросов, касающихся взаимоотношений врача и пациента, отношения тибетцев к эвтаназии и аборту, которые до сих пор не получили должного освещения в современной научной литературе.

Тибетская врачебная этика. Переходя собственно к представлениям о врачебной этике в тибетской медицине, отметим, что, в отличие от часто трансформирующихся европейских этических моделей, они вот уже на протяжении нескольких веков абсолютно не меняются и до сих пор практикуются [Pordié, 2007]. Это объясняется тем, что в тибетской письменной культуре «Чжуд-ши», составленный в стихотворной форме, является строго канонизированным «коренным» текстом, в который нельзя вносить никакие изменения. Более того, традиция воспринимает «Чжуд-ши» как изложение медицинского учения, проповеданного самим Буддой [Khenchen, 2004]. Интересующий нас основной вопрос врачебной этики, то есть взаимоотношение тибетского врача с больным, представлен в «Чжуд-ши» в «общих обязанностях» под пунктом «действие речи», имеющим шесть подпунктов. Там, в частности, сказано:

Действие речи – это дать прогноз [болезни].

Если [болезнь] определена, то объявляют об этом сходно с тем, как трубят в раковину на рынке:

Делаются заверения о [1] выздоровлении больного, или [2] прогнозируется время смерти.

Если не удастся [определить болезнь], то по аналогии с [раздвоенным] языком змеи,

Дают [3] двойкий прогноз и покидают больного с наиболее вероятным [исходом болезни].

Другие действия речи – это [4] выразить взаимное согласие мнений;

[5] Диагностировать [болезнь], но соглашаться с больным;

[6] Избегать неприятностей, допуская любое развитие [болезни] [Yutok, 2000, р. 100].

Рассмотрим более подробно эти шесть типов взаимоотношений в сравнении с вышеуказанными европейскими моделями.

Первые два подпункта ясно говорят о том, что если врач точно диагностирует болезнь, то он должен немедленно информировать больного как о благоприятном прогнозе – выздоровлении (*‘tsho bar khas blangs*), так и о неблагоприятном – «прогнозировать время смерти» (*‘chi bar dus btob*). В третьем случае, если же врачу не удастся поставить диагноз, то он должен прогнозировать любой из двух возможных исходов болезни, но сообщить больному о наиболее вероятном из них (*gnays la zhon nas gang bzang steng du bros*). Эти три подхода напоминают европейский биоэтический принцип уважения – достоверного информирования пациента о диагнозе и прогнозе заболевания. Но, в отличие от западного врача, тибетский врач не считает, что неблагоприятный прогноз – или как здесь «прогнозировать время смерти» – может вызвать стресс, усугубить болезнь, нарушить принцип «не навреди».

Отголоски европейской «коллегальной модели» отношений прослеживаются в четвертой формулировке: «выразить взаимное согласие мнений» (*mtshun par snang ba gsal gdab*), где больной в своем взаимодействии с врачом выступает как равноправная сторона. Следующая фраза – «диагностировать [болезнь], но соглашаться с больным» (*blo yi chod pa yul dang bstun pa*) – говорит о том, что врач соглашается с предположением больного о своем заболевании, но лечит именно ту болезнь, которую он диагностирует у него. Эти взаимоотношения напоминают классическую «патерналистскую модель», работающую по принципу «доктору лучше знать». И, наконец, в шестой формулировке – «избегать неприятностей, допуская любое развитие болезни» (*sridd pa'i sgo mi bgag par rdzong la bros*) – описывается ситуация, когда врач не может дать стопроцентной гарантии исхода болезни. Об этом в тексте «Чжуд-ши» сказано буквально следующее:

... степень серьезности болезни, выздоровеет больной или умрет –

Зависят от удачи, кармы, благих заслуг и условий [режима питания и образа жизни];

Кто-то выздоровеет, а кто-то умрет.

Потому невозможно дать абсолютно точный прогноз.

[В подобных ситуациях], даже если риск очень высокий, то говорят, что стоит лечить,

А в случаях меньшего риска говорят, что следует лечить с осторожностью.

К тому же [все прогнозы] должны соответствовать общепринятым правилам и нормам [Yutok, 2000, р. 100].

Отсюда следует, что тибетский врач во избежание неприятных последствий для репутации, даже при очень высоком риске, должен говорить о возможности выздоровления, а в случаях меньшего риска говорить о необходимости осторожного подхода к лечению. Ибо под влиянием каких-либо объективных и субъективных факторов даже неизлечимо больной человек может выздороветь, а человек с куда менее серьезным заболеванием может умереть.

Комментируя данный фрагмент, знаменитый тибетоязычный монгольский врач XIX века Лунрик Дандар пишет, что врач также «избегает неприятностей» тогда, когда его благоприятный или неблагоприятный прогноз подтверждается. В том случае, если подтверждается неблагоприятный прогноз, и больной умирает, то врачу рекомендуется выполнить все подобающие случаю обряды, в том числе произвести астрологические вычисления для погребения тела, родственникам и близким умершего изложить буддийское учение о непостоянстве и неизбежности смерти и т. д. [Lunrik, 2004, p. 167].

Тут необходимо подчеркнуть, что мировоззрение тибетской медицины полностью основывается на буддизме. И некоторые особенности тибетской врачебной этики, которые на европейский взгляд противоречат врачебной этике как таковой, объясняются буддийским учением о пустоте (*тиб. stong pa nyid/ санскр. śūnyatā*) или взаимозависимом происхождении всех явлений (*тиб. rten 'brel 'byung ba/ санскр. pratyūya-samutpāda*), утверждающего, что в мире перерождений – *сансаре* все обусловлено, о *карме* (*тиб. las/ санскр. karma/ букв. «действие»*) или законе причинно-следственной связи всех деяний человека на физическом, вербальном и ментальном уровнях.

Что касается самого буддизма в целом, то с распространением махаяны в первые века нашей эры медицина стала ее неотъемлемой частью. Согласно религиозно-этическому идеалу *бодхисаттвы*, предложенной монахам и мирянам, лечение больных, избавление живых существ от страданий является ключевым аспектом духовного совершенствования. Медицина была включена в пять основных наук и стала предметом монастырского образования в буддийских университетах Индии. В некоторой степени медицину рассматривали как одно из «искусных средств» для обращения в буддизм. Был создан культ Будды Медицины с детально разработанными текстами, обрядностью, который пользовался большим успехом в Центральной Азии, на Дальнем Востоке, а затем в Тибете и в других буддийских регионах [Dalai Lama V, 2009; Жабон, 2014]. Через *махаяну* тибетцы ознакомились не только с буддийскими этическими принципами, но и с аюрведическим кодексом медицинской этики, систематизированным древнеиндийскими врачами [Pandya, 2000]. По утверждению Г.М. Бонгард-Левина в древней Индии существовало понятие врачебной тайны, согласно которой индийский «врач не должен был сообщать пациенту о тех своих наблюдениях, которые способны были бы отрицательно повлиять на его душевное состояние и, таким образом, усугубить недуг» [Бонгард-Левин, 2007, с. 353]. Надо признать, что в тексте «Чжуд-ши» не удалось обнаружить такое выражение, которое соответствовало бы современному пониманию врачебной тайны. Здесь также отсутствуют понятия об эвтаназии и аборте. Однако, как будет изложено ниже, все эти вопросы решаются тибетскими врачами в рамках буддийских учений о *карме*, реинкарнации и т. д. В этой связи отметим, что седьмой пункт статьи Ч. Гудмана полностью посвящен проблемам эвтаназии и аборта, которые рассматриваются им с точки зрения буддийских этических принципов [Goodman, 2014]. Собственно же буддийская этика, которую более точно в традиции называют «нравственной дисциплиной» (*тиб. tshul khrims/ санскр. śīla*), все активнее привлекается в поле академических изысканий западных ученых [Harvey, 2000]. Существует даже специальный «Журнал буддийской этики» (The Journal of Buddhist Ethics), освещающий работы в области изучения историко-культурного развития буддийской этической мысли, рассматриваемой здесь с различных точек зрения: Винай и юриспруденция, философская этика, права человека, этика и психология, экология и окружающая среда, социальная и политическая философия, межкультурная этика, этика и антрополо-

гия, межкультурный диалог по вопросам этики и медицинская этика [Hughes, Keown, 1995].

Отношение тибетцев к эвтаназии и аборту.

В современной медицине, согласно требованиям части общества, в том числе некоторых медицинских работников, все чаще обсуждают вопрос о возможности легализовать эвтаназию, которая в корне противоречит традиционной клятве Гиппократова. Что касается тибетцев, то в формулировании ответов на такие сложные ситуации в медицинской практике, как эвтаназия, аборт, они непременно обращаются к буддизму.

Безусловно, в случае неизлечимых пациентов тибетские врачи не практикуют эвтаназию. Они лишь стараются, насколько это возможно, минимизировать боль и облегчить состояние больного. Буддийская точка зрения заключается в том, что нужно позволить *карме* завершиться самостоятельно, естественным образом. И, конечно же, у тибетских врачей нет аппаратов, которые бы искусственно продлевали жизнь. Но вместе с тем, на вопрос об эвтаназии Далай-лама XIV (1935 г. р.) в одной из своих публичных лекций ответил, что «в целом ее лучше избегать, как и аборт». Бывают случаи, когда люди очень сильно страдают, и надежды на выздоровление нет, тогда эвтаназия может быть приемлема. И всегда бесконечно важно, чтобы ум умирающего пребывал в покое» [Далай-лама XIV, 2014]. То есть, надо понимать, что все зависит от ситуации, и необходимо рассматривать каждый отдельный случай.

Очень любопытную трактовку аборта в свое время дала Лобсанг Долма Канкар (1935–1989) – первая женщина врач в тибетском обществе. Согласно ее мнению, существует три вида младенческой смерти: внутриутробная смерть плода, смерть во время родов (или же сразу после родов) и смерть детей младше одного года. Внутриутробную смерть, которую специалисты классифицируют как самопроизвольный аборт, Долма Канкар объясняет тем, что плод естественным образом погибает в утробе, прожив те несколько недель или месяцев, которые остались у человека от предыдущей жизни (*tshe lhag*). Два других случая смерти, а также искусственный аборт, обусловлены, по ее мнению, *кармой* ребенка прожить короткую жизнь. Вместе с тем она отмечает, что для женщины аборт чреват тяжелыми *кармическими* последствиями [Lobsang, 1998, p. 97–100]. Тут может возникнуть вопрос – какая *карма* может быть у ребенка? Ведь нам более привычна европейская модель восприятия ребенка, когда он считается «невинным божьим созданием». Согласно же буддизму, взрослые и малые дети ничем не отличаются, каждый несет свое индивидуальное *кармическое* наследие. Что конкретно имеется в виду здесь? Современные исследователи считают, что жизнь человека как биологического индивидуума формируется сразу после слияния родительских половых клеток, когда образуется «неповторимый генетический материал» [Еремеева, 2016, с. 42]. Однако буддисты добавили бы сюда и «непрерывный поток сознания» [Hopkins, 1980, p. 41], или то, что они называют *сантаной* (*тиб. sems kyi rgyud/ санскр. citta-saṃtāti, saṃtāna/ букв. «поток», «континуум», «последовательность», «нить»*). Согласно традиции, именно непрерывность *сантаны* обуславливает процесс перерождения или реинкарнации (новое существование, переход из одной жизни в другую), где без предшествующего потока сознания последующий поток сознания не может быть порожден [Hopkins, 1980, p. 41–48]. Так, например, о трех причинах, обуславливающих зачатие [Garrett, 2008, p. 8], а также о других сопутствующих факторах появления человеческой жизни в «Чжуд-ши» сказано:

«Условием для зачатия [нового организма] в матке являются:

Слияние спермы отца и яйцеклетки матери, не имеющих каких-либо изъянов,

Сознание, побуждаемое [отпечатками прошлой] *кармы* и [вредоносными эмоциями] *клеша*, соединение пяти первоэлементов» [Yutok, 2000, p. 16].

Как же весь этот процесс (взаимосвязь *сантаны* и *кармы*) реализуется? Предельно корректное и понятное объяснение принципа работы такой сложной религиозно-философской концепции обнаруживается в работе Г.М. Бонгард-Левина «Древнеиндийская цивилизация»:

Представление о *сантане* служит в буддийской доктрине предпосылкой к своеобразному восприятию идеи *кармы*. Смерть есть неизбежное прекращение *сантаны*, «приостановка потока», причем прежние связи рвутся и целое окончательно распадается на элементы. Однако действия и интенсивные психические напряжения, вызванные прекратившейся *сантаной*, не исчезают вовсе, они предопределяют изменения в элементах и сказываются на особенностях новых «потоков», которые опять и опять возникают в непрерывном круговороте бытия. В этом смысле новое существование – результат событий, отмеченных в предыдущем. <...> Как же буддисты объясняли природу и суть перерождения, утверждая одновременно иллюзорность души и индивидуального «я»? Наиболее точный ответ можно получить, обратившись к тем образным сравнениям, с помощью которых раскрывается идея. Когдадвигающийся шар, поясняет, например, буддийский комментатор V в. Буддхагхоша, сталкивается с другим шаром, он как бы передает ему свое движение; теперь движется уже второй шар, а первый останавливается. Точно так же и с личностью человека (вернее, с *сантаной*): смерть прекращает существование индивида, но совершенные им дела воздействуют на новые существования [Бонгард-Левин, 2007, с. 166–167].

К слову сказать, сознание, «карта ума» и многие другие темы в тибетском буддийском представлении уже давно привлекают внимание западных ученых: природа различных типов и уровней сознания [Houshmand et al., 1999], эмбриология [Garrett, 2008]; процесс умирания и смерти [Hopkins, 1980, 2002].

Примечательно отметить и «результат труда тибетского врача» в традиционном понимании. Так, признание, богатство и т. д. в этой жизни составляют «временный результат». Но если же тибетский врач будет строго придерживаться всех установленных правил и норм поведения, то обретет «окончательный результат», то есть достигнет конечной цели всех буддистов – состояния будды (*тиб.* sangs rgyas kyi sa/ *санскр.* buddha-bhūmi), подразумевающего «того, кто преодолел все свои недостатки и реализовал весь свой потенциал ради блага других». Для этого тибетскому врачу необходимо практиковать *бодхичитту* (*тиб.* byang chub/ *санскр.* bodhicitta) – развить в себе «ум, устремленный к просветлению». Это означает, что он должен воспринимать все живые существа как своих родителей, самоотверженно стремиться помочь всем им. В этой связи следует отметить, что именно практика *бодхичитты* делает ее этикой буддизма, отличает ее от других существующих этических дисциплин. Чтобы приступить к практике *бодхичитты*, тибетский врач должен получать у учителей особые посвящения, получить устную передачу медицинских текстов, слушать учения у буддийских мастеров, соблюдать обеты и т. д. Потому, в отличие от профессиональной медицинской этики современных врачей, главная особенность тибетской модели врачебной этики заключается именно в обязательном духовном совершенствовании.

Итак, как очевидно из всего выше сказанного, отношение к большинству этических проблем тибетской и европейской моделей врачебной этики обнаруживает как значительные элементы сходства, так и свои специфические особенности. В целом тибетские биоэтические представления, понятие о врачебной этике носят корпоративный, патерналистский характер, при котором пациент полностью полагается на квалификацию и опыт врача, возлагая на него всю моральную ответственность за свое здоровье, что свойственно для традиционной модели Гиппократова. Однако в конкретных случаях, в принятии морально значимых и жизненно важных решений

взаимоотношения тибетского врача с больным отличаются более реалистичным подходом, в котором груз ответственности распределяется между обеими сторонами. Здесь тибетский врач руководствуется биоэтическим «принципом уважения» и незамедлительно информирует пациента о диагнозе и прогнозе болезни, даже если этот прогноз крайне неблагоприятен, в то время как в европейской культуре такой подход довольно редко практикуется, особенно при раковых заболеваниях. Это не означает, разумеется, что тибетский врач следует собственным демократическим принципам современной биоэтики (автономии личности, информированного согласия и т. д. в общепринятом смысле). Эти подходы реализуются им в контексте целого ряда других, традиционно тибетских духовных ценностей, философских и религиозных представлений [Жабон, 2016]. В сложных ситуациях в медицинской практике, таких как эвтаназия или аборт, тибетские врачи преимущественно апеллируют к буддизму, в частности, к учению о *карме*. Вместе с тем исследование показывает, что основные положения древней врачебной этики Тибета с ее полным комплексом духовной и профессиональной подготовки врачей достаточно прогрессивны, актуальны и вполне могут интегрироваться в этическое знание европейской и российской культуры. Это позволит преодолеть мировоззренческую односторонность и доминирование этических принципов западной культуры в подходе к некоторым современным медицинским проблемам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бонгард-Левин Г.М. Древнеиндийская цивилизация: история, религия, философия, эпос, литература, наука, встреча культур. – М.: Вост. лит., 2007.
2. Еремеева О.И., Сайфуллина Н.А. К вопросу о понятии и правовом положении эмбриона человека // Инновационная наука. – 2016. – № 3–2 (15). – С. 40–44.
3. Жабон Ю.Ж. Медицинские обрядовые тексты (на материалах тибетского фонда Центра восточных рукописей и ксилографов Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН) // Вестник БНЦ. – 2014. – № 2 (14). – С. 172–176.
4. Жабон Ю.Ж. Тибетский медицинский канон «Чжуд-ши» об этике // Культура Центральной Азии: письменные источники. – 2016. – Вып. 9. – С. 64–92.
5. Курленкова А.С. Биоэтика в российской культуре: мнения экспертов [Электронный ресурс] // Медицинская антропология и биоэтика. – 2013. – № 1 (5). URL: http://www.medanthro.ru/?page_id=1156
6. Силуянова И.В. От клятвы Гиппократова до биоэтики. Моральные принципы и исторические модели биоэтической этики // Биоэтика: реальность жизни. Человек и его образ в современной медицине и философской антропологии. Учебно-методическое пособие / Отв. ред. И.В. Силуянова. – М.: изд-во РГМУ, 2001. – С. 5–17.
7. Чжуд-ши – канон тибетской медицины / Пер. с тибетского Д.Б. Дашиева. – М.: Восточная литература, 2001.
8. Boesi A. Plant categories and types in Tibetan Materia Medica // The Tibet Journal. – Vol. XXX & Vol. XXXI, № 4 & № 1, Winter 2005 & Spring 2006. – P. 66–90.
9. Garrett F. Religion, medicine and the human embryo in Tibet. – London; New York: Routledge, 2008.
10. Hopkins J. Death, Intermediate State and Rebirth. In collaboration with Lati Rinpoche, translated and annotated from the Tibetan by Yang-jen-ga-way-lo-dr? with an introduction. – Ithaca: Gabriel Press, 1980.
11. Hughes J., Keown D. Buddhism and medical ethics: a bibliographic introduction // Journal of Buddhist ethics. – 1995. – Vol. 2. – P. 105–124.
12. Khenchen Thrangu. Medicine Buddha Teachings. – New-York: Snow Lion Publications, 2004.
13. Lunrik Dandar. rGyud bzhi'i brda bkrol nam rgyal a ru re'i phreng ba'i mdzes rgyan. – Dharamsala: Bod gzhung sman rtsis khang, 2004.
14. Pordié L. Buddhism in the Everyday Medical Practice of the Ladakhi Amchi // Indian Anthropologist. – 2007. – № 37 (1). – P. 93–116.
15. Schrempf M. (ed.) Soundings in Tibetan Medicine: Anthropological and historical perspectives. – Leiden: Brill Academic Publishers, 2007.

REFERENCES

1. Bongard-Levin G.M. Drevneindijskaya civilizaciya: istoriya, religiya, filosofiya, ehpos, literatura, nauka, vstrecha kul'tur [The ancient Indian civilization: history, religion, philosophy, epic, literature, science, meeting of cultures]. Moscow: Vost. lit., 2007.
2. Ereemeeva O.I., Sajfullina N.A. K voprosu o ponyatii i pravovom polozenii ehmbriona cheloveka [To the question of the concept and legal status of a human embryo]. *Innovacionnaya nauka* [Innovative science], 2016, no. 3–2 (15), pp. 40–44. (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. ZHaboron YU.ZH. Medicinskie obryadovye teksty (na materialah tibetskogo fonda Centra vostochnykh rukopisej i ksilografov Instituta mongolovedeniya, buddologii i tibetologii SO RAN) [Medical ritual texts (on the materials of the Tibetan Foundation of the Center for Eastern Manuscripts and Woodcutters of the Institute of Mongolian Studies, Buddhism and Tibetology SB RAS)]. *Vestnik BNC* [Bulletin BNTS], 2014, no. 2 (14), pp. 172–176. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. ZHaboron YU.ZH. Tibetskij medicinskij kanon «CHzhud-shi» ob ehtike [Tibetan medical canon «Zhud Shi» about ethics]. *Kul'tura Central'noj Azii: pis'mennye istochniki* [Culture of Central Asia: written sources], 2016, no. 9, pp. 64–92. (In Russ.; abstr. in Engl.).
5. Kurlenkova A.C. Bioehtika v rossijskoj kul'ture: mneniya ehkspertov [Elektronnyj resurs] [Bioethics in Russian culture: expert opinions]. *Medicinskaya antropologiya i bioehtika* [Medical anthropology and bioethics], 2013, no. 1 (5). Available at: http://www.medanthro.ru/?page_id=1156. (In Russ.; abstr. in Engl.).
6. Siluyanova I.V. Ot klyatvy Gippokrata do bioehtiki. Moral'nye principy i istoricheskie modeli biomedicinskoj ehtiki [From the Hippocratic Oath to Bioethics. Moral principles and historical models of biomedical ethics]. In *Bioehtika: real'nost' zhizni. Chelovek i ego obraz v sovremennoj medicinie i filosofskoj antropologii. Uchebno-metodicheskoe posobie* [Bioethics: the reality of life. Man and his image in modern medicine and philosophical anthropology. Teaching guide], I.V. Siluyanova (ed.). Moscow: izd-vo RGMU, 2001. p. 5–17.
7. CHzhud-shi – kanon tibetskoy mediciny [Zhudi-shi – the canon of Tibetan medicine]. Per. s tibetskogo D.B. Dashieva. Moscow: Vostochnaya literatura, 2001.
8. Boesi A. Plant categories and types in Tibetan Materia Medica. *The Tibet Journal*, Vol. XXX & Vol. XXXI, no. 4 & no. 1, Winter 2005 & Spring 2006, pp. 66–90.
9. Garrett F. Religion, medicine and the human embryo in Tibet. London; New York: Routledge, 2008.
10. Hopkins J. Death, Intermediate State and Rebirth. In collaboration with Lati Rinpoche, translated and annotated from the Tibetan by Yang-jen-ga-way-lo-dr? with an introduction. Ithaca: Gabriel Press, 1980.
11. Hughes J., Keown D. Buddhism and medical ethics: a bibliographic introduction. *Journal of Buddhist ethics*, 1995, Vol. 2, pp. 105–124.
12. Khenchen Thrangu. Medicine Buddha Teachings. New York: Snow Lion Publications, 2004.
13. Lunrik Dandar. rGyud bzhi'i brda bkrol rnam rgyal a ru re'i phreng ba'i mdzes rgyan. Dharamsala: Bod gzhung sman rtis khang, 2004.
14. Pordié L. Buddhism in the Everyday Medical Practice of the Ladakhi Amchi. *Indian Anthropologist*, 2007, no. 37 (1), pp. 93–116.
15. Schrempf M. (ed.) Soundings in Tibetan Medicine: Anthropological and historical perspectives. Leiden: Brill Academic Publishers, 2007.

УДК 172

РЕЛИГИОЗНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Т.Г. Светличная

доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, stiana64@yandex.ru ORCID: 0000-0001-6563-9604

Л.И. Меньшикова

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, menzhikova1807@gmail.com ORCID: 0000-0002-1525-2003

А.А. Рухтин

кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, biosoc2008@yandex.ru

В статье изложены результаты исследования морально-нравственных и биоэтических представлений верующих и неверующих медицинских работников для оценки влияния фактора религиозности на формирование биоэтического типа мировоззрения. Проведенный сравнительный анализ морально-нравственных характеристик медицинских работников с религиозным (43,3 %) и нерелигиозным (56,7 %) типом мировоззрения выявил статистически значимое расхождение по 13 из 15 переменных, отражающих морально-нравственное состояние личности медицинских работников. Результаты анализа позволили установить различия в отношении верующих и неверующих медицинских работников ко всем 7 анализируемым биомедицинским технологиям: экстракорпоральному оплодотворению, суррогатному материнству, клонированию человека, трансплантации органов, терапии фетальными клетками, искусственному прерыванию беременности и эвтаназии. Отношение к биомедицинским технологиям религиозных медицинских работников построено на моральных основаниях, наполнено моральным смыслом и связано с моральными обязательствами. Феномен религиозности способствует более глубокому пониманию медицинскими работниками смысла биоэтических дилемм и биоэтически ответственному отношению к медицинским вмешательствам в жизнь и смерть человека. Полученные результаты позволяют утверждать о том, что религиозность, способствуя становлению биоэтического мировоззрения медицинских работников и формированию на его основе этической компетентности, выступает важным фактором этической регуляции практики применения биомедицинских технологий в условиях новой модели моральных отношений в медицине.

Ключевые слова: религиозность, биоэтические представления, биомедицинские технологии, медицинские работники.

RELIGIOUS DETERMINATION OF BIOETHICAL BELIEFS OF HEALTH WORKERS

T.G. Svetlichnaya

Doctor of medical Sciences, Professor of the Department of Public health, Health Care and Social work, Northern state medical University, Arkhangelsk, stiana64@yandex.ru ORCID: 0000-0001-6563-9604

L.I. Menshikova

Doctor of medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public health, Health Care and Social work, Northern state medical University, Arkhangelsk, menzhikova1807@gmail.com ORCID: 0000-0002-1525-2003

A.A. Ruhtin

Ph.D. (Philosophy), Associate Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law Course in the Sociology of Medicine, VolgGMU of Ministry of Health of Russia, biosoc2008@yandex.ru

The article presents the results are set forth regarding the research of moral-ethical and bioethical representations of the believers and non-believers among the health workers to assess the influence of the religiosity factor upon the formation of bioethical type of worldview. The conducted comparative analysis of moral-ethical characteristics of health workers with religious (43,3 %) and non-religious (56,7 %) type of worldview revealed the statistically significant divergence in 13–15 variables reflecting the moral-ethical personal states of the health workers. The results of the analysis allowed to identify differences in the attitude of the believers and non-believers to all seven analysed biomedical technologies: in vitro fertilization, surrogate maternity, human cloning, organs transplant, foetal stem cell transplantation, artificial termination of pregnancy and euthanasia. The attitude to the biomedical technologies on part of the religious health workers is based on the moral grounds, is filled with the moral sense and relates to the moral obligations. The phenomenon of religiosity contributes to a deeper understanding by the health workers of the meaning conveyed by the bioethical dilemmas and bioethically responsible attitude towards medical interventions into the life and death of a human being. The received results allow to ascertain that religiosity, by facilitating the establishment of the bioethical worldviews of the health workers and formation on its basis of the ethical competency, appears to be an important factor of the ethical regulation of the practice related to application of biomedical technologies under the conditions of a new model of moral relations in medicine.

Key words: religiosity, bioethical beliefs, biomedical technologies, health workers.

Введение. В настоящее время наибольшее число рисков для здоровья и жизни людей связаны с использованием новых биомедицинских технологий. Это объясняется тем, что сегодня социальная значимость биологии и медицины уже не исчерпывается пределами гностической функции отражения и объяснения мира, но все в большей степени состоит в его сущностном изменении, «поскольку здесь наука вторгается в реальную жизнь во всех ее многосторонних проявлениях» [2, с. 6]. Новые биомедицинские технологии, вмешиваясь в начало, продолжение и конец жизни человека, существенно изменяют основы человеческой природы и общества в целом. Они тесно связаны «с возникновением угроз и вызовов всему человечеству, с глобализацией риска, создающей ощущение непредсказуемости последствий любого действия» [7, с. 3]. Все это сопровождается непрерывно увеличивающимся разрывом между технической и этической компетентностью специалистов-медиков вследствие отставания духовно-нравственного развития современного человека от стремительных темпов информационно-технологического прогресса [10, с. 27]. В результате, отличительной чертой настоящего периода развития медицины и здравоохранения становятся «возрастающие повсеместно напряжения в отношениях врачей и пациентов», связанные с «низким уровнем и недостаточностью биоэтического образования» медицинских работников [1, с. 163] и их этической некомпетентностью в решении биоэтических ситуаций (9, с. 5).

Изучение истоков формирования этической компетентности медицинских работников требует научного осмысления феномена биоэтического мировоззрения. В таких условиях особо важное прикладное значение приобретают исследования проблем формирования этических регуляторов профессиональной деятельности медицинских работников [3, 5, 8, 10] в контексте новой модели моральных отношений в медицине. Все вышесказанное и определило актуальность темы исследования: изучение религиозной детерминации биоэтических представлений медицинских работников. Решение данной проблемы стало целью настоящего медико-социологического исследования.

Методы. Предметом исследования стали морально-нравственные и биоэтические представления религиозных и нерелигиозных медицинских работников. Программа исследования представлена статистической картой «Анкета для изучения биоэтических представлений медицинских работников». Она разработана на основе методики, предложенной сотрудниками кафедры биомедицинской этики РГМУ (г. Москва) Л.Б. Ляуш, В.И. Сабуровой, И.В. Силуяновой, Н.А. Сушко в 2002 г. и представленной 20-пунктным опросником [8]. Аутентичная авторская методика была модифицирована и валидизирована в ходе пилотного исследования. Анкета состояла из трех основных частей и заключительной (паспортной) части, характеризующей статус опрошиваемых (5 вопросов). Первая часть анкеты посвящена определению религиозной и конфессиональной принадлеж-

ности медицинских работников (2 вопроса), вторая – их морально-нравственной характеристике (15 вопросов), третья – отношению к биомедицинским технологиям (18 вопросов). Всего 40 вопросов. По характеру проведения исследование являлось не экспериментальным, аналитическим, с использованием индивидуальных данных, по времени – поперечным, одномоментным.

Для изучения морально-нравственных и биоэтических представлений медицинских работников, придерживающихся альтернативных типов мировоззренческих систем (религиозной или нерелигиозной), выборочным методом в марте 2016 года было проведено анкетирование врачей и медицинских сестер, работавших в системе первичной медико-санитарной помощи городского и сельского здравоохранения Архангельской области и давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Включение участников исследования в выборочную совокупность осуществлялось методом квотной выборки по 4 статистическим параметрам: пол, возраст, образование, место работы (город, село). Сбор статистического материала проводился независимыми интервьюерами, имевшими незаконченное высшее медицинское образование. После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов программы в исследование было включено 485 анкет.

В структуре опрошенного контингента врачи составили 40,6 %, медицинские сестры – 59,4 %; соотношение «врач – медицинская сестра» равнялось 1:1,4. Возрастно-половой состав в основном представлен женщинами (86,8 %), находящимися в наиболее активном периоде трудовой деятельности. Средний возраст опрошенных составил 42,9 лет; средний стаж работы – 20,2 года. По возрастным группам медицинские работники распределились следующим образом: до 30 лет – 56 чел. (11,5 %); 30–39 лет – 135 чел. (27,8 %); 40–49 лет – 158 чел. (32,6 %); 50–59 лет – 93 чел. (19,2 %); 60 лет и старше – 43 чел. (8,9 %). По образованию они разделились примерно на две равные группы, имеющие высшее (48,0 %) и среднее специальное (52,0 %) медицинское образование. Местом работы участников исследования были областные, городские (83,9 %) и сельские (16,1 %) больницы.

При группировке медицинских работников на религиозных и нерелигиозных лиц или, другими словами, имеющих религиозный или нерелигиозный тип мировоззрения, нами использована типология религиозности Е.А. Кублицкой [6, с. 98]. Согласно классической концепции религиозности синонимами понятий «религиозный» и «нерелигиозный» являются термины «верующий» и «неверующий», «атеист». Поэтому к религиозным мы отнесли верующих, а к нерелигиозным – неверующих, в том числе атеистов. Группу нерелигиозных медицинских работников мы дополнили колеблющимися, то есть теми, кто не сумел дать своей мировоззренческой позиции четкого определения, сомневаясь в ее религиозной направленности (26,3 %). Основанием для принятия решения явилось утверж-

дение Е.А. Кублицкой [6, с. 98] о неправомерности пополнения религиозного населения за счет этой группы, так как «от 35 до 45 % колеблющихся не верят в бога и другие сверхъестественные силы».

Статистический анализ проводился с помощью расчета количественных и качественных переменных. Различия в этических установках религиозных и нерелигиозных медицинских работников определялись на основании статистически значимых различий методом Хи-квадрат Пирсона. Попарное сравнение переменных осуществлялось при помощи коррекции Бонферрони. Критический уровень значимости принят равным 0,05. Расчет 95%-х доверительных интервалов (ДИ) проводился методом Fisher. Обработка статистических данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPEPI.

Результаты. К религиозным людям себя отнесли чуть менее половины (43,3 %; ДИ 39,0–47,7) медицинских работников. При этом каждый третий (30,5 %; ДИ 26,6–34,7) считал себя нерелигиозным человеком, в том числе 3,3 % (ДИ 2,0–5,3) – атеистом. Группа колеблющихся, то есть тех, кто не смогли четко определить тип своего мировоззрения (религиозный или нерелигиозный), оказалась весьма значительной, составив 26,2 % (ДИ 22,5–30,3). Вместе с тем, основой мировоззрения подавляющего большинства (85,2 %; ДИ 81,9–88,2) стало православное христианство и только у 2,9 % (ДИ 1,7–4,8) – другие религиозные конфессии. Доля затруднившихся определить основу своего мировоззрения составила 8,5 % (ДИ 6,3–11,3).

Для экспликации морально-нравственного состояния личности религиозных и нерелигиозных меди-

цинских работников мы использовали 15 переменных, объединенных в 2 блока. Первый блок включал 8 переменных и отражал наиболее общие морально-нравственные характеристики медицинских работников и их представления о взаимосвязи религии, морали и медицины (табл. 1).

Морально-нравственное состояние личности медицинских работников отличает высокий устойчивый интерес к проблемам морали. О ней размышляют практически все, как верующие, так и неверующие медицинские работники (96,7 % и 93,3 % соответственно) ($\chi^2 = 3,001$, $p = 0,083$). Практически каждый второй медицинский работник признает зависимость медицины от морали и моральных установок общества (54,8 % и 49,1 % соответственно) ($\chi^2 = 1,533$, $p = 0,216$). Большинство из них считают, что жизнь человека начинается с момента зачатия (78,1 % и 61,8 % соответственно) ($\chi^2 = 17,019$, $p = 0,001$), а доброе целомудрие является достоинством человека (59,0 % и 40,4 % соответственно) ($\chi^2 = 19,103$, $p < 0,001$). Размышляя о природе происхождения морали, верующие медицинские работники чаще считают ее данной Богом (20,5 % и 6,6 % соответственно) ($\chi^2 = 25,505$, $p < 0,001$). Поэтому мораль и религия для них являются тесно связанными между собой (65,2 % и 42,5 % соответственно) ($\chi^2 = 23,473$, $p < 0,001$). И хотя большинство верующих (59,0 %) и неверующих (85,5 %) медицинских работников считают, что религия не должна вмешиваться в медицину, однако каждый пятый верующий допускает такую возможность (19,0 % и 2,5 % соответственно) ($\chi^2 = 51,850$, $p < 0,001$), ориентируясь на свои религиозные представления при оказании медицинских услуг (34,3 % и 10,5 % соответственно) ($\chi^2 = 41,739$, $p < 0,001$).

Таблица 1

Морально-нравственные представления медицинских работников о религии, морали и медицине в зависимости от типа мировоззрения, %, 95 % ДИ

Морально-нравственные представления и их вариации	Тип мировоззрения		χ^2 p-уровень
	религиозный 1-я группа, n = 210	нерелигиозный 2-я группа, n = 275	
1. Проблемы морали являются предметом постоянных размышлений			
да	96,7 (93,3–98,4)	93,3 (89,5–95,5)	$\chi^2 = 6,917$ $p = 0,031$
нет	0,5 (0,1–2,7)	4,4* (2,5–7,5)	
затруднились ответить	2,8 (1,3–6,1)	2,5 (1,2–5,2)	
2. Доброчное целомудрие является достоинством человека			
да	59,0* (52,3–65,5)	40,4 (34,7–46,3)	$\chi^2 = 19,103$ $p < 0,001$
нет	22,4 (17,3–28,5)	38,9 (33,3–44,8)	
затруднились ответить	18,6 (13,9–24,4)	20,7 (16,4–25,9)	
3. Жизнь человека начинается с момента зачатия			
да	78,1* (72,0–83,2)	61,8 (56,0–67,4)	$\chi^2 = 17,019$ $p = 0,001$
нет	17,6 (13,1–23,3)	27,3 (22,4–32,8)	
затруднились ответить	4,3 (2,3–7,9)	10,9 (7,8–15,2)	
4. Происхождение морали имеет божественную (метафизическую) природу			
да	20,5* (15,6–26,4)	6,6 (4,2–10,1)	$\chi^2 = 25,505$ $p < 0,001$
нет	55,7 (48,9–62,3)	61,4 (55,6–67,0)	
затруднились ответить	23,8 (18,6–30,0)	32,0 (26,8–37,7)	
5. Мораль и религия связаны между собой и взаимообусловлены			
да	65,2* (58,6–71,4)	42,5 (36,8–48,4)	$\chi^2 = 23,473$ $p < 0,001$
нет	21,9 (16,8–27,9)	42,9 (37,2–48,8)	
затруднились ответить	12,9 (8,9–18,1)	14,6 (10,9–19,2)	
6. Медицина связана с моралью и зависит от моральных установок общества			
да	54,8 (48,0–61,4)	49,1 (43,2–55,0)	$\chi^2 = 1,533$ $p = 0,216$
нет	23,3 (18,1–29,5)	28,7 (23,7–34,3)	
затруднились ответить	21,9 (16,8–27,9)	22,2 (17,7–27,5)	
7. Религия должна вмешиваться в медицину			
да	19,0* (14,3–24,9)	2,5 (1,2–5,2)	$\chi^2 = 51,850$ $p < 0,001$
нет	59,0 (52,3–65,5)	85,5 (80,8–89,1)	
затруднились ответить	22,0 (16,8–28,0)	12,0 (8,7–16,4)	
8. Собственные религиозные взгляды влияют на принятие решений, связанных с оказанием медицинских услуг			
да	34,3* (28,2–40,9)	10,5 (7,4–14,7)	$\chi^2 = 41,739$ $p < 0,001$
нет	54,3 (47,5–60,9)	77,5 (72,2–82,0)	
затруднились ответить	11,4 (7,8–16,4)	12,0 (8,7–16,4)	
Всего	43,3	56,7	100,0

*Статистически значимые различия между 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$).

Второй блок второй части анкеты включал 7 переменных и отражал оценочные суждения медицинских работников о состоянии российского общества и здравоохранения (табл. 2).

Практически все верующие медицинские работники выступают за сохранение в России традиционных религиозных ценностей (97,1 % и 81,8 % соответственно) ($\chi^2 = 27,612$, $p < 0,001$). Они чаще считают, что средства масс-медиа проводят в обществе активную пропаганду гедонизма и потребления (63,3 % и 43,6 % соответственно) ($\chi^2 = 25,038$, $p < 0,001$). И чаще связывают неблагоприятное положение дел в отечественной медицине с духовным перерождением российского общества (56,2 % и 45,1 % соответственно) ($\chi^2 = 41,400$, $p < 0,001$).

Подавляющее большинство верующих и неверующих медицинских работников осознают связь между профессионализмом, моральными качествами и этическими знаниями (91,0 % и 80,0 % соответственно) ($\chi^2 = 11,093$, $p = 0,004$). А необходимость принятия клятвы врача, содержание которой отражает основные положения кодекса профессиональной этики в медицине, у большинства медицинских работников не вызывает сомнений (83,3 % и 73,8 % соответственно) ($\chi^2 = 10,147$, $p = 0,006$). Однако верующие медицинские работники вдвое чаще считают целесообразной передачу преподавания ряда тем биомедицинской этики (жизнь как ценность, смерть) священнослужителям (47,6 % и 23,6 % соответ-

ственно) ($\chi^2 = 35,809$, $p < 0,001$). При предоставлении возможности выбора места работы в России или за рубежом большинство медицинских работников предпочитают свою страну (69,5 % и 65,5 % соответственно) независимо от типа мировоззрения ($\chi^2 = 3,885$, $p = 0,143$).

Для определения влияния типа мировоззренческой системы (религиозной или нерелигиозной) на содержание биоэтических репрезентаций опрошенных мы изучили отношение верующих и неверующих медицинских работников к биомедицинским технологиям, связанным с началом (экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство, клонирование), поддержанием (трансплантация органов, терапия фетальными клетками) и окончанием (искусственное прерывание беременности, эвтаназия) жизни человека.

Отношение верующих и неверующих медицинских работников к методам искусственной репродукции человека представлено в табл. 3.

Подавляющее большинство верующих и неверующих медицинских работников к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) относятся положительно (61,9 % и 66,2 % соответственно) ($\chi^2 = 0,949$, $p = 0,330$) или нейтрально (22,9 % и 25,1 % соответственно) ($\chi^2 = 0,325$, $p = 0,569$). Их отношение к суррогатному материнству является в основном нейтральным (45,7 % и 43,6 % соответственно) ($\chi^2 = 0,208$, $p = 0,648$). Однако верующие к данному методу реже относятся положительно (20,0 % и 31,6 %

Таблица 2

Оценочные суждения медицинских работников о состоянии российского общества и здравоохранения в зависимости от типа мировоззрения, %, 95 % ДИ

Оценочные суждения и их вариации	Тип мировоззрения		χ^2 p-уровень
	религиозный 1-я группа, n = 210	нерелигиозный 2-я группа, n = 275	
1. Сохранение традиционных религиозных ценностей является необходимым условием дальнейшего развития российского общества			
да нет затрудились ответить	97,1* (93,9–98,7) 0,5 (0,1–2,7) 2,4 (1,0–5,4)	81,8 (76,8–85,9) 5,8 (3,6–9,2) 12,4 (8,9–16,8)	$\chi^2 = 27,612$ p < 0,001
2. Российские средства масс-медиа активно внедряют в общественное сознание идеи потребления и гедонистические ценности			
да нет затрудились ответить	63,3* (56,6–69,6) 8,6 (5,5–13,1) 28,1 (22,4–34,5)	43,6 (37,9–49,6) 23,3 (18,7–28,6) 33,1 (27,8–38,9)	$\chi^2 = 25,038$ p < 0,001
3. Основная причина неблагоприятного положения дел в отечественной медицине заключается в духовно-нравственном кризисе общества, а не в недостатке материальных ресурсов здравоохранения			
да нет затрудились ответить	56,2* (49,4–62,7) 56,7 (49,9–63,2) 9,0 (5,9–13,7)	45,1 (39,3–51,0) 60,4 (54,5–65,9) 8,7 (5,9–12,7)	$\chi^2 = 5,868$ p = 0,015
4. Медицинский профессионализм предполагает наличие у медицинских работников моральных качеств и этических знаний			
да нет затрудились ответить	91,0* (86,3–94,1) 3,3 (1,6–6,7) 5,7 (3,3–9,7)	80,0 (74,9–84,3) 8,0 (5,3–11,8) 12,0 (8,7–16,4)	$\chi^2 = 11,093$ p = 0,004
5. Принятие клятвы врача выпускниками медицинских вузов является необходимым условием начала медицинской деятельности			
да нет затрудились ответить	83,3* (77,7–87,8) 11,4 (7,8–16,4) 5,3 (2,9–9,1)	73,8 (68,3–78,7) 12,4 (9,0–16,8) 13,8 (10,2–18,4)	$\chi^2 = 10,147$ p = 0,006
6. Преподавание будущим врачам ряда тем биомедицинской этики (смерть, жизнь как ценность) следует передать священнослужителям			
да нет затрудились ответить	47,6* (41,0–54,4) 23,8 (18,6–30,0) 28,6 (22,9–35,0)	23,6 (19,0–29,0) 45,5 (39,7–51,4) 30,9 (25,7–36,6)	$\chi^2 = 35,809$ p < 0,001
7. При предоставлении возможности выбора места работы в России или за рубежом единственно верным является выбор своей страны			
да нет затрудились ответить	69,5 (63,0–75,4) 19,0 (14,3–24,9) 11,5 (7,8–16,4)	65,5 (59,7–70,8) 16,7 (12,8–21,6) 17,8 (13,7–22,8)	$\chi^2 = 3,885$ p = 0,143
Всего	53,0	47,0	100,0

*Статистически значимые различия между 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$).

Отношение медицинских работников к методам искусственной репродукции человека в зависимости от типа мировоззрения, %; 95 % ДИ

Наименование метода и градации отношения к нему	Тип мировоззрения		χ^2 p-уровень
	религиозный 1-я группа, n = 210	нерелигиозный 2-я группа, n = 275	
Экстракорпоральное оплодотворение			
позитивное	61,9 (55,2–68,2)	66,2 (60,4–71,5)	$\chi^2 = 0,949$, p = 0,330
нейтральное	22,9 (17,7–29,0)	25,1 (20,3–30,5)	$\chi^2 = 0,325$, p = 0,569
негативное	10,0* (6,6–14,8)	2,9 (1,5–5,6)	$\chi^2 = 10,650$, p = 0,001
затруднились ответить	5,2 (3,0–9,1)	5,8 (3,6–9,2)	$\chi^2 = 0,076$, p = 0,782
Суррогатное материнство			
позитивное	20,0 (15,2–25,9)	31,6* (26,4–37,4)	$\chi^2 = 8,258$, p = 0,004
нейтральное	45,7 (39,1–52,5)	43,6 (37,9–49,6)	$\chi^2 = 0,208$, p = 0,648
негативное	20,0 (15,2–25,9)	13,8 (10,2–18,4)	$\chi^2 = 3,304$, p = 0,069
затруднились ответить	14,3 (10,2–19,7)	10,9 (7,8–15,2)	$\chi^2 = 1,252$, p = 0,263
Клонирование человека			
позитивное	1,9 (0,7–4,8)	1,8 (0,8–4,2)	$\chi^2 = 0,005$, p = 0,944
нейтральное	5,7 (3,3–9,7)	16,7* (12,8–21,6)	$\chi^2 = 13,717$, p < 0,001
негативное	76,2* (70,0–81,4)	60,7 (54,9–66,3)	$\chi^2 = 12,962$, p < 0,001
затруднились ответить	16,2 (11,8–21,8)	20,7 (16,4–25,9)	$\chi^2 = 1,608$, p = 0,205
Всего	43,3	56,7	100,0

*Статистически значимые различия между 1-й и 2-й группами (p < 0,05).

соответственно) ($\chi^2 = 8,258$, p = 0,004). К клонированию человека верующие чаще относятся отрицательно (76,2 %), чем неверующие (60,7 %) ($\chi^2 = 12,962$, p < 0,001). Они чаще считают его недопустимым ни при каких обстоятельствах (75,7 % и 66,9 % соответственно) ($\chi^2 = 14,668$, p = 0,001).

Вариации отношения верующих и неверующих медицинских работников к биомедицинским технологиям продления жизни, к которым мы отнесли трансплантацию органов и тканей и терапию фетальными клетками, представлены в табл. 4.

Трансплантация органов и тканей у большинства верующих и неверующих медицинских работников одинаково вызывает положительное (61,4 % и 65,5 % соответственно) ($\chi^2 = 0,717$, p = 0,397) или нейтральное (19,5 % и 17,5 % соответственно) ($\chi^2 = 0,370$, p = 0,543) отношение. Вместе с тем, верующие чаще относятся к ней отрицательно (13,4 % и 5,4 % соответственно) ($\chi^2 = 9,254$, p = 0,002). «Шагом вперед в медицине» этот метод единодушно считает только половина как верующих, так и неверующих медицинских работников (47,1 % и 49,8 % соответственно) ($\chi^2 = 0,341$, p = 0,559). Каждый третий допускает использование этого метода только в крайних случаях (31,9 % и 35,3 % соответственно) ($\chi^2 = 0,604$, p = 0,437), связывая его с опасностью «торговли людьми» (4,8 % и 5,8 % соответственно) ($\chi^2 = 0,262$, p = 0,609).

При оценке допустимости применения лечебных методик, основанных на использовании фетальных тканей и полученных при ЭКО «лишних» эмбрионов человека, каждый третий верующий (32,4 %) и неверующий (39,6 %) медицинский работник испытывает затруднение ($\chi^2 = 2,705$, p = 0,100). Вместе с тем, к терапии фетальными клетками верующие чаще относятся отрицательно (38,1 % и 22,4 % соответственно) ($\chi^2 = 14,623$, p < 0,001) и реже положительно (29,5 % и 38,2 % соответственно) ($\chi^2 = 3,954$, p = 0,047).

Градиент в отношении верующих и неверующих медицинских работников к биомедицинским технологиям искусственного прерывания жизни представлен в табл. 5.

Отношение к искусственному прерыванию беременности у верующих и неверующих медицинских работников существенно различалось. Так, верующие чаще относятся к аборту отрицательно (30,0 % и 17,1 % соответственно) ($\chi^2 = 11,315$, p = 0,001) и реже нейтрально (61,4 % и 77,5 % соответственно) ($\chi^2 = 14,709$, p < 0,001), объясняя его необходимость различными жизненными обстоятельствами. При обосновании искусственного прерывания беременности большинство верующих и неверующих медицинских работников единодушно:

- не признают наличие у женщины права самостоятельного принятия решения о прерывании беременности (61,9 % и 53,8 % соответственно) ($\chi^2 = 11,315$, p = 0,001);

Таблица 4

Отношение медицинских работников к методам продления жизни в зависимости от типа мировоззрения, %; 95 % ДИ

Наименование метода и градации отношения к нему	Тип мировоззрения		χ^2 p-уровень
	религиозный 1-я группа, n = 210	нерелигиозный 2-я группа, n = 275	
Трансплантация органов и тканей			
Позитивное	61,4 (54,7–67,8)	65,5 (59,7–70,8)	$\chi^2 = 0,717$, p = 0,397
Нейтральное	19,5 (14,7–25,4)	17,5 (13,4–22,4)	$\chi^2 = 0,370$, p = 0,543
Негативное	13,4* (9,4–18,6)	5,4 (3,3–8,8)	$\chi^2 = 9,254$, p = 0,002
Затруднились ответить	5,7 (3,3–9,7)	11,6* (8,4–16,0)	$\chi^2 = 5,062$, p = 0,024
Терапия фетальными клетками			
Позитивное	29,5 (23,8–36,0)	38,2* (32,6–44,1)	$\chi^2 = 3,954$, p = 0,047
Негативное	38,1* (31,8–44,8)	22,2 (17,7–27,5)	$\chi^2 = 14,623$, p < 0,001
Затруднились ответить	32,4 (26,4–39,0)	39,6 (34,0–45,5)	$\chi^2 = 2,705$, p = 0,100
Всего	43,3	56,7	100,0

*Статистически значимые различия между 1-й и 2-й группами (p < 0,05).

Таблица 5

Отношение медицинских работников к методам искусственного прерывания жизни в зависимости от типа мировоззрения, %, 95 % ДИ

Наименование метода и градации отношения к нему	Тип мировоззрения		χ^2 р-уровень
	религиозный 1-я группа, n = 210	нерелигиозный 2-я группа, n = 275	
Искусственное прерывание беременности			
Позитивное	5,2* (3,0–9,1)	1,1 (0,4–3,2)	$\chi^2 = 7,306$, p = 0,007
Нейтральное	61,4 (54,7–67,8)	77,5* (72,2–82,0)	$\chi^2 = 14,709$, p < 0,001
Негативное	30,0* (24,2–36,5)	17,1 (13,1–22,0)	$\chi^2 = 11,315$, p = 0,001
Затруднились ответить	3,4 (1,6–6,7)	4,3 (2,5–7,5)	$\chi^2 = 0,336$, p = 0,562
Эвтаназия			
Позитивное	10,0 (6,6–14,8)	19,6* (15,4–24,7)	$\chi^2 = 8,458$, p = 0,004
Нейтральное	17,6 (13,1–23,3)	25,2* (20,3–30,5)	$\chi^2 = 3,892$, p = 0,049
Негативное	42,9* (36,4–49,6)	27,6 (22,7–33,2)	$\chi^2 = 12,254$, p < 0,001
Затруднились ответить	29,5 (23,8–36,0)	27,6 (22,7–33,2)	$\chi^2 = 0,208$, p = 0,648
Всего	43,3	56,7	100,0

*Статистически значимые различия между 1-й и 2-й группами (p < 0,05).

- не ограничивают проведение аборта исключительно ранними сроками беременности (76,7 % и 76,0 % соответственно) ($\chi^2 = 0,029$, p = 0,864);

- не считают аборт нарушением прав ребенка (96,2 % и 93,5 % соответственно) ($\chi^2 = 1,757$, p = 0,185) и грехом (82,4 % и 93,1 % соответственно) ($\chi^2 = 13,373$, p < 0,001);

- допускают аборт при угрозе жизни и здоровью матери (64,3 % и 67,3 % соответственно) ($\chi^2 = 0,473$, p = 0,491) и неправильном развитии плода (50,0 % и 57,0 % соответственно) ($\chi^2 = 2,327$, p = 0,127).

Хотя право врача на отказ от проведения аборта по моральным убеждениям верующие признают чаще (32,9 %), чем неверующие (23,2 %) ($\chi^2 = 5,496$, p = 0,019), однако в большинстве случаев они отрицают наличие данного права у врача (53,3 % и 64,4 % соответственно) ($\chi^2 = 6,016$, p = 0,014).

К эвтаназии отношение верующих, в основном, является отрицательным (42,9 % и 27,6 % соответственно) ($\chi^2 = 11,315$, p = 0,001) и вдвое реже – положительным (10,0 % и 19,6 % соответственно) ($\chi^2 = 8,458$, p = 0,004).

Обсуждение результатов. Признание человеческой жизни в качестве высочайшей ценности современной цивилизации, одной из главных характеристик которой является непрерывный рост и распространение биомедицинских технологий, повышает актуальность проблемы формирования у российских медицинских работников биоэтического типа мировоззрения [10, с. 145] и выработки на его основе биоэтически ответственных компетенций [11, с. 1155]. Эффективное решение данной проблемы требует, с одной стороны, существенного повышения качества их биоэтической подготовки путем создания адекватного современным требованиям научно-методического обеспечения учебной дисциплины «Биоэтика», разработки примерных учебных программ и организации подготовки преподавательских кадров [9, с. 5], а с другой – укрепления взаимоотношений между медициной и религией, как в области научных исследований, так и в клинической практике [12, с. 7].

Возникновение настоятельной потребности в более тесном научном и практическом взаимодействии медицины и религии для формирования у медицинских работников биоэтического типа мировоззрения продиктовано относительно широким распространением в профессиональной медицинской среде религиозности (43,3 %) и осознания принадлежности к православному христианству (85,2 %). Для сравнения, в Америке распространенность феномена религиозности во врачебной среде в 1,8 раза выше, составляя 76 % [14]. В Польше осознание принадлежности к западному христианству отмечено практически у всех (93 %) врачей [16]. Несовпадение показателей религиозной и

конфессиональной принадлежности Е.А. Кублицкая [6, с. 99] объясняет исторически сложившейся взаимосвязью между национальным и религиозным факторами, а также ростом национального самосознания, повышающего уровень конфессиональной самоидентификации среди нерелигиозного населения.

Несмотря на проведение в нашей стране на протяжении всего советского периода активных мер по целенаправленному формированию секуляризационного общества, для большинства верующих медицинских работников (65,2 %) мораль и религия являются тесно связанными между собой. При этом практически все (97,1 %) верующие и большинство (81,8 %) неверующих медицинских работников выступают за сохранение в российском обществе традиционных религиозных ценностей как необходимого условия его дальнейшего развития. Достижение профессионализма в медицине они связывают с наличием моральных качеств и этических знаний (91,0 % и 80,0 % соответственно). Вместе с тем, только половина верующих (54,8 %) и неверующих (49,1 %) медицинских работников единодушно признают зависимость медицины от морали и моральных установок общества. Как следствие, возможность вмешательства религии в медицину допускают только 19,0 % верующих и 2,5 % неверующих медицинских работников. Однако влияние собственных религиозных взглядов на принятие медицинских решений признают 34,3 % верующих и 10,5 % неверующих медицинских работников. Для сравнения, в Америке таких врачей 55 % [14], в Польше – даже 70 % [16].

Феномен религиозности, накладывая «отпечаток» на формирование ценностно-смысловой сферы каждого человека» [4, с. 57] и являясь «источником концепций мира, себя и отношения между ними» [13, с. 635], выступает моральной основой формирования биоэтического мировоззрения. Так, например, добродетельное целомудрие верующие медицинские работники воспринимают как достоинство человека (59,0 % против 40,4 %), а начало жизни – с зачатия, а не с рождения (78,1 % против 61,8 %). Основную причину неблагополучия отечественной медицины они видят в духовно-нравственном кризисе российского общества (56,2 % против 45,1 %), постоянно углубляемого средствами массовой информации в общественное сознание идей потребления и гедонистических ценностей (63,3 % против 43,6 %).

Религиозное сознание является важным фактором формирования морально ответственного отношения медицинских работников к биомедицинским технологиям. Это объясняется наличием положительной связи между религиозностью и моралью, религиозностью и здоровьем (жизнью) [15, с. 1194], религиозностью и эмпатией (альтруизмом) [16]. Как следствие, отношение ко всем 7 проанализированным биомеди-

цинским технологиям верующих и неверующих медицинских работников существенно различается между собой. Отношение верующих медицинских работников построено на нормах религиозной морали, наполнено религиозным смыслом и находится в непосредственной связи с моральными обязательствами.

Понимание того, что представители официальной медицины и представители духовенства играют определенные взаимодополняющие роли в восстановлении здоровья пациентов [13, с. 641–642], обусловило осознание 47,6 % верующими и 23,6 % неверующими медицинскими работниками необходимости передачи священнослужителям преподавания будущим медикам ряда тем биомедицинской этики (смерть, жизнь как ценность). Более того, вследствие постоянно растущего числа контактов между медициной и религией можно предположить, что врачи и медицинские сестры в будущем будут иметь потребность в обладании специальными знаниями о религиозных традициях, которые сегодня им либо мало известны, либо неизвестны совсем.

Заключение. Таким образом, исследование морально-нравственных и биоэтических представлений верующих и неверующих медицинских работников позволило оценить влияние фактора религиозности на формирование биоэтического мировоззрения. Проведенный компаративный анализ морально-нравственных характеристик медицинских работников с религиозным (43,3 %) и нерелигиозным (56,7 %) типом мировоззрения выявил статистически значимое расхождение по 13 из 15 переменных, отражающих морально-нравственное состояние личности медицинских работников. Установлены различия в отношении верующих и неверующих медицинских работников ко всем 7 проанализированным биомедицинским технологиям: экстракорпоральному оплодотворению, суррогатному материнству, клонированию человека, трансплантации органов, терапии фетальными клетками, искусственному прерыванию беременности и эвтаназии. Отношение к биомедицинским технологиям религиозных медицинских работников построено на моральных основаниях, наполнено моральным смыслом и связано с моральными обязательствами. Феномен религиозности обеспечивает более глубокое понимание медицинскими работниками смысла биоэтических дилемм и формирует биоэтически ответственное отношение к медицинским вмешательствам в жизнь и смерть человека. Верующие медицинские работники в большей степени осознают зависимость морали от религии, принимают необходимость применения в медицине религиозных норм морали и воспринимают современный факт взаимодействия медицины, религии и морали.

Полученные результаты позволяют утверждать о том, что религиозность, способствуя становлению биоэтического мировоззрения медицинских работников и формированию на его основе этической компетентности, выступает важным фактором этической регуляции практики применения биомедицинских технологий в условиях новой модели моральных отношений в медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аapresян Р.Г., Шамов И.А. Совещание ЮНЕСКО по проблемам преподавания этики и биоэтики // Вопросы философии. – 2005. – № 7. – С. 159–163.
2. Баев А.А. «Геном человека»: некоторые эτικο-правовые проблемы настоящего и будущего // Человек. – 1995. – № 2. – С. 5–13.
3. Булудова М.В., Эфендиева Э.С. Влияние религиозной веры врача на взаимодействие с пациентом [Электронный ресурс] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – № 5. – С. 996. URL: <http://medconfer.com/node/6945>.
4. Гумницкий М.Е. Исследование взаимосвязи ценностно-смысловой сферы и религиозности личности [Электронный ресурс] // Психология в современном развивающемся мире: теория и практика: Материалы международной научно-практической конференции. – Челябинск, 2012. – С. 57–60. URL: <http://conf-p.narod.ru/Gum.pdf>.
5. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – № 1 (15). – С. 58–60.
6. Кублицкая Е.А. Особенности религиозности в современной России // Социологические исследования. – 2009. – № 8 (3). – С. 96–107.
7. Лысак И.В. Философско-антропологический анализ деструктивной деятельности современного человека: Автореф. дис. ... докт. филос. наук. – Ростов-на-Дону, 2007. – 47 с.
8. Ляуш Л.Б., Сабурова В.И., Силуянова И.В., Сушко Н.А. Мировоззрение и биоэтические представления российских студентов-медиков // Медицинское право и этика. – 2002. – № 2. – С. 67–82.
9. Седова Н.Н. Судьба биоэтики в медицинском образовании современной России под угрозой // Биоэтика. – 2018. – № 1 (21). – С. 5–6.
10. Соколов В.М. Биоэтика и нравственные императивы формирования социально-профессиональной ответственности современного поколения молодежи: Дис. ... канд. филос. наук. – Уфа, 2007. – 160 с.
11. Соколов В.М. Биоэтическая детерминация моральных ценностей современной медицины [Электронный ресурс] // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9. – С. 1151–1155. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=35034>.
12. Шуненков Д.А. Рецепция понятий «религия» и «духовность» в западноевропейской психиатрии: сущность и основные особенности // NovaInfo.Ru. – 2016. – № 42. – С. 1–9.
13. Boehnlein J.K. Religion and Spirituality in Psychiatric Care: Looking Back, Looking Ahead [Electronic resource] // Transcultural Psychiatry. – December 2006. – P. 634–651. URL: http://psychres.washington.edu/syllabiandreadings/spirituality_culture/article_boehnlein.pdf.
14. Curlin F.A., Sællergren S.A. et al. Physician's observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health // Arch Intern Med. – 2007. – Vol. 167. – P. 649–654.
15. Koenig G.H. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice [Electronic resource] // Southern Medical Journal. – 2004. – № 12, Vol. 97. – P. 1194–1200. URL: <http://fundacion-salto.org/documentos/Religion,%20Spirituality,%20and%20Medicine.pdf>.
16. Pawlikowski J., Jerzy Sak J., Marczewski K. Physicians' religiosity and attitudes towards patients // Annals of Agricultural and Environmental Medicine. – 2012. – Vol. 19. – № 3. – P. 503–507.

REFERENCES

1. Apresyan R.G., Shamov I.A. Soveshchanie YUNESKO po problemam prepodavaniya etiki i bioetiki [UNESCO meeting on the problems of teaching ethics and bioethics]. *Voprosy filosofii* [Questions of philosophy], 2005, no. 7, pp. 159–163. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Baev A.A. «Genom cheloveka»: nekotorye etiko-pravovyye problemy nastoyaschego i buduschego [«Human Genome»: some ethical and legal problems of the present and the future]. *Chelovek* [Man], 1995, no. 2, pp. 5–13. (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. Buludova M.V., Efendieva E.S. Vliyaniye religioznoy very vracha na vzaimodeystvie s pacientom [Elektronnyy resurs] [Influence of the doctor's religious faith on interaction with the patient]. *Byulleten' medicinskih internet-konferenciy* [Medical Internet Conference Bulletin], 2016, no. 5, pp. 996. URL: <http://medconfer.com/node/6945>. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Gumnitskiy M.E. Issledovanie vzaimosvyazi cennostno-smyslovoy sfery i religioznosti lichnosti [Elektronnyy resurs] [Study of the relationship of value-semantic sphere and the religiosity of the individual]. In *Psikhologiya v sovremennom razvivayushchensya mire: teoriya i praktika: Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferencii* [Psychology in the modern developing world: theory and practice: Materials of the international scientific-practical conference]. Chelyabinsk, 2012, pp. 57–60. URL: <http://conf-p.narod.ru/Gum.pdf>.
5. Donika A.D. Problema formirovaniya eticheskikh regulyatorov professional'noy deyatel'nosti vracha [The problem of the formation of ethical regulators of the professional activity of a doctor]. *Bioetika* [Bioethics], 2015, no. 1 (15), pp. 58–60. (In Russ.; abstr. in Engl.).
6. Kublickaya E.A. Osobennosti religioznosti v sovremennoy Rossii [Features of religiosity in modern Russia]. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological studies], 2009, no. 8 (3), pp. 96–107. (In Russ.; abstr. in Engl.).
7. Lysak I.V. Filosofsko-antropologicheskii analiz dstruktivnoy deyatel'nosti sovremennogo cheloveka. Avtoref. dis. dokt. filos. nauk [Philosophical-anthropological analysis of

the destructive activity of modern man. Dr. Sci. (Philosophy) Thesis]. Rostov-na-Donu, 2007, 47 s.

8. Lyaush L.B., Saburova V.I., Siluyanov I.V., Sushko N.A. Mirovozzrenie i bioeticheskie predstavleniya rossiyskikh studentov-medikov [Worldview and bioethical views of Russian medical students]. *Meditsinskoe pravo i etika* [Medical law and ethics], 2002, no. 2, pp. 67–82. (In Russ.; abstr. in Engl.).

9. Sedova N.N. Sud'ba bioetiki v medicinskom obrazovanii sovremennoy Rossii pod ugrozoy [The fate of bioethics in medical education in modern Russia is under threat]. *Bioetika* [Bioethics], 2018, no. 1 (21), pp. 5–6. (In Russ.; abstr. in Engl.).

10. Sokolov V.M. Bioetika i нравственные императивы формирования social'no-professional'noy otvetstvennosti sovremennoy pokoleniya molodezhi. Dis. kand. filos. nauk [Bioethics and moral imperatives of the formation of the social and professional responsibility of the modern generation of young people. Ph. D. (Philosophy) Thesis]. Ufa, 2007, 160 p.

11. Sokolov V.M. Bioeticheskaya determinatsiya moral'nykh cennostey sovremennoy mediciny [Elektronnyy resurs] [Bioethical determination of moral values of modern medicine]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental research], 2014, no. 9, pp. 1151–1155. URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=35034>. (In Russ.; abstr. in Engl.).

12. SHunenkov D.A. Recepciya ponyatiy «religiya» i «duhovnost'» v zapadnoevropeyskoy psixiatrii: suschnost' i osnovnye osobennosti [The reception of the concepts of «religion» and «spirituality» in Western European psychiatry: the essence and main features]. *NovaInfo.Ru*, 2016, no. 42, pp. 1–9. (In Russ.; abstr. in Engl.).

13. Boehnlein J.K. Religion and Spirituality in Psychiatric Care: Looking Back, Looking Ahead [Electronic resource]. *Transcultural Psychiatry*, December 2006, pp. 634–651. URL: http://psychres.washington.edu/syllabiandreadings/spirituality_culture/article_boehnlein.pdf.

14. Curlin F.A., Sellergren S.A. et al. Physician's observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Arch Intern Med*, 2007, Vol. 167, pp. 649–654.

15. Koenig G.H. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice [Electronic resource]. *Southern Medical Journal*, 2004, no. 12, Vol. 97, pp. 1194–1200. URL: <http://fundacion-salto.org/documentos/Religion,%20Spirituality,%20and%20Medicine.pdf>.

16. Pawlikowski J., Jerzy Sak J., Marczewski K. Physicians' religiosity and attitudes towards patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2012, Vol. 19, pp. 3, pp. 503–507.

УДК 172

АНАЛИЗ МЕТОДИКИ КРИОКОНСЕРВАЦИИ ЭМБРИОНОВ ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРАВОСЛАВНОЙ БИОЭТИКИ

Роман Тарабрин

священник, ассистент кафедры философии и истории медицины Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, аспирант Московской Духовной академии, romanscript@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>

Наиболее эффективным и распространенным способом преодоления бесплодия является экстракорпоральное оплодотворение. Многие современные методики ЭКО проводятся при сопутствующей гиперстимуляции яичников и потому неминуемо приводят к получению избыточного количества эмбрионов. Однако из них всего один – максимум два – переносятся в полость матки. Остальные подвергаются процедуре криоконсервации и хранятся при температуре жидкого азота для возможного будущего использования. Несмотря на то, что после криоконсервации процент наступления беременности выше, чем в циклах ЭКО со свежими эмбрионами, при процессах заморозки-разморозки происходит повреждение эмбрионов. Поэтому, с точки зрения православной биоэтики, криоконсервация должна быть приравнена к опосредованному убийству. Кроме того, не все замороженные эмбрионы подвергаются дальнейшей разморозке и переносу в матку для достижения беременности, что приводит к постоянному росту количества замороженных эмбрионов. Принимая во внимание недопустимость криоконсервации, в статье рассматриваются возможные состояния, когда при проведении ЭКО криоконсервация в форме витрификации может быть оправдана.

Ключевые слова: биоэтика, эмбрион, экстракорпоральное оплодотворение, криоконсервация.

ANALYSIS OF EMBRYOS' CRYOPRESERVATION IN IN VITRO FERTILIZATION FROM ORTHODOX POINT OF VIEW

Roman Tarabrin

Priest, assistant of Philosophy and History of Medicine Department of Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Postgraduate at the Department of Theology of Moscow Theological Academy, romanscript@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>

In Vitro Fertilization (IVF) is the most effective and wide-spread means to overcome the infertility. Many contemporary types of IVF are accompanied with ovary hyperstimulation and so result in an excessive embryos appearance. But only one or two of them are transferred into a uterus. Others are being cryopreserved and kept in liquid nitrogen for future possible use. Even though the rate of pregnancy after cryopreservation is higher than in fresh cycles of IVF, there occurs a damage of embryos during freezing procedures. So Orthodox bioethics regards cryopreservation as a homicide. Moreover, the fact that not all embryos are going to be thawed and transferred into uterus to succeed a pregnancy leads to an increase of the number of embryos being frozen. The Article provides the arguments for cryopreservation to be ethically unacceptable, but also reveals some possible cases when cryopreservation (but only in vitrification form) could be justified.

Key words: bioethics, embryo, in vitro fertilization, cryopreservation.

Распространенность бесплодия. Бесплодие становится одной из ведущих проблем современного здравоохранения. Частота бесплодия, согласно разным исследованиям, значительно варьирует. По данным ВОЗ, частота бесплодия среди женщин в возрасте 20–44 лет, стремящихся зачать ребенка, составляла 1,9 % (для первичного бесплодия) и 10,5 % (для вторичного) [18].

Эффективность ЭКО. Основным способом преодоления бесплодия стали вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) и наиболее распространенный их вариант – экстракорпоральное оплодотворение

(ЭКО). Так, в 2012 г. в США число детей, рожденных при помощи ЭКО, равнялось 1,5 % от всех родившихся в стране детей [21]. В России в 2014 г., согласно данным Российской Ассоциации Репродукции Человека (РАРЧ) [13], родилось 18083 ЭКО-ребенка, что составило 0,9 % от всех родившихся в этом году детей.

ЭКО и процедура криоконсервации. Спертое Р. и Edwards R. в 1978 г. осуществили первые успешные попытки ЭКО в естественных циклах. Они были сопряжены с рядом трудностей. Овуляция созревшей яйцеклетки, часто единственной в естественном цикле,

может произойти в любое время суток и любой день недели. Кроме того, она могла быть неудовлетворительного качества или же полученный эмбрион прекращал деление. Все это снижало вероятность наступления беременности при ЭКО в естественном цикле. Для увеличения количества созревающих яйцеклеток и, соответственно, увеличения процента успешных ЭКО была предложена техника стимулирования яичников при помощи гормонов. В результате применения стимуляции яичников к 1984 г. эффективность наступления клинической беременности в программах ЭКО увеличилась с 16,5 % до 30 % [6, с. 3].

В настоящее время процедура ЭКО в основном осуществляется в так называемых стимулированных циклах, когда при помощи гормонов за один менструальный цикл получают множество яйцеклеток, из которых большинство участвует в оплодотворении. Полученные эмбрионы культивируются до определенной стадии в культуре. «Избыточные» эмбрионы подвергаются заморозке (криоконсервации). При неудачной имплантации «свежих» эмбрионов проводят повторные циклы ЭКО, используя оттаявшие эмбрионы. Таким образом, существует попытка достичь беременности без проведения повторных процедур суперовуляции и пункции фолликулов, которые не безопасны для здоровья женщины.

Этическая проблема криоконсервации. Замороженные эмбрионы могут быть использованы при неудачной попытке ЭКО или в случае, если родители захотят иметь второго и последующих детей. Однако большинство эмбрионов остаются храниться в крио-банке. Согласно исследованиям, лишь около 4 % замороженных эмбрионов подвергаются дальнейшему размораживанию и использованию [15]. Постоянное пополнение банков хранения эмбрионов вызывает вопросы: что делать с замороженными эмбрионами? Как долго их можно хранить в таком состоянии? Следует учитывать, что хранение эмбрионов является платной процедурой. Что делать с замороженными эмбрионами, если родители перестают платить или родители разводятся, а общие дети оказываются ненужными? В Великобритании решение данного вопроса осуществляется законодательным путем: без дополнительного соглашения с родителями срок хранения замороженных эмбрионов ограничивается пятью годами [4, с. 37]. Из-за такого ограничения в 1996 г. было уничтожено более 3000 эмбрионов [4, с. 38].

Пополнение банков хранения эмбрионов и возможное их целенаправленное уничтожение хоть и являются существующими проблемами протоколов ЭКО с криоконсервацией, однако они, на наш взгляд, не главные проблемы данного метода. Дело в том, что гипотетически можно предположить, что будет достигнут механизм, предотвращающий постоянное пополнение криобанка, и тем самым все эмбрионы будут разморожены и получат возможность получить путевку в жизнь. Основная проблема криоконсервации эмбрионов, с нашей точки зрения, следующая: является ли заморозка эмбрионов опосредованным убийством или нет?

В наших предыдущих работах [2, с. 64; 14] было показано, что основной этической проблемой репродуктивных технологий является убийство избыточных эмбрионов. В связи с этим поставленный вопрос относительно криоконсервации получает особую актуальность. Ведь если криоконсервация приводит к гибели эмбрионов, то она и связанные с ней методики этически недопустимы.

Статистические результаты применения криоконсервации. Для того чтобы ответить на поставленный вопрос, необходимо проанализировать процессы, происходящие при криоконсервации, а также рассмотреть результаты данных процедур в виде исходов беременности после разморозки-оттаивания эмбрионов.

Сравнение процедур ЭКО с применением свежих эмбрионов по сравнению с размороженными говорит о большей вероятности наступления беременности и луч-

ших исходах беременностей после проведения процедуры заморозки-разморозки эмбрионов. Так, метаанализ нескольких исследований [19] говорит, что в случае использования замороженных эмбрионов уровень продолжающихся беременностей (более 10 недель) в 1,32 раза выше, чем при использовании свежих эмбрионов. Авторы связывают данные результаты с тем, что при переносе размороженных эмбрионов их имплантация в стенку матки происходит в естественном цикле, в то время как при использовании свежих эмбрионов эндометрий может быть подвержен изменениям под действием сверхфизиологических уровней гормонов, применяющихся при предшествующей суперовуляции. Несмотря на значительный объем исследований, проанализированных в этой работе, и некоторые другие недочеты, указанные другими авторами [2, с. 1543], можно предварительно ориентироваться на данный метаанализ в оценке преимуществ методов. Таким образом, использование заморозки эмбрионов увеличивает процент наступления беременностей в процедурах ЭКО.

Данные другого исследования [17], проанализировавшего более 112000 беременностей одним плодом после процедуры ЭКО или ИКСИ, говорят о лучших исходах беременностей после процедур заморозки-разморозки эмбрионов. Согласно данному исследованию, низкий вес при рождении и очень низкий вес при рождении при использовании размороженных эмбрионов наблюдается соответственно в 0,73 и 0,78 раза реже, чем при использовании свежих эмбрионов. Повышенный же вес при рождении в случае использования криоконсервированных эмбрионов встречается в 1,64 раза чаще, чем в случае со свежими. Вместе с этим отсутствовала статистически достоверная разница в частоте преждевременных родов и врожденных аномалий.

Приведенные результаты показывают, что процедура криоконсервации оказывает позитивное действие на лечение бесплодия. Поэтому, на первый взгляд, ее следует признать не только допустимой, но и стараться применять в большем числе случаев. Однако прежде чем сделать этическое суждение относительно ее допустимости, необходимо рассмотреть процессы, происходящие при криоконсервации эмбрионов.

Процессы, происходящие при криоконсервации. Криоконсервация – хранение живого объекта при температуре жидкого азота (-196 °C). Охлаждение большинства живых существ до такой температуры приведет к мгновенной их гибели вследствие образования внутриклеточного льда. Для того чтобы предотвратить образование льда внутри клеток или уменьшить его, применяют криопротекторы.

Криопротекторы и их действие. Основная задача криопротекторов – обеспечить выход внутриклеточной воды в процессе замерзания, снизить температуру образования льда вследствие повышения концентрации внутриклеточного содержимого или предотвратить процесс формирования льда совершенно. В настоящее время применяют 2 типа криопротекторов: проникающие внутрь клеток и не проникающие. Непроницающие криопротекторы вызывают выход воды из клеток вследствие осмоса. Выход чрезмерного количества воды (дегидратация более 80 %) приводит к тяжелым повреждениям. Это происходит из-за наличия внутри клеток так называемой «связанной» воды, которая, связываясь с гидрофильными центрами высокомолекулярных веществ, поддерживает их структуру [20]. Проникающие криопротекторы могут замещать связанную воду, связываясь с гидрофильными центрами, тем самым предотвращая необратимые повреждения внутриклеточных структур вследствие дегидратации. Чем выше содержание криопротекторов, тем ниже вероятность образования льда внутри клетки. Однако увеличение их концентрации может оказывать токсическое действие на клетку. Поэтому в процессе криоконсервации важно соблюдать соотношение пользы/вреда этих веществ.

Таким образом, выделяют следующие причины гибели эмбрионов: 1) образование внутриклеточного

льда; 2) повреждение дегидратацией; 3) осмотический шок; 4) токсичность криопротекторов; 5) хрупкость замороженных эмбрионов.

Медленная заморозка и витрификация. Варианты криоконсервации эмбрионов могут быть разделены по двум большим группам: медленная заморозка и витрификация.

При медленной заморозке, несмотря на применение криопротекторов, происходит образование кристаллов льда внутри клетки, которые могут оказать повреждающее действие. Сверхбыстрое охлаждение воды препятствует образованию льда, т. к. вода приобретает «стекловидное» состояние – происходит витрификация. Витрификация, по Kasaï, может быть определена как затвердевание раствора с резким повышением его вязкости без кристаллизации [16].

При ультрабыстрой витрификации скорость охлаждения максимальна (свыше 20000 °C /мин), т. к. эмбрионы (в капле) погружаются непосредственно в жидкий азот. Это позволяет несколько увеличить процент выживаемости после заморозки. Однако при непосредственном контакте образца с жидким азотом не исключена вероятность заражения эмбриона вирусами, грибами или бактериями (рис.).

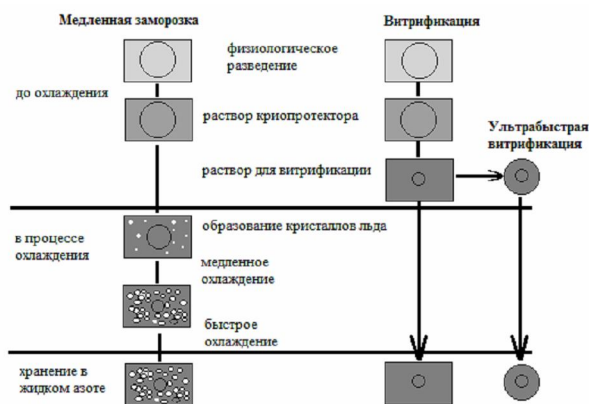


Рис. Схематическое представление эмбриона (в виде окружности) до охлаждения, в течение охлаждения и при хранении в жидком азоте при различных процедурах криоконсервации – медленной заморозке, витрификации в стандартных соломках и при сверхбыстрой витрификации.

Белые окружности – кристаллы льда

Хранение эмбрионов. Не существует доказательств того, что эмбрионы при температуре жидкого азота подвергаются каким-либо изменениям. Неизвестно также, как долго могут эмбрионы оставаться замороженными. Существует исследование, показывающее, что выживаемость эмбрионов мыши сохранялась через 13 лет после заморозки [10, с. 69]. Тем не менее существуют опасения повреждения эмбрионов при длительном хранении. Возможное незначительное повреждение связывают с воздействием фонового ионизирующего излучения или космических лучей [8, с. 229–230]. Также некоторые предполагают, что в замороженных объектах может происходить образование свободных радикалов, повреждение ими клеток и накопления этих изменений вследствие отсутствия механизмов репарации в состоянии заморозки [3, с. 121].

Сравнение методов криоконсервации. Перед охлаждением эмбрионы подвергают изучению на предмет их качества. Заморозке подвергают только эмбрионы хорошего качества, со 100%-й сохранностью blastomeres, т. к. существуют работы, показывающие, что эмбрионы плохого качества не выживают

после процедур заморозки-разморозки [9, с. 201]. Результативность криоконсервации оценивают по выживаемости эмбрионов, уровню их имплантации и количеству живорождений. Эмбрион считается выжившим, если он сохраняет хотя бы 50 % неразрушенных blastomeres. Если у него сохраняются 100 % blastomeres, то он называется полностью интактным.

Для сравнения методов криоконсервации приведем в качестве примера рандомизированное исследование [7, с. 241], в котором сравнивались витрификация¹ и медленная заморозка. Был показан статистически достоверный более высокий уровень выживаемости эмбрионов после витрификации, чем после медленной заморозки (89,4 % против 63,8 %), более высокий уровень полностью интактных эмбрионов (80,1 % против 44,3 %). Существуют работы, в которых показано, что уровень 100 % сохраненных эмбрионов после витрификации (при непосредственном контакте их жидким азотом) может достигать 95 % [5, с. 1138].

Сравнение двух методов криоконсервации по уровню живорождений было проведено в одном большом исследовании, оценившем более 30000 случаев в обеих группах [11, с. 2794]. Обнаружено, что при переносе витрифицированных blastocysts статистически достоверно уровень живорождений повышается в 1,41 раза по сравнению с blastocysts, подвергнутыми медленной заморозке.

Этическая оценка методов криоконсервации. Основной этической проблемой криоконсервации является повреждение эмбрионов, приводящее к их смерти. Большой успех ЭКО после замораживания эмбрионов не может сделать данную методику этически приемлемой.

Некоторые оправдывают применение криоконсервации тем, что в процессе заморозки погибают нежизнеспособные эмбрионы, которые все равно не смогут дать начало беременности. Однако это этически недопустимо: мы не имеем права замораживать эмбрионы для того, чтобы дифференцировать их по жизнеспособности. Эмбрионы должны самостоятельно показать, что они не способны поддерживать свою жизнедеятельность, например, путем остановки развития на стадии blastocysts.

Некоторые защищают криоконсервацию тем, что небольшой процент гибели эмбрионов сопоставим с осложнениями при хирургическом лечении. Если мы все равно отправляем пациента на операцию, несмотря на риск смерти, то, с их точки зрения, допустимо замораживать эмбрионы, несмотря на опасность их повреждения. Однако здесь мы имеем два разных события: при показаниях к оперативному вмешательству у больного нет другого варианта для выздоровления (если же он есть, стараются всеми силами избежать операции), а при лечении бесплодия существуют варианты избежать криоконсервации. Они заключаются в переносе всех свежих эмбрионов, полученных в результате оплодотворения.

Для этической оценки гибели эмбрионов после заморозки сравним два похожих события: гибель эмбрионов после заморозки и их гибель при переносе свежих эмбрионов в матку в стандартных процедурах ЭКО. Гибель свежих эмбрионов происходит в более 60 % случаях после имплантации², а при криоконсервации гибель эмбрионов в случае витрификации порядка 11 % [7]³. Почему более высокий процент смерти эмбрионов при их переносе в матку оправдать можно, а незначительную смертность при заморозке нельзя?

При стандартной процедуре ЭКО с переносом свежих эмбрионов их гибель во время имплантации отражает естественную селекцию жизнеспособных организмов, то есть способность их генотипа реализовывать качества и свойства, необходимые для жизни. Исследование частоты анеуплоидий на разных сроках беременности показывает их уменьшение в зависимости от срока беременности [12, с. 493]. Это означает, что более грубые генетические дефекты про-

¹Изучались 2 разных криопротекторных состава – приводятся данные криопротектора с лучшими результатами.

²На один перенос эмбриона частота наступления беременности составляет 38,4 % [13].

³При этом в некоторых исследованиях всего 5 % [5].

являются раньше и заканчиваются более ранней смертью эмбрионов и поэтому на более поздних сроках беременности они встречаются реже. Подобные процессы происходят и при естественном зачатии, процент наступления беременности при котором сравним с частотой беременности при ЭКО.

Таким образом, более высокий процент гибели свежих эмбрионов при переносе их в полость матки, проведенного в адекватных условиях так называемого «окна имплантации», отражает естественные процессы смерти генетически неполноценных эмбрионов и потому это не связано с убийством или экспериментированием. Напротив, гибель эмбрионов и ухудшение их качества при криоконсервации является намеренным действием человека, даже если и происходит в незначительном количестве случаев. А следовательно, криоконсервация должна быть отнесена к этически неприемлемым методикам ВРТ.

Состояния, оправдывающие применение криоконсервации. Тем не менее существуют некоторые состояния при проведении вспомогательных репродуктивных технологий, которые могут оправдывать применение процедур заморозки. Такие ситуации могут возникать, когда процедура оплодотворения *in vitro* произведена, эмбрион готов к переносу, однако в организме женщины имеет место неготовность эндометрия к имплантации, гормональные нарушения или инфекция и т. д. Перечисленные случаи могут угрожать эмбриону смертью и потому перенос эмбриона необходимо перенести на некоторое время. Минимальное время для нормализации состояния женщины составляет длину ее менструального цикла, то есть в лучшем случае только в следующем цикле возможно провести перенос эмбриона. Однако более 6 дней эмбрион не может культивироваться в искусственных средах. Поэтому для попытки спасения жизни полученному эмбриону может быть оправдана процедура витрификации, как наилучший метод заморозки. Проведение заморозки эмбрионов даже в таких вынужденных ситуациях ставит нас перед вероятностью того, что благоприятные условия для имплантации могут возникнуть очень скоро или даже вообще не возникнуть (в случае смерти матери или возникновении серьезных семейных проблем и нежелании заканчивать процедуру ЭКО). Именно поэтому криоконсервация должна восприниматься как исключительный случай, а не как правило.

Вывод

С точки зрения православной биоэтики, ЭКО должно проводиться при отсутствии получения избыточного количества эмбрионов. Если при ЭКО овариальная стимуляция все же осуществляется, то оплодотворению стоит подвергать только то количество яйцеклеток, которое может быть в дальнейшем перенесено в полость матки.

Несмотря на то, что в некоторых состояниях применение процедур криоконсервации может быть оправдано (в случае спасения единственного эмбриона), заморозка эмбрионов должна быть этически расценена как причинение вреда другому человеку (= эмбриону) или как убийство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tarabrin R., priest. Otnoshenie Pravoslavnoj Cerkvi k ehkstrakorporal'nomu oplodotvoreniju. Osnovnye ehicheskie problemy // Moskovskie Eparhial'nye vedomosti, № 9–10, 2014.
2. Basile N., Garcia-Velasco J.A. The state of «freeze-for-all» in human ARTs. // Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2016, Vol. 33, Issue 12, pp 1543–1550.
3. Becker D., Sevilla M.D. The chemical consequences of radiation-damage to DNA / Advances in Radiation Biology, Vol 17, 1993, pp 121–180.
4. Byrd W. Cryopreservation, Thawing, and Transfer of Human Embryos. // Seminars in Reproductive Medicine, Vol 20, No. 1, 2002, pp. 37–43.
5. Cobo A et al. Outcomes of vitrified early cleavage-stage and blastocyst-stage embryos in a cryopreservation program: evaluation of 3,150 warming cycles / Fertility and Sterility, 2012, Vol 98, Issue 5, pp 1138–1146.
6. Edwards R.G., Fishel S.B., Cohen J. et al. Factors Influencing the Success of In Vitro Fertilization for Alleviating

Human Infertility / Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 1984, Vol. 1, No. 1, 3–23.

7. Fasano G. et al. A randomized controlled trial comparing two vitrification methods versus slow-freezing for cryopreservation of human cleavage stage embryos / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2014, Vol 31, Issue 2, pp 241–247.

8. Glenister P.H., Whittingham D.G., Lyon M.F. Further studies on the effect of radiation during the storage of frozen 8-cell mouse embryos at 196°C / Journal of Reproduction and Fertility, 1984, Vol 70, pp. 229–234.

9. Kondo I et al. Clinical factors for successful cryopreserved-thawed embryo transfer / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 1996, Vol 13, Issue 3, pp 201–206.

10. Leibo S.P. Procedures to cryopreserve zygotes and embryos. Hands-on Cryobiology Course. Indianapolis: American Fertility Society; 1993:69–78.

11. Li Z, Wang YA, Ledger W et al. Clinical outcomes following cryopreservation of blastocysts by vitrification or slow freezing: a population-based cohort study / Human Reproduction, 2014, Vol 29, Issue 12, pp. 2794–2801.

12. Nagaoka S., Hassold T., Hunt P. Human aneuploidy: mechanisms and new insights into an age-old problem // Nature Reviews Genetics, 2012. Vol 13, pp. 493–504.

13. Rossijskaya Associaciya Reprodukci Cheloveka. Registr VRT. Otchet za 2014 / URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/registr_BRT_RARCH16.pdf. [accessed 09.01.17]

14. Tarabrin R., priest. K voprosu ob ehicheskoj ocenke metoda EHKO s pravoslavnoj točki zreniya v kontekste poslednih dostizhenij biomeditsiny. – URL: <http://www.bogoslov.ru/text/4007414.html> [accessed 11.05.18]

15. Camus M. Human embryo cryopreservation: a review of clinical issues related to the success rate// ESHRE Campus symposium Cryobiology & Cryopreservation. URL: <http://www.eshre.eu/~media/ehre%20files/SIGs/Embryology/Archive/Syllabus%20Brussels%202004.pdf>. [accessed 03.04.14]

16. Kasai M., Mukaida T. Cryopreservation of animal and human embryos by vitrification / Symposium: Cryopreservation and assisted human conception // Reproductive BioMedicine Online, 2004, Vol 9. No 2. 164-170; Available at URL: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(10\)62125-6/pdf](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(10)62125-6/pdf) [accessed 29.08.18]

17. Maheshwari A. et al. Obstetric and perinatal outcomes after either fresh or thawed frozen embryo transfer: an analysis of 112,432 singleton pregnancies recorded in the Human Fertilisation and Embryology Authority anonymized dataset / Fertility and Sterility, 2016. Vol. 106, No. 7. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.047> [accessed 29.08.18]

18. Mascarenhas M. N., Seth R. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys/ Available at URL: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001356>. [accessed 29.08.18]

19. Roque M. et al. Fresh embryo transfer versus frozen embryo transfer in in vitro fertilization cycles: a systematic review and meta-analysis // Fertility and Sterility, 2013; Vol. 99; pp.156–62. – URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.003> [accessed 09.05.18]

20. Shaw J.M., Jones G.M. Terminology associated with vitrification and other cryopreservation procedures for oocytes and embryos. Human Reproduction Update, Vol.9, No.6 pp. 588, 2003. Available at URL: https://scholar.google.ru/scholar?hl=ru&as_sdt=0%2C5&q=Terminology+associated+with+vitrification+and+other+cryopreservation+procedures+for+oocytes+and+embryos&btnG= [accessed 29.08.18]

21. Society for Assisted Reproductive Technology (SART)/ URL: <http://www.ivf.net/ivf/ivf-births-hit-record-high-in-usa-o7881.html> [accessed 12.05.18]

REFERENCES

1. Tarabrin R., priest. Otnoshenie Pravoslavnoj Cerkvi k ehkstrakorporal'nomu oplodotvoreniju. Osnovnye ehicheskie problemy // Moskovskie Eparhial'nye vedomosti, №9-10, 2014.
2. Basile N., Garcia-Velasco J.A. The state of «freeze-for-all» in human ARTs. / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2016, Vol. 33, Issue 12, pp 1543–1550.
3. Becker D., Sevilla M.D. The chemical consequences of radiation-damage to DNA / Advances in Radiation Biology, Vol 17, 1993, pp 121–180.
4. Byrd W. Cryopreservation, Thawing, and Transfer of Human Embryos. // Seminars in Reproductive Medicine, Vol 20, No. 1, 2002, pp. 37–43.
5. Cobo A et al. Outcomes of vitrified early cleavage-stage and blastocyst-stage embryos in a cryopreservation program: evaluation of 3,150 warming cycles / Fertility and Sterility, 2012, Vol 98, Issue 5, pp 1138–1146.

6. Edwards R.G., Fishel S.B., Cohen J. et al. Factors Influencing the Success of in Vitro Fertilization for Alleviating Human Infertility / Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 1984, Vol. 1, No. 1, 3–23.
7. Fasano G. et al. A randomized controlled trial comparing two vitrification methods versus slow-freezing for cryopreservation of human cleavage stage embryos / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2014, Vol 31, Issue 2, pp 241–247.
8. Glenister P.H., Whittingham D.G., Lyon M.F. Further studies on the effect of radiation during the storage of frozen 8-cell mouse embryos at 196°C / Journal of Reproduction and Fertility, 1984, Vol 70, pp. 229–234.
9. Kondo I et al. Clinical factors for successful cryopreserved-thawed embryo transfer / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 1996, Vol 13, Issue 3, pp 201–206.
10. Leibo S.P. Procedures to cryopreserve zygotes and embryos. Hands-on Cryobiology Course. Indianapolis: American Fertility Society; 1993:69–78.
11. Li Z, Wang YA, Ledger W et al. Clinical outcomes following cryopreservation of blastocysts by vitrification or slow freezing: a population-based cohort study / Human Reproduction, 2014, Vol 29, Issue 12, pp. 2794–2801.
12. Nagaoka S., Hassold T., Hunt P. Human aneuploidy: mechanisms and new insights into an age-old problem // Nature Reviews Genetics, 2012. Vol 13, pp. 493–504.
13. Rossijskaya Associaciya Reprodukcii Cheloveka. Registr VRT. Otchet za 2014 / URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/registr_BRT_RARCH16.pdf . [accessed 09.01.17]
14. Tarabrin R., priest. K voprosu ob ehicheskoj oenke metoda ENKO s pravoslavnoj točki zreniya v kontekste poslednih dostizhenij biomeditsiny. – URL: <http://www.bogoslov.ru/text/4007414.html> [accessed 11.05.18]
15. Camus M. Human embryo cryopreservation: a review of clinical issues related to the success rate// ESHRE Campus

- symposium Cryobiology & Cryopreservation. URL: <http://www.eshre.eu/~media/ematic%20files/SIGs/Embryology/Archive/Syllabus%20Brussels%202004.pdf>. [accessed 03.04.14]
16. Kasai M., Mukaida T. Cryopreservation of animal and human embryos by vitrification / Symposium: Cryopreservation and assisted human conception // Reproductive BioMedicine Online, 2004, Vol 9, No 2. 164–170; Available at URL: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(10\)62125-6/pdf](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(10)62125-6/pdf) [accessed 29.08.18]
17. Maheshwari A. et al. Obstetric and perinatal outcomes after either fresh or thawed frozen embryo transfer: an analysis of 112,432 singleton pregnancies recorded in the Human Fertilisation and Embryology Authority anonymized dataset / Fertility and Sterility, 2016. Vol. 106, No. 7. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.047> [accessed 29.08.18]
18. Mascarenhas M. N., Seth R. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys/ Available at URL: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001356>. [accessed 29.08.18]
19. Roque M. et al. Fresh embryo transfer versus frozen embryo transfer in in vitro fertilization cycles: a systematic review and meta-analysis // Fertility and Sterility, 2013; Vol. 99; pp.156–62. – URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.003> [accessed 09.05.18]
20. Shaw J.M., Jones G.M. Terminology associated with vitrification and other cryopreservation procedures for oocytes and embryos. Human Reproduction Update, Vol.9, No.6 pp. 588, 2003. Available at URL: https://scholar.google.ru/scholar?hl=ru&as_sdt=0%2C5&q=Terminology+associated+with+vitrification+and+other+cryopreservation+procedures+for+oocytes+and+embryos&btnG= [accessed 29.08.18]
21. Society for Assisted Reproductive Technology (SART)/ URL: <http://www.ivf.net/ivf/ivf-births-hit-record-high-in-usa-07881.html> [accessed 12.05.18]

УДК 614.253.52:614.253

ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В СОВРЕМЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.Л. Коноплева

*доцент кафедры философии, истории медицины, биоэтики и социальных наук Смоленского государственного
медицинского университета, кандидат медицинских наук, Смоленск, konopleva.alenushka@gmail.com*

В.М. Остапенко

*зав. кафедрой философии, истории медицины, биоэтики и социальных наук Смоленского государственного
медицинского университета, доктор медицинских наук, доцент, Смоленск, ostapenko4@yandex.ru*

В статье рассматриваются актуальные проблемы этической регуляции современной сестринской практики, в частности, устойчивая тенденция, направленная на конфронтацию и разобщение медицинских работников и пациентов, а также причины этого явления. Правовая и этическая неподготовленность сестринского персонала приводит к игнорированию организации профессионального ухода за тяжелобольными и неподвижными пациентами. Медицинские сестры, перекладывая мероприятия ухода на случайных людей, резко ухудшают прогноз для пациентов из группы риска, демонстрируя непонимание сути своей профессии, а также системное нарушение целого ряда правовых и этических документов.

В российском сестринском деле имеет место ситуация терминологической путаницы двух совершенно разных понятий: «профессиональный» и «домашний» уход. Независимость и автономия отечественного сестринского дела должны проявляться, в первую очередь, в организации профессионального – научно обоснованного, доказательного – ухода за пациентами. Уход тогда является профессиональным, когда он отвечает таким необходимым требованиям, как научность, системность, индивидуальность и протоколируемость.

Обсуждается значение блока социально-гуманитарных дисциплин в до- и последипломном образовании медицинской сестры. Его задачи – обучение основам делового этикета, формирование этического мышления медицинской сестры и ее способности к эмпатии. Для преодоления синдрома эмоционального выгорания нужно не отстраняться от пациента, искусственно создавая ситуацию «духовной анестезии», а наоборот, сопереживать и идти ему навстречу.

Воспитание навыков этического поведения медицинского работника требует соблюдения двух обязательных условий. Первое условие – достаточный объем блока медико-гуманитарных дисциплин в учебных планах и программах всех уровней подготовки сестринского персонала, включая программы последипломного образования. Второе условие преодоления разрыва теории обучения и практики непосредственной работы – поддержание режима «психической асептики» в лечебно-профилактических учреждениях. В частности, на базе больниц необходимы постоянно действующие совместные врачебно-сестринские этические тренинги. Следует активнее использовать позитивный опыт, связанный с организацией краудсорсинг-проектов.

Ключевые слова: биоэтика, этический кодекс, сестринское дело, профессиональный уход за больными, сестринские компетенции, реформа сестринского дела.

ETHICAL DILEMMAS OF MODERN NURSING PRACTICE

E.L. Konopleva

*associate Professor of the Department of philosophy, history of medicine, bioethics and social Sciences
Smolensk state medical University, candidate of medical Sciences, Smolensk, konopleva.alenushka@gmail.com*

V.M. Ostapenko

*Head of the Department of philosophy, history of medicine, bioethics and social Sciences Smolensk state medical University
doctor of medical Sciences, associate Professor, Smolensk, ostapenko4@yandex.ru*

The issues of the day of the ethic adjusting of modern sisterly practice are examined in the article, in particular, steady tendency, sent to confrontation and disconnect of medical workers and patients, and also reasons of this phenomenon. Legal and ethic unpreparedness of sisterly personnel results in ignoring of organization of professional care of seriously sick and immobile patients. Nurses, trusting a sisterly care to the casual people, dramatically worsen the prognosis for patients at high risk, demonstrating a lack of understanding of the essence of their profession, as well as violation of a number of legal and ethical documents.

In Russian nursing there is a situation of terminological confusion of two completely different concepts: «professional» and «home» care. Independence and autonomy of profession of nurse must show up, foremost, in organization of the care of patients, based on scientific proofs. The professional caring must answer necessary requirements, such as scientific character, system, individual approach and documentation.

Authors discuss the value of block of socially-humanitarian disciplines in education of medical sister. His tasks include teaching business etiquette, shaping the ethical thinking of the nurse and her ability to empathize (understanding and sharing the feelings of the other).

Education of skills of ethic behavior of medical worker requires the observance of two obligatory conditions. The first condition is a sufficient volume of humanities in programs of all levels of preparation of sisterly personnel. The second condition of overcoming of break of theory of educating and practice of direct work is maintenance of the mode of «psychical assepsis» in medical establishments. In particular, on the base of hospitals the constantly operating joint medical-sisterly ethic training is needed.

Key words: bioethics, ethical code for nursing, professional nursing, nursing competence, reform of nursing.

Сестра милосердия – та, которая питает, делет и защищает слабого; подготовлена для заботы о слабom. Поэтому в обществе с низкой социальной культурой трудно ожидать высокого уровня сестринской практики. Одна из устойчивых тенденций настоящего времени направлена на конфронтацию медицинских работников и пациентов. Следует признать, что это именно тенденция, а не отдельные разрозненные факты. В ответ на запрос в Интернете «грубость медицинских работников» количество ссылок превышает сотни тысяч! О своем недоверии к системе здравоохранения заявляют более половины опрошенных. При анализе жалоб пациентов выясняется, что 70 % обращений граждан имеют причиной негативное качество общения «медработник – пациент».

Поразительно, но масла в огонь охотно подливают сами медицинские работники. Так, например, в настоящее время широко издаются серии популярных книг в жанре так называемой иронической медицинской прозы. О чем эти книги? Что хотят сказать медики своим читателям – возможно, своим будущим или настоящим пациентам?

Прочтем отрывок из популярного сборника врачебной прозы «Белый кафель, красный крест»: «Тут в "приёмник" закатили туловище. Было оно забинтовано до самых глаз, босое, большие пальцы на руках и ногах капроновым шнурком стянуты. Туловище воняло растворителем, капало кровью и билось на каталке так, что Серёжа его еле удерживал» (С. Фаголов «Токса»).

Еще одна типичная цитата из книги «Байки со "скорой", или Пасынки Гиппократы» врачей Михаила Дайнеки и Дианы Вежиной: «Правда, мужичок этот оказался субъектом особо выдающейся грязности и вонючести. (...) Причем означенная жертва этой дурнопахнущей тенденции лечиться явно не желала: шипела, отбивалась и даже за коленку меня грязной пастью цапнула. Бубь наша воля, мы лечить его бы и не стали. Но – клятва Гиппократ, то да се... Короче говоря, куда же денешься! (...) Да и ладно, нам не привыкать. Наше дело пациента в больницу доставить в кратчайшие сроки, вот и везем, торопимся. А как не торопиться, если в карете от него воняет, как от мусорного бачка».

Стремление писать о происходящем в медицине якобы в шутливом, а на самом деле – циничном духе кажется неоправданным и странным. Именно подобное неуважительное отношение к своей профессии приводит к недопустимому поведению медработников, вызывающему широкий общественный резонанс. Вспомним хотя бы размещенные в сети провокационные сфм, на которых медсестры позируют в операционных, «пьют» донорскую кровь, жонглируют клизмами, позволяя себе неприличные жесты по отношению к больному без сознания, именуя своих пациентов «противными толстыми бабами», «валежником», «консервами», «недочехлами». Громкий общественный резонанс получил прецедент, когда медсестра заклеивала грудным детям-отказникам рот лейкопластырем, чтобы ночью они не кричали и не беспокоили ее. Другая сестра, пытаясь унять буйную пациентку 13 лет, натянула ей на

голову футболку и удерживала, пока не наступила смерть ребенка от механической асфиксии.

Некоторая потеря этических ориентиров в медицинском сообществе требует усиления внимания к этической стороне этой специальности. Неслучайно за последнее время появилось огромное количество самых разнообразных этических деклараций, кодексов, хартий, клятв и обязательств: Этический кодекс российского врача (1994), Кодекс врачебной этики Российской Федерации (1997), Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (2012), Кодекс профессиональной этики православного врача России, Кодекс врача Рунета, Клятва врача России, Этический кодекс российского фармацевта, Этический кодекс медицинской сестры России (ред. 1997 г. и 2010 г.), Клятва медицинской сестры России, Медико-социальная хартия медсестер РФ (Декларация медицинских сестер России), Кодекс профессиональной этики акушеров Российской Федерации; Кодексы отдельных врачебных специальностей (психиатров, анестезиологов, и др.), Проект Кодекса профессиональной этики работников системы здравоохранения Российской Федерации и т. д.

Безусловно, все эти документы, в том числе Этический кодекс медицинской сестры России – очень достойные, важные и нужные. Однако проблемы деонтологического порядка нельзя урегулировать призывами к социальной совести, пафосными лозунгами о милосердии, угрозами, приказами гуманно относиться к пациенту или штрафами. Рост конфликтности в системе оказания медицинской помощи обусловлен целым рядом достаточно уважительных причин, связанных с постепенным разрушением сектора общественного здравоохранения. Любому пациенту находится в состоянии внутреннего конфликта, порождаемого страхом и неуверенностью из-за болезни. В ЛПУ его встречают медицинские работники, наделенные высоким уровнем тревожности из-за коммерциализации и бюрократизации медицины на фоне ее систематического недофинансирования и вредных условий труда. Естественно, при малейшем неудовольствии вспыхивает межличностный конфликт, так как срабатывает известный закон менеджмента: «Чем ниже оплата труда, тем ниже мораль и выше риск медицинской ошибки». Напомним, что низкая заработная плата в сочетании с возрастающими требованиями стала причиной бегства из системы здравоохранения в прошлом году 70 тысяч медицинских сестер и санитарок. Сегодня вопрос стоит очень остро: как сохранить оставшиеся кадры, привлечь молодых специалистов. Вряд ли угроза введения дополнительных санкций, создание квалификационно-дисциплинарных комиссий, лишение медицинского работника диплома и права заниматься профессиональной деятельностью будут способствовать решению данной задачи.

Неуспех реформы 90-х связан, прежде всего, с отсутствием единого мнения, что же такое сестринское дело – это наука, искусство, ремесло, техническая вспомогательная специальность, область самостоятельной клинической практики по уходу или «просто бизнес»? Медицинская сестра для врача или для пациента? Она оказывает пациенту медицинскую услугу или медицин-

скую помощь? Пациенту или клиенту? Если мы помещаем сестринскую практику в прокрустово ложе «торгово-промышленной медицины», то добиться бесребреничества от медработника – обычного человека, обремененного массой житейских проблем – просто невозможно. Поэтому необходимым условием прогресса в сестринской этике является улучшение материального положения медсестер и их правовая защита от возможного агрессивного поведения неадекватных пациентов [3, с. 15–30]. Напомним, что только в Москве на медицинский персонал совершается более двухсот физических нападений в год, не говоря уже о бесчисленных случаях ментального насилия.

Продолжая разговор об этических стандартах в сестринском деле, необходимо также определиться и с предметом обсуждения. В специальной литературе наблюдается определенная терминологическая путаница – этика, этикет, деонтология, биоэтика, мораль, корпоративная культура, нравственность. О чем, собственно, идет речь, и какой конкретный результат мы хотели бы получить?

Во-первых, если имеется в виду профессиональный этикет, следует добиться формально-вежливого отношения медицинских сестер к пациентам и коллегам; искоренить грубость и конфликты на личностном уровне; одеть ее в соответствии с профессиональным дресс-кодом.

Во-вторых, мы можем определить своей целью формирование этического мышления медицинской сестры. Нельзя надеяться на этическое чутье, интуицию, инстинкт, нравственное чувство. У медицинской сестры должна быть осознанная нравственная мотивация. Надо уметь думать над вопросами этики и морали, уметь каждое свое действие проверять через разум, поверять логикой. Медицинская сестра должна не просто знать модели, принципы и правила теоретической биоэтики, а уметь применить их к этическому анализу конкретной ситуации. Если бы медсестры имели бы такой навык, они не стали бы снова и снова спрашивать друг у друга на форумах, как поступать в ситуации, когда приходится сталкиваться с неэтичными врачебными назначениями, ошибками или нерадивостью коллег, грубостью пациента, вопросами больных относительно диагностики и лечения? Современная медсестра должна уметь разбираться и в таких сложных проблемах клинической биоэтики, как проблемы справедливости в здравоохранении, права пациентов, модели взаимодействия медработников и пациентов, «абортная культура» и вспомогательные репродуктивные технологии, генная инженерия, евгеника, трансплантология, эвтаназия, биомедицинские исследования на человеке и животных, этические проблемы психиатрии и работы с ВИЧ-инфицированными, вакцинопрофилактика.

В-третьих, следует задуматься в содержание профессии медицинской сестры. Напомним, что изначально – в 90-е годы XX века – реформа сестринского дела ставила своей целью обеспечение профессионального ухода за пациентами. Федеральные образовательные стандарты среднего профессионального и высшего образования требуют от специалистов в области сестринского дела способности и готовности к обеспечению квалифицированного ухода за пациентом. В Этическом кодексе медицинской сестры России при перечислении важнейших задач сестринской практики указан «комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий». В Декларации медицинских сестер России также сказано: «Мы – медицинские сестры – считаем себя ответственными за обеспечение качества и своевременности оказываемой медицинской помощи и ухода нуждающимся в них людям в пределах профессиональной компетенции».

Но сегодня медсестры отнюдь не считают себя специалистами в области ухода. Приведем некоторые цитаты из типичной переписки на сестринских форумах: «Уход в нашу компетенцию не входит», «Уход не прописан в наших должностных инструкциях. Уход должны

осуществлять санитарки, родственники», «Медсестра не обязана менять памперсы. Медсестра – не прислуга, а самостоятельный и независимый профессионал», «В должностные обязанности медсестер уход за больным не входит, но они оказывают его по возможности», «У меня должностная инструкция на работе осталась, я бы Вам отсканировала, и Вы бы сами увидели, что там ни слова про уход. Только в контексте того, что мы должны контролировать и координировать работу младшего медперсонала», «Уход в мои обязанности не входит. Для этого есть младшие сестры по уходу, санитарки, наемные сиделки или родственники», «Ну, в нормальных местах врачи сами своих сестер защищают, объясняя зарвавшимся родственникам, что у медсестры – 35 больных, и уход в ее обязанности не входит, а если они хотят индивидуальное внимание к своему пациенту, пусть нанимают сиделку или индивидуальный сестринский пост», и др.

Очевидно, что сами сестры не видят никакой принципиальной разницы между уходом, предоставляемым дипломированными специалистами по уходу, и уходом, осуществляемым родственниками без медицинского образования.

Мы опять сталкиваемся с ситуацией терминологической путаницы двух совершенно разных понятий: «профессиональный» и «домашний» уход. Когда мы говорим об уходе, то большинство не только врачей, но и сестер чаще всего понимает под этим необходимость подать пациенту в его «матрасной могиле» стакан воды, поправить подушку или сменить памперс.

В действующем «Этическом кодексе медицинской сестры России» четкое понимание, что же такое профессиональный уход за пациентами, на наш субъективный взгляд, также отсутствует. Под комплексным всесторонним уходом понимается «комплекс медико-социальных вмешательств, производимых медицинской сестрой в составе мультидисциплинарной бригады, оказывающей помощь пациенту. Комплексный уход включает в себя выполнение врачебных назначений, вмешательства, выполняемые медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи, мероприятия, проводимые совместно с иными участниками мультидисциплинарной бригады, и направлен на достижение наилучших результатов медицинской помощи, в том числе наивысшего качества жизни пациента в конкретной ситуации, связанной со здоровьем» (Часть 1. Общие положения). Звучит очень расплывчато, особенно в части «вмешательства, выполняемые медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи».

На наш взгляд, профессиональный уход – тщательно продуманная и научно-обоснованная система мероприятий, обеспечивающих максимальную адаптацию каждого конкретного пациента к жизни в условиях больницы, в условиях ограниченной свободы; это организованный документируемый многоплановый процесс, направленный на личность, с ее физическими и психосоциальными проблемами. Таким образом, выполнение назначений врача – это только часть ухода, а не полный уход. Сестра у больничной постели для того, чтобы посредством предоставления тяжелобольному и (или) неподвижному пациенту профессионального ухода предотвратить появление таких потенциальных проблем длительного периода неподвижности, как гипостатическая пневмония, гипотрофия мышц, контрактуры суставов, атонические запоры, уроинфекции, пролежни, опрелости, обезвоживание, тромбозы, бессонница, остеопороз, депрессия. Безнравственно не понимать, что никогда не смогут этого сделать родственники; аморально не знать содержания своей собственной профессии.

Уход тогда является профессиональным, когда он отвечает таким необходимым требованиям, как научность, системность, индивидуальность и протоколируемость. В этом понимании тот уход, который сегодня предоставляется нашим пациентам – скорее различные модификации домашнего ухода, то есть хаотическое нагромождение отдельных элементов ухода, бессистемных, научно никак не обоснованных, ниг-

де не документируемых и отвечающих лишь сиюминутным физическим потребностям пациента [3, с. 6].

Мы все время говорим об обретении отечественным сестринским делом статуса автономии и независимости, статуса особой науки [2, с. 19–23]. Но в чем конкретно должна проявляться эта самостоятельность и обретение научного суверенитета? Разве не в организации профессионального, то есть доказательного, ухода за пациентами?

В номенклатуре научных специальностей ВАК до сих пор нет шифра «Сестринское дело». Сестры защищают диссертации, но как организаторы здравоохранения, а не как специалисты в области клинической методологии сестринского процесса.

В последнем федеральном образовательном стандарте перечень профессиональных задач и профессиональных компетенций будущих бакалавров сестринского дела вообще не включает владение современными технологиями клинической сестринской практики.

В результате, стандарты клинического ухода при большинстве различных состояний и заболеваний не расписаны и не разъяснены, не основаны на доказательной базе, не входят в полис ОМС, не внесены в лицензионные требования к ЛПУ, то есть в принципе не поддаются учету и контролю (буквально с двумя исключениями, например, «ГОСТ Р 56819-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней»).

Очень показателен в этом отношении отечественный сериал 2016 г. «Медсестра». Его героиня – старшая медицинская сестра стационара – все время подменяет собой работу врачей. То она на улице запрыгивает в гражданской одежде в скорую, представляется медсестрой и выполняет инъекцию раствора адреналина непосредственно в сердце, в другом эпизоде назначает по телефону пациенту реланиум и так далее. То есть и здесь отсутствует понимание, в чем же состоит новая роль медицинской сестры, в какой именно сфере она должна отстаивать «независимость и автономность своей профессии».

В дискуссиях на тему необходимости организации профессионального ухода за пациентами сестры постоянно ссылаются на занятость – по нормативам на одну палатную медсестру приходится 25 пациентов. Уместно провести аналогию с работой врача, который из-за большого наплыва пациентов решил бы ограничиться диагностикой, а лечение предоставить родственникам, санитаркам и Интернету. Но мы забываем, что в обычном терапевтическом отделении только два-три человека из этих тридцати являются тяжелобольными и (или) неподвижными, нуждаясь в интенсивном внимании в рамках осуществления сестринского процесса. В отношении всех остальных сестра вполне может ограничиться выполнением назначений врача. Отказ сестер под предлогом занятости другой работой от профессионального ухода резко ухудшает прогноз для группы тяжелобольных и неподвижных пациентов. Неквалифицированный уход, предоставляемый родственниками (если они есть и не работают), санитарками (если у них есть желание), соседями по палате, студентами и вообще «всеми, кто маракует хоть немного» – замедляет выздоровление либо приводит к осложнениям и даже летальному исходу. Таким образом, медицинские сестры, перекладывая уход на случайных людей, демонстрируют непонимание сути своей профессии, а также системное нарушение целого ряда правовых и этических документов.

В-четвертых, мы можем поставить сложную задачу воспитания медицинской сестры, искренно страдающей своему пациенту. Сейчас уже ясно, что для преодоления синдрома эмоционального выгорания нужно не отстраняться от пациента, искусственно создавая ситуацию «духовной анестезии», а наоборот, сопереживать и идти ему навстречу. Медсестра должна любить своих пациентов, только тогда она сумеет в любой возможной ситуации защищать

интересы больного – этой функцией сестер милосердия Крестовоздвиженской общины наделил еще незабвенный Н.И. Пирогов. Приведем цитату из Медико-социальной хартии медицинских сестер Российской Федерации: «...мы, медицинские сестры, руководствуемся только одним принципом – интересами пациента, сохранением его здоровья и жизни и несем ответственность за свои действия». Важно организовать медицинскую помощь не так, как это обычно медицинскому персоналу, или отделению, или страховой компании, или научным работникам, или преподавателям клинических дисциплин, а так, как это будет лучше для больного. Если пациент просто переступает порог ЛПУ – он должен сразу попадать в так называемое «помогающее уютное пространство», полное мелких знаков «теплого внимания» к пациенту и его окружению.

В настоящее время опубликовано множество статей, посвященных этике медицинской сестры. Все они охотно рисуют портрет идеальной сестры, подробно перечисляют качества, которыми она должна обладать. Примерно так: «Совестливость и порядочность, великодушные и доброжелательность, благородство и внимание, такт и вежливость во всем, что касается жизни и здоровья пациента, должны выступать как привычные, повседневные нормы поведения» [4, с. 104]. Звучит прекрасно, но что необходимо сделать для того, чтобы не на словах, а на деле получить медицинскую сестру нового типа, а не «Тигру Львовну» (А.Н. Островский) – сестру, способную на «самопринуждение к добру»?

Первая ступень – длительная специальная подготовка студентов в области медико-гуманитарных дисциплин [1, с. 43–47]. Известный психолог, философ, педагог А.Н. Леонтьев говорил, что в современном мире «образование есть обогащение информацией при обнищании духовной жизни человека». Об этом же писал В.Ф. Шаталов: «Обучение без воспитания – острый меч в руках сумасшедшего». Нужны опытные, грамотные преподаватели – нет ничего более вредного, чем формальные общие слова, ложная идеалистическая патетика или пафосные призывы к милосердию на занятиях медико-гуманитарного блока. Возрастная психология характеризует студенческий возраст как период эгоцентризма и относительной жестокости, которому – в силу отсутствия личного негативного опыта – не свойственны сострадание, терпение, умение пожалеть, поставить себя на место другого, тем более больного и старого «чужака». Кумир значительной части студентов медицинских образовательных учреждений – доктор Хаус, а не доктор Гааз. Мало прочитать Этический кодекс медицинской сестры России или просто повесить его на стену, нужно в правильно организованной полемике обсудить каждую его статью. Нужны длинные разговоры студентов с преподавателем, подробный разбор биоэтических прецедентов и казусов («идея, воплощенная в персонажи, доступнее для разума», – утверждал О. Бальзак), «пробуждающие формулировки», игры «в ангела-хранителя пациента» и в «черного пациента», встречи с духовенством, привлечение актеров-коучеров, работа в социальных отделениях в качестве волонтеров... Почему сфотографироваться в обнимку с трупом в анатомическом, держа в руке пирожок, – аморально, а Гюнтер фон Хагенс, публично играющий с расчлененными трупами в карты на выставках «Миры тела» – якобы творец, достойный уважения? Почему нельзя выкладывать в сеть снимки с ампутированными конечностями, ампутированными и вскрытиями, если пациента нельзя идентифицировать? Почему нельзя приносить мобильные телефоны в операционную и ловить покемонов, если скучно? Студентов нужно учить алгоритму действий в конфликтных ситуациях, прежде всего – умению не переводить профессиональный конфликт в межличностную эмоциональную плоскость. Необходимо ознакомить учащихся с общей моделью принятия сложных этических решений:

➤ сбор полной и достоверной информации о конкретном казусе;

- формулирование этической дилеммы;
- поиск прецедентов и их решений;
- анализ ситуации с точки зрения принципов и правил теоретической биоэтики;
- анализ ситуации с точки зрения этических отечественных и международных документов;
- анализ ситуации с точки зрения правовых документов в России и за рубежом;
- выводы и решение;
- в случае сомнений – обращение к мнению коллег и (или) Этического комитета.

Между тем, в настоящее время для преподавателей биоэтики отсутствуют доступные курсы повышения квалификации, и они вынуждены опираться в преподавании исключительно на собственный опыт и разумение.

Второе обязательное условие правильного воспитания медицинского работника, преодоления разрыва теории обучения и практики непосредственной работы – поддержание режима «психической асептики» непосредственно в ЛПУ. Очевидно, что при одинаковых стартовых условиях (финансирование, кадры, и др.) больницы и поликлиники разительно отличаются по уровню своей профессиональной культуры. Если администрация ЛПУ в лице главного врача и главной медицинской сестры требовательна к сотрудникам в отношении соблюдения стандартов корпоративной культуры, проблем с соблюдением этических норм в коллективе не будет. В этом случае медицинские работники сами будут одергивать своего коллегу, позволившего себе нарушить этические нормы поведения, так как грубость одного бросает тень на весь коллектив.

На базе больниц необходимы постоянно действующие совместные врачебно-сестринские этические тренинги – именно совместные, так как сестры постоянно сетуют на разобщенность врачебного и сестринского персонала. Например, почему хотя бы раз в полгода не проводить прекрасную деловую игру «Больница, доброжелательная к пациенту (или ребенку, или инвалиду, или сотруднику)»? Не попробовать общими усилиями ответить на вопрос: «В чем проявляется корпоративная культура данного конкретного ЛПУ? Какие ее составляющие можно улучшить уже сейчас, исходя из принципов пациент-ориентированной медицины?».

Возможно, следует активнее использовать позитивный опыт правительства Москвы, связанный с организацией краудсорсинг-проектов. Например, участники одного из таких проектов предложили более 27 тысяч идей, направленных на улучшение работы столичных поликлиник. Очень важен был не только результат, но и процесс – многие пациенты по-другому взглянули на работу медиков, прибавилось понимания сложности их работы и сочувствия к ним.

Напомним, что в Основах законодательства «Об охране здоровья граждан РФ» в редакции 1993 года имела место статья об организации этических комитетов в ЛПУ, которая в закон 2011 года не была включена. И если деятельность этических комитетов, созданных в соответствии с законодательной базой для этической экспертизы протоколов клинических исследований, стала обычной практикой в нашей стране, то больничные этические комитеты в отсутствие развитого гражданского общества не функционируют, а если и создаются, то преимущественно – на бумаге. Если этические комитеты – как общемировая практика – получили бы распространение в нашей стране при больницах и поликлиниках, медицинские сестры могли бы войти в их состав и консультироваться у специалистов, а не на форумах в Интернете. В отсутствие больничных этических комитетов целесообразно введение в штатное расписание должности консультанта по медицинской этике (как раз в этом году официально ставится вопрос о регистрации трех новых специальностей: биоэтик, медицинский антрополог и специалист-консультант по культурно-этическим компетенциям).

Выводы

1. Формирование позитивных общественных ожиданий от сестринского дела, повышение социаль-

ного статуса медсестер, достойная оплата их труда и законодательная защита – обязательное условие совершенствования сестринской практики.

2. Профессиональный уход за тяжелобольными и (или) неподвижными пациентами – этический долг медицинской сестры. Включение в номенклатуру научных специальностей шифра «сестринское дело» сделает возможным создание научно обоснованных стандартов клинического ухода при различных состояниях и заболеваниях пациента.

3. Вопросы биоэтики, психологии, конфликтологии, педагогики и медицинского права должны быть введены в достаточном объеме в учебные планы и программы всех уровней подготовки сестринского персонала, включая программы последипломного образования.

4. Создание системы повышения квалификации для преподавателей биомедицинской этики позволит повысить уровень медико-гуманитарной культуры учащихся медицинских образовательных учреждений.

5. Повышение требовательности к руководителям сестринской службы в части организации систематического обучения сотрудников этическим стандартам профессиональной деятельности актуально для успешного создания в клиниках бесконфликтной пациент-ориентированной среды.

Мы слишком редко обращаемся к традициям отечественного милосердия. Н.И. Пирогов так характеризовал настоятельницу Крестовоздвиженской общины сестер милосердия Е.М. Бакунину: «Вся ее личность дышала истиной. Полная гармония царствовала между ее чувствами и ее действиями. Она точно составляла слиток всего возвышенного». Полная гармония между чувствами и действиями истинной сестры милосердия – вот тот этический идеал в сестринском деле, к которому все мы должны стремиться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаян С.Р. Формирование единой информационно-образовательной среды – фактор повышения качества сестринской помощи / С.Р. Бабаян, Ю.А. Тарасова // Медсестра. – 2014. – № 11. – С. 43–47.
2. Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела: учебное пособие. – М.: ВУНМЦ, 2002. – 160 с.
3. Панов А.В. Правовые механизмы защиты при посягательствах на честь, достоинство и деловую репутацию медицинской сестры // Гл. мед. сестра. – 2014. – № 10. – С. 15–30.
4. Рехачев В.П. Этика и деонтология в хирургии // Этические проблемы современной медицины: сб. науч. тр. межрегион. науч.-практ. конф. – Архангельск, 2013. – С. 103–105.
5. Шпирна А.И. Сестринский процесс. Универсальные потребности человека в здоровье и болезни: учебное пособие для преподавателей и студентов / А.И. Шпирна, Е.Л. Коноплева, О.Н. Евстафьева. – М.: ВУНМЦ, 2002. – С. 93.

REFERENCES

1. Babayan S.R. Formirovanie edinoj informacionno-obrazovatel'noy sredy – faktor povysheniya kachestva sestrinskoy pomoshchi [The formation of a unified information and educational environment - a factor in improving the quality of nursing care]. *Medsestra* [Nurse], 2014, no. 11, pp. 43–47. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Dvoynikov S.I., Karaseva L.A., Ponomareva L.A. *Teoriya sestrinskogo dela: uchebnoe posobie* [Theory of nursing: a textbook]. Moscow: VUNMC, 2002. 160 p.
3. Panov A.V. *Pravovye mekhanizmy zaschity pri posyagatel'stvah na chest', dostoinstvo i delovuyu reputatsiyu medicinskoy sestry* [Legal protection mechanisms in cases of infringement of the honor, dignity and business reputation of a nurse]. *Gl. med. sestra* [Home Nurse], 2014, no. 10, pp. 15–30. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Rekhachev V.P. *Etika i deontologiya v hirurgii* [Ethics and deontology in surgery]. In *Eticheskie problemy sovremennoy mediciny: sb. nauch. tr. mezhhregion. nauch.-prakt. Konf* [Ethical problems of modern medicine]. Arhangel'sk, 2013. pp. 103–105.
5. Shpirna A.I. *Sestrinskiy process. Universal'nye potrebnosti cheloveka v zdorov'e i bolezni: uchebnoe posobie dlya prepodavateley i studentov* [Nursing process. Universal human needs in health and disease: a manual for teachers and students]. Moscow: VUNMC, 2002. p. 93.

УДК 624.253.618

АВТОРИТЕТНОЕ УЧАСТИЕ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ В ПРОГРАММЕ ЮНЕСКО ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ И ИНФОРМАЦИИ В ОБЛАСТИ БИОЭТИКИ

О.И. Кубарь

*доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории этиологии и контроля вирусных инфекций
ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, член комитета по биоэтике при Комиссии РФ
по делам ЮНЕСКО, член правления Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО,
г. Санкт-Петербург, okubar@list.ru*

Г.Л. Микиртичан

*доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского
государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, humdisc@mail.ru*

Н.Н. Седова

*доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, зав. кафедрой философии, биоэтики и права
с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, зав. отделом этической,
правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра, Волгоград,
nns18@yandex.ru*

А.З. Лихтшангоф

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского
государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, zinovich@list.ru*

В работе представлены этапы многолетнего сотрудничества ведущих образовательных кафедр РФ в области биоэтики с уполномоченными органами системы ЮНЕСКО, работающими в сфере этики науки и технологий. Дан анализ основных направлений деятельности по созданию и развитию образовательных, информационных и дискуссионных ресурсов изучения универсальных этических принципов, провозглашенных «Всеобщей декларацией о биоэтике и правах человека» (ЮНЕСКО, 2005). В статье всесторонне освещено значение процесса широкого обсуждения вопросов реализации этических принципов на специализированных конференциях, организованных в рамках работы отделений кафедры по образованию в области биоэтики ЮНЕСКО. Особая роль отводится тематическим и системным публикациям по проблеме биоэтики и представлению приоритетов этического мышления на различных административных и нормативно-управленческих площадках с целью формирования гуманитарного влияния и строительства гармонизированного пространства применения этических принципов во всех областях биологии и медицины. Показано значение журнала «Биоэтика» как новаторской площадки по созданию широкого доступа к фундаментальным знаниям и инициативным проектам в области биоэтики для представителей медицинской аудитории и смежных профессий.

Ключевые слова: кафедра биоэтики ЮНЕСКО, преподавание биоэтики, информационное обеспечение, Всемирный день биоэтики, права человека в медицине, равенство, справедливость.

AUTHORITATIVE PARTICIPATION OF THE RUSSIAN MEDICAL CENTRES IN UNESCO'S PROGRAMS FOR EDUCATION, TRAINING AND INFORMATION IN THE FIELD OF BIOETHICS

O.I. Kubar

*PhD, leading scientific researcher, laboratory for etiologic and control of viral infections, Saint-Petersburg Pasteur Institute,
Member of bioethics committee Russian UNESCO Commission; EFGCP Board member; ex-member IBC Board UNESCO,
St. Petersburg, okubar@list.ru*

G.L. Mikirtichan

*MD, PhD, professor, head of Chair of Humanities and Bioethics, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University,
St. Petersburg, humdisc@mail.ru*

N.N. Sedova

*Doctor of Philosophical Sciences, Doctor of Juridical Sciences, full Professor, head of the Department of the ethical, legal
and sociological expertise of «Volograd Medical Research Center», Head of the Department of Philosophy, Bioethics and
Law with a course of Sociology of Medicine of «Volograd state medical university», Volgograd, nns18@yandex.ru*

A.Z. Likhtshangof

*MD, PhD, associate professor, Chair of Humanities and Bioethics, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University,
St. Petersburg, zinovich@list.ru*

In the article, the stages of long-term cooperation of the leading Russian educational chairs in bioethics with the responsible for ethics of science and technologies bodies in UNESCO are presented. The analysis of the main activities on creation and development of educational, information and debatable resources concerning the universal ethical principles proclaimed in the Universal declaration UNESCO (2005) «On bioethics and human rights» is given. The value of the process related with an extensive discussion the questions for realization of ethical principles at the specialized conferences organized by UNESCO Chair in Bioethics is comprehensively consecrated. The special part is assigned to thematic and system publications

on a problem of bioethics and representation of priorities of ethical thinking on various administrative platforms for the purpose of formation of humanitarian influence and construction of the harmonized space for application of ethical principles in all areas of biology and medicine. Value of the magazine «BIOETHICA», as innovative platform on creation of broad access to fundamental knowledge and initiative projects in the field of bioethics for representatives of medical audience and adjacent professions is shown.

Key words: UNESCO Chair in Bioethics, education and information in the field of bioethics, World Day of Bioethics, human rights in medicine, justice and equality.

Одной из ключевых целей журнала «Биоэтика» является содействие процессу образования в динамично развивающейся, междисциплинарной области медицинских знаний – биоэтике. При этом образование в данной сфере подразумевает под собой не только, а может быть, и не столько комплекс знаний и фактов, сколько умение размышлять, анализировать, находить подходы и оптимальные гуманитарные решения. Именно этим обстоятельством объясняется систематическое обращение авторов журнала к процессу и сути образования в области биоэтики [1, 7]. Особенностью данной работы следует считать ее интегральный характер и первичную мотивацию создания условий гармонизированного, во всеобщем формате действия универсальных этических принципов, информационно-дискуссионного поля для изучения и реализации этих принципов с целью более глубокого понимания современными и последующими поколениями медиков во всем мире этических последствий научно-технического прогресса.

Подобная задача, в глобальном масштабе, является приоритетом Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры – ЮНЕСКО. Основная цель ЮНЕСКО заключается в укреплении мира и безопасности путем расширения сотрудничества народов в области образования, науки и культуры в интересах обеспечения всеобщего уважения, справедливости, соблюдения законности, прав человека и основных свобод, провозглашенных Уставом ЮНЕСКО, для всех народов, без различия расы, пола, языка или религии. В структуре ЮНЕСКО предусмотрено наличие специальных отделов и комитетов, призванных в своей деятельности стремиться к содействию разработке и продвижению этических стандартов науки и новых технологий. К таковым структурам относятся: отдел этики науки и технологий, Международный комитет по биоэтике (МКБ), Межгосударственный комитет по биоэтике (МГКБ), Международная комиссия по этике научных знаний и технологий (КОМЕСТ).

Для осуществления своего мандата Уполномоченные на то структуры ЮНЕСКО проводят перспективные исследования форм образования в области биоэтики, занимаются продвижением и обменом знаний, необходимых для достижения гуманитарных форм развития наук и новых технологий; осуществляют нормативную деятельность путем подготовки и принятия международных актов и обязательных к исполнению рекомендаций, способствующих и гарантирующих соблюдение прав и свобод человека в условиях научного прогресса в современном и завтрашнем мире.

На уровне государств – членов ЮНЕСКО данная политика осуществляется через представительства в структурах организации и на основе деятельности целого ряда специальных учреждений, основным из которых является государственная комиссия по делам ЮНЕСКО.

С момента создания ЮНЕСКО в 1945 г. РФ имеет динамичный, двусторонний контакт путем деятельности Постоянного представительства при ЮНЕСКО; русский язык является одним из 5 официальных языков организации. В вопросах исследования этических последствий научного прогресса в области медицины опыт РФ представляет несомненный интерес и востребован международным сообществом. В свою очередь, инновационное развитие медицинской науки и технологий в РФ нельзя представить без творческого взаимодействия с международным сообществом и опорой на универсальные этические принципы.

26 Указанным целям служит предпринятая нами и представленная ранее в серии специальных аналити-

ческих и нормативно-управленческих работ системная интеграция с гармонизированной образовательной программой ЮНЕСКО в области этики «ЕЕР» (Ethics Education Program) [5]. Ключевой этап интеграции, обеспечивающий концентрацию усилий на уровне государственной поддержки образования и профессиональной подготовки в области биоэтики, а также поощрение создания программ распространения информации и знаний о биоэтике был осуществлен нами в 2009 г. в рамках совместного проекта Форума комитетов по этике государств-участников СНГ (ФКЭСНГ), Бюро ЮНЕСКО в Москве и Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ (МПА СНГ). Реализации проекта способствовал глубокий предварительный анализ состояния преподавания биоэтики в системе медицинского образования в государствах-участниках СНГ [2]. В ходе работы в странах региона были выявлены различия в статусе, формах и методах обучения биоэтики. При этом было установлено, что существующие программы не всегда отражают статус биоэтики как социального института современного общества, не учитывают сопряженность биоэтического знания с философским осмыслением нравственно-этических проблем при трактовке основных биоэтических вызовов, не ориентированы на разбор реальных клинических ситуаций, что сдерживает процесс формирования ответственной и нравственно развитой личности будущего врача. В целом, на основе аналитического исследования, была выявлена насущная необходимость совершенствования и гармонизации учебных программ по биоэтике, действующих в странах региона с образовательной программой ЮНЕСКО. Для широкого обсуждения целей ЕЕР и приемлемости адаптации программы в ведущих университетах РФ был осуществлен «пилотный» проект по введению образовательной программы ЮНЕСКО в области этики в учебный процесс и издан курс биоэтики ЮНЕСКО на русском языке. Основным итогом этих программных усилий явилось формирование концепции и инфраструктуры сотрудничества и подготовки преподавательских кадров.

Неоценимый вклад в дело развития образовательных проектов и программ в области биоэтики и прав человека внесла поддержка МПА СНГ инициативы по разработке законодательной концепции сотрудничества, направленной на приведение медицинского образования в соответствие с базовой учебной программой ЮНЕСКО по биоэтике. Стратегическое назначение проделанных аналитических, методологических и нормативных действий заключается в создании базовой готовности ведущих кафедр биоэтики медицинских вузов РФ к объединению усилий по развитию всеобъемлющего и системного подхода к интеграции принципов биоэтики и прав человека в образовательную политику и учебные программы подготовки медиков [6].

Конкретными шагами, обеспечивающими осуществление столь глобальной цели, в значительной мере, служит идеология преподавания биоэтики в системе межгосударственного сотрудничества, разработанная кафедрой биоэтики ЮНЕСКО, созданной в 2001 г. на базе Международного центра здравоохранения, права и этики Университета Хайфы, Израиль (руководитель профессор А. Карми) [9]. Данная кафедра наделена полномочиями ЮНЕСКО координировать и стимулировать создание международной сети институтов для подготовки специалистов в области преподавания биомедицинской этики, с конечной задачей интеграции биоэтики в образование и подготовку врачей любой специальности для формирования приверженности основным этическим

принципам и гуманитарной ответственности науки.

К настоящему времени Международная сеть Кафедры биоэтики ЮНЕСКО уже включает более 110 отделений (units – образовательных единиц) на пяти континентах; создан солидный арсенал унифицированных учебных пособий. Данный процесс имеет динамический характер, привлекательность сотрудничества обеспечивается высоким уровнем работы, и число отделений по всему миру постоянно растет. Развитие инфраструктуры безусловно способствуют совершенствованию преподавания биоэтики, усилению эффективного международного сотрудничества, развитию взаимоотношений между высшими учебными заведениями и другими партнерами, что, в конечном счете, способствует внедрению биоэтической теории в медицинскую практику. В рамках Международной сети кафедры биоэтики ЮНЕСКО создан Международный форум преподавателей, основными задачами которого являются: пропаганда принципов и подходов, сформулированных во «Всеобщей декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека» (2005); продвижение совместных проектов при соблюдении принципа открытости; повышение качества образования в данной области [10].

Отделения кафедры ЮНЕСКО по образованию в области биоэтики созданы и успешно действуют в различных странах региона СНГ. В РФ отделения были впервые сформированы нами в 2012 г. на базе двух ведущих учреждений (Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград и Государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург).

Убедительной и красноречивой иллюстрацией основополагающей синхронности и универсальности подходов к обучению и информированию по вопросам биоэтики служат примеры деятельности отделений кафедры биоэтики ЮНЕСКО РФ в Санкт-Петербурге и Волгограде.

Одним из центральных направлений деятельности является организация и проведение «Всемирного дня биоэтики (ВДБ)», который по инициативе ЮНЕСКО отмечается с 2016 г. ежегодно в день 19 ноября, что связано с датой принятия в этот день Всемирной декларации ЮНЕСКО. Концепция ВДБ основана на идеи общечеловечности всех причастных к проблеме образования в области биоэтики организаций и лиц во всем мире к осмыслению и продвижению основных этических принципов, провозглашенных в Декларации 2005 г.

Темой первого Всемирного дня биоэтики, который состоялся 19 октября 2016 г. более чем в 100 отделениях кафедры биоэтики ЮНЕСКО, расположенных на всех континентах нашей Земли, стало обсуждение статьи Декларации ЮНЕСКО «Достоинство и права человека».

В Санкт-Петербурге ВДБ был организован и проведен кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики СПб ГПМУ, являющейся отделением кафедры ЮНЕСКО. Самостоятельной целью его проведения стало привлечение внимания преподавателей и студентов университета и других медицинских вузов Санкт-Петербурга к этическим проблемам, возникшим в связи с бурным развитием разных областей науки, в том числе медицины и биотехнологий. Организаторы старались донести до участников мысль о том, что без этического анализа и осмысления этих проблем и их последующего законодательного оформления возможно нанесение огромного вреда достоинству и правам человека, а также человечеству в целом. В работе приняли участие специалисты по биоэтике, представители администрации университета, все преподаватели кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики СПб ГПМУ, многие студенты СПб ГПМУ, а также гости из 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова и члены Этического комитета СПб НИИЭМ им. Пастера. Согласно всеобщей структуре проведения ВДБ программа включала выступления по теме дня приглашенного лектора (признанного

специалиста в области биоэтики), фундаментальные выступления по теме и представление докладов студентов с последующим широким обсуждением.

Особое внимание и интерес, безусловно, представляла часть конференции, на которой были представлены сообщения, подготовленные студентами Университета. Широкому обсуждению также были подвергнуты подготовленные студентами постеры, которые отражали исторические аспекты становления медицинской этики (биоэтики), важность принципа уважения человеческого достоинства и соблюдения прав человека, в том числе прав ребенка. Детальное изложение всех программных выступлений на ВДБ 2016 г. в Санкт-Петербурге было представлено в публикации в Вестнике Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО [3].

19 октября 2017 г. в СПб ГПМУ уже традиционно, во второй раз отмечали Всемирный день биоэтики, темой которого был избран один из основополагающих принципов Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека (2005): «Равенство, справедливость и равноправие». Согласно этому принципу должно обеспечиваться соблюдение принципа равенства всех людей в том, что касается их достоинства и прав, для целей справедливого и равноправного обращения с ними; никакое отдельное лицо или группа не должны подвергаться дискриминации или стигматизации на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод; следует уделять должное внимание важному значению культурного разнообразия и плюрализма; с этой целью должны поощряться солидарность между людьми и международное сотрудничество [4].

Равноправие неразрывно связано с равенством и представляет собой наличие у всех одних и тех же прав, независимо от пола, национальности, социального положения и других факторов. Достижение справедливости возможно при равенстве и равном распределении выгод и тягот совместной жизни людей в обществе. Разумеется, все эти три понятия трудно безукоризненно применить к какому-либо государству в наши дни. Но общество всегда стремилось к этому и надеялось на установление порядка во всех сферах своей жизни. Справедливость в здравоохранении и медицине тесно связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья населения и с формой организации медицинской помощи. Нельзя считать справедливой любую форму организации здравоохранения, если она не может обеспечить доступной медицинской помощью всех нуждающихся. Таким образом, развитие здравоохранения неотделимо от решения проблемы социальной справедливости.

В ходе конференции были представлены интересные сообщения, подготовленные студентами СПб ГПМУ под руководством преподавателей кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики: «Справедливость и качество жизни, связанное со здоровьем», «Реализация принципа справедливости при оказании помощи больным ВИЧ/СПИД» и «Анализ судебной практики о дефектах оказания медицинской помощи».

Завершил конференцию доклад на тему «Воспитание студентов-медиков в духе этно-конфессиональной толерантности как основа соблюдения принципа равноправия при оказании медицинской помощи», основанный на результатах социологического опроса студентов СПб ГПМУ. Автором было опрошено по специально разработанной анонимной анкете 397 студентов-медиков 1, 3 и 6 курсов разных этно-конфессиональных групп. Выявлено отношение респондентов к представителям разных рас, национальностей, религиозных конфессий, в том числе к иностранным студентам, обучающимся в данном вузе. Анализ данных анкетирования продемонстрировал, что, хотя в целом современные студенты-медики настроены терпимо к представителям разных рас, национальностей, религиозных конфессий, в том числе к иностранным студентам, обучающимся в данном вузе,

имеется ряд проблем (недостаточно обоснованные оценочные суждения о национальных особенностях, знакомство с деятельностью националистических группировок и т. д.), требующих активизации воспитательной работы в области повышения толерантности студентов.

В рамках конференции была также проведена выставка постеров по теме «Равенство, справедливость и равноправие при оказании медицинской помощи», подготовленных студентами.

Если в СПб ГПМУ предпочтение отдается конференционным формам работы, то в Волгоградском государственном медицинском университете упор делается на интерактивные формы. Так, регулярно отмечаемый в вузе Всемирный день биоэтики включает встречи студентов с врачами-практиками для обсуждения актуальных этических проблем современной медицины. В прошлом году, например, особый интерес вызвало обсуждение нравственных сюжетов персонализированной медицины, этическая аргументация внедрения в медицинскую практику технологий «human enhancement», проблем биоэтической поддержки медицинского туризма. Причем, эти обсуждения не единовременный акт, они являются итогом работы преподавателей и студентов в течение всего года. Так, например, в 2016 г. проводилось лонгитюдное социологическое исследование «Отношение иностранных студентов к технологиям улучшения человека», которое позволило выйти на проблему дифференцированного восприятия новых медицинских достижений представителями разных этносов и конфессий. В 2017 г. было закончено проведение трехлетнего социологического исследования «Отношение населения к персонализированной медицине», которое показало низкую степень информированности людей в данном вопросе и расхождение в оценке врачей и пациентов в понимании целей и задач персонализированной медицины. Оказалось, что пациенты понимают под персонализированным подходом учет индивидуальных ценностей, а врачи – учет генотипических особенностей пациента. Снять противоречие в этом вопросе помогает биоэтика, разрабатывая концепцию равенства не как унификационную парадигму, а как равенства людей в признании их уникальности.

Редакция журнала «Биоэтика» в течение года проводит круглые столы по актуальным этическим проблемам медицины, итоговая информация публикуется в журнале и представляется профессорско-преподавательскому коллективу в программе Всемирного дня биоэтики.

Большое внимание уделяется обеспечению образовательного процесса необходимыми информационными материалами. Так, на сайте Волгоградского Unit Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО (Хайфа) регулярно публикуются информационные материалы на русском и английском языках. В 2016 г. издательство «КноРус» (Москва) выпустило учебник «Биоэтика» для медицинских вузов России, разработанный в Волгоградском государственном медицинском университете.

Активно сотрудничают члены Unit с международными биоэтическими изданиями, а также публикуют свои материалы в сборниках биоэтических форумов разных уровней [11, 12, 13], регулярно направляются отчеты и сообщения в издания Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО (Хайфа) [14, 15, 16].

В настоящее время в медицинских вузах России наблюдается негативная тенденция сокращения «непрофильных» дисциплин, куда (хочется думать, по ошибке, а не по злому умыслу) попала и биоэтика. В ФУМО по медицинским наукам нет специалистов по биоэтике, количество учебных часов на ее изучение постоянно сокращается, до сих пор не открыты курсы повышения квалификации для преподавателей биоэтики. В этих условиях особенно важно наше сотрудничество с Международной сетью кафедр биоэтики ЮНЕСКО (Хайфа) и активизация деятельности российских Units.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубарь О.И. Роль «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» (ЮНЕСКО, 2005) в продвижении этических принципов научной и практической деятельности в биологии и медицине в регион // *Биоэтика*. – 2013. – № 1 (11). – С. 14–17.
2. Кубарь О.И., Микиртичан Г.Л., Никитина А.Е. Состояние преподавания биоэтики в системе медицинского образования в государствах – участниках СНГ. – СПб: Издательство НИИЭМ им. Пастера, 2010. – 200 с.
3. Микиртичан Г.Л., Лихтшангоф А.З. Всемирный день биоэтики в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете // *Вестник Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО*. – 2016. – № 30. – С. 148–157.
4. Микиртичан Г.Л., Лихтшангоф А.З. Всемирный день биоэтики в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете // *Медицина и организация здравоохранения*. – 2017. – Т.2. – № 1. – С. 62–67.
5. Программа ЕЕР, UNESCO Documents and Publications [Электронный ресурс]. URL: <http://portal.unesco.org>; <http://unesdoc.unesco.org/ulis>.
6. Рекомендации МПА СНГ «О сотрудничестве государств-участников СНГ по приведению медицинского образования в соответствие с обучающей программой ЮНЕСКО по биоэтике» [Электронный ресурс]. Постановление № 32-10 от 14 мая 2009 г. // Информационный бюллетень МПА СНГ. – 2009. – № 44. – С. 220–226. URL: <http://www. iacis.ru>.
7. Седова Н.Н. Судьба биоэтики в медицинском образовании современной России под угрозой // *Биоэтика*. – 2018. – № 1 (21). – С. 5–7.
8. Тен Хаге Х. Деятельность ЮНЕСКО в области биоэтики // *Казанский медицинский журнал*. – 2008. – № 4 (89). – С. 377–383.
9. Newsletter «Bioethical Voices». – 2014. – Iss. 1, September. – 31 p.
10. Newsletter «Bioethical Voices». – 2018. – Iss. 13, April. – 176 p.
11. Sedova N., Petrov A. Ethical and legal regulation of medicine in Russia: historical overview // *Medicine and Law*. – 2016. – Vol. 35. – № 2. – P. 115–129.
12. Sedova N., Donika A. Some Specifics of Civil Liability Measures Application for Improper Medical Treatment // *Medical Law, Bioethics and Multiculturalism. 23rd Annual World Congress on Medical Law*. – Baku, Azerbaijan July 10–13, 2017. – P. 99.
13. Sedova N.N. Ethnic bioethics in education // *International Conference of UNESCO «Bioethics, Medical Law and Public Health»*. – Jerusalem, 5–8 January, 2015. – P. 87–88.
14. Donika A. Russia – (Volgograd) – Unit. World Bioethics Day 2016. *Bioethical Voices* // Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics Haifa. – 2016. – September, Year 2, Iss. 6. – P. 95–96.
15. Donika A. Russia – (Volgograd) – Unit. World Bioethics Day 2016 // *Bioethical Voices. Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics Haifa*. – 2016. – May, Year 2, Iss. 6. – P. 114–115.
16. Udofia Joel, Donika A. Human Cloning: an Unnecessary Harm to Humanity // *Bioethical Voices. Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics Haifa*. – 2016. – September, Year 2, Iss. 6. – P. 121–122.

REFERENCES

1. Kubar' O.I. Rol' «Vseobschey deklaracii o bioetike i pravah cheloveka» (YUNESKO, 2005) v prodvizhenii eticheskikh principov nauchnoy i prakticheskoy deyatel'nosti v biologii i medicine v region [The role of the “Universal Declaration on Bioethics and Human Rights” (UNESCO, 2005) in promoting the ethical principles of scientific and practical activities in biology and medicine in the region]. *Bioetika* [Bioethics], 2013, no. 1 (11), pp. 14–17. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Kubar' O.I., Mikirtichan G.L., Nikitina A.E. Sostoyanie prepodavaniya bioetiki v sisteme medicinskogo obrazovaniya v gosudarstvakh – uchastnikakh SNG [The state of teaching bioethics in the system of medical education in the CIS countries]. SPb: Izdatel'stvo NIEM im. Pastera, 2010. 200 p.
3. Mikirtichan G.L., Lihtshangof A.Z. Vsemirnyy den' bioetiki v Sankt-Peterburgskom gosudarstvennom peditricheskom medicinskom universitete [World Day of Bioethics at St. Petersburg State Pediatric Medical University]. *Vestnik Komissii RF po delam YUNESKO* [Bulletin of the Commission of the Russian Federation for UNESCO], 2016, no. 30, pp. 148–157. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Mikirtichan G.L., Lihtshangof A.Z. Vsemirnyy den' bioetiki v Sankt-Peterburgskom gosudarstvennom peditricheskom

medicinskom universitete [World Bioethics Day at St. Petersburg State Pediatric Medical University]. *Medicina i organizacija zdravoohraneniya* [Medicine and Healthcare Organization], 2017, Vol. 2, no. 1, pp. 62–67. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Programma EEP, UNESCO Documents and Publications [Elektronnyy resurs] [EEP, UNESCO Documents and Publications]. URL: <http://portal.unesco.org>; <http://unesdoc.unesco.org/ulis>.

6. Rekomendacii MPA SNG «O sotrudnichestve gosudarstv-uchastnikov SNG po privedeniyu medicinskogo obrazovaniya v sootvetstvie s obuchayushey programmoy YUNESKO po bioetike» [Elektronnyy resurs] [Recommendations of the IPA CIS «On cooperation of the CIS member states on bringing medical education in line with the UNESCO Bioethics Education Program»]. *Postanovlenie № 32-10 ot 14 maya 2009 g. Informacionnyy byulleten' MPA SNG*, 2009, no. 44, p. 220–226. URL: <http://www.iacis.ru>.

7. Sedova N.N. Sud'ba bioetiki v medicinskom obrazovanii sovremennoy Rossii pod ugrozoy [The fate of bioethics in medical education in modern Russia is under threat]. *Bioetika* [Bioethics], 2018, no. 1 (21), pp. 5–7. (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Ten Have H. Deyatel'nost' YUNESKO v oblasti bioetiki [UNESCO activities in the field of bioethics]. *Kazanskiy medicinskiy zhurnal* [Kazan Medical Journal], 2008, no. 4 (89), pp. 377–383. (In Russ.; abstr. in Engl.).

9. Newsletter «Bioethical Voices», 2014, Iss. 1, September, 31 p.

10. Newsletter «Bioethical Voices», 2018, Iss. 13, April, 176 p.

11. Sedova N., Petrov A. Ethical and legal regulation of medicine in Russia: historical overview. *Medicine and Law*, 2016, Vol. 35, no. 2, pp. 115–129.

12. Sedova N., Donika A. Some Specifics of Civil Liability Measures Application for Improper Medical Treatment. *Medical Law, Bioethics and Multiculturalism. 23rd Annual World Congress on Medical Law, Baku, Azerbaijan July 10–13, 2017*, P. 99.

13. Sedova N.N. Ethnic bioethics in education. *International Conference of UNESCO «Bioethics, Medical Law and Public Health»*, Jerusalem, 5–8 January, 2015, pp. 87–88.

14. Donika A. Russia – (Volgograd) – Unit. *World Bioethics Day 2016. Bioethical Voices. Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics Haifa*, 2016, September, Year 2, Iss. 6, pp. 95–96.

15. Donika A. Russia – (Volgograd) – Unit. *World Bioethics Day 2016. Bioethical Voices. Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics Haifa*, 2016, May, Year 2, Iss. 6, pp. 114–115.

16. Udofia Joel, Donika A. Human Cloning; an Unnecessary Harm to Humanity. *Bioethical Voices. Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics Haifa*, 2016, September, Year 2, Iss. 6, pp. 121–122.

УДК 378.1:614

ЭТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ЕВРОПЕЙСКАЯ ПРАКТИКА

А.Д. Доника

*доктор социологических наук, доцент, профессор кафедры философии, биоэтики и права
Волгоградского государственного медицинского университета, старший научный сотрудник отдела этической,
правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра, г. Волгоград,
addonika@yandex.ru*

П.Р. Ягунов

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, biosoc2008@yandex.ru*

И.М. Чеканин

*кандидат медицинских наук, доцент, директор медицинского колледжа
Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, biosoc2008@yandex.ru*

И.В. Шестакова

*старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента
Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, biosoc2008@yandex.ru*

В статье обсуждается проблема биоэтического образования в медицинских вузах. Актуальность темы обусловлена потребностью общества сбалансировать выгоды и риски применения современных биологических или медицинских технологий, что требует более широкой имплементации принципов биоэтики в современную медицинскую практику. Осведомленность будущих специалистов медицинского профиля о проблемах и рисках в рассматриваемом поле позволит уменьшить возможность злоупотребления этими технологиями. Как показал обзор отечественной и зарубежной литературы, цели биоэтического образования характеризуются широким диапазоном, основные из них содержатся в отечественных учебных программах по биоэтике для медицинских вузов и включают такие элементы, как развитие медицинских знаний в междисциплинарном контексте; привитие навыков анализа соотношения риска/выгоды, а также критического мышления и принятия решений, рефлексивных процессов; личностное нравственное развитие. В европейской практике применяются разные методы обучения для различных целевых групп, такие как лекции, семинары, нарративы, ролевые игры, презентации и их анализ, составление эссе, обсуждение в малых группах, онлайн-новостные дискуссионные форумы, информационные бюллетени, дискуссии и др., которые играют важную роль в достижении вышеуказанных целей. В то же время для каждой страны характерны свои культурные и ментальные ценности, которые определяют свои тенденции и ключевые моменты в развитии педагогических технологий биоэтического образования. Проведенный анализ «моральных игр», применяемых в рамках биоэтического образования медицинских специалистов по программе ЮНЕСКО, позволил дать им общую характеристику, в виде предлагаемой в статье схемы, содержащих такие элементы, как название игры, ее цель, требования к проведению, описание, рекомендации. Представленная в статье характеристика нескольких «моральных игр» демонстрирует их целевую определенность и в то же время простоту и доступность применения в педагогической практике обучения биоэтике. Это позволяет рекомендовать их для включения в национальную практику, при условии дальнейшего анализа и адаптации.

Ключевые слова: биоэтическое образование, программа обучения, игровые методы, интерактивное обучение, студенты-медики.

ETHICAL EDUCATION IN THE MEDICAL UNIVERSITY: EUROPEAN PRACTICE

A.D. Donika

*doctor of Sociology, associate professor, professor of the department of Philosophy, Bioethics and Law with a Course of
Medical Sociology, Volgograd State medical University, Senior Researcher in the Department of ethical, judicial and
sociological expertise in medicine, Volgograd Medical Research Center, Volgograd, addonika@yandex.ru*

P.R. Yagupov

PhD, Associate Professor of the Department of Internal Medicine of Pediatric and Dental Schools, Volgograd State medical University, Volgograd, biosoc2008@yandex.ru

I.M. Chekanin

PhD, Associate Professor, Director of Medical College, Volgograd State medical University, Volgograd, biosoc2008@yandex.ru

I.V. Shestakova

senior lecturer of the department of Economics and Management, Volgograd State medical University, Volgograd, biosoc2008@yandex.ru

The article discusses the problem of bioethical education in medical universities. The urgency of the topic is conditioned by the society's need to balance the benefits and risks of applying modern biological or medical technologies, which requires a broader implementation of the principles of bioethics in modern medical practice. Awareness of future medical specialists about the problems and risks in the field under consideration will reduce the possibility of abuse of these technologies. As the review of domestic and foreign literature has shown, the goals of bioethical education are characterized by a wide range, the main ones of which are contained in the domestic bioethics curricula for medical universities and contain such elements as the development of medical knowledge in an interdisciplinary context; inculcating the skills of analyzing the risk/benefit ratio, as well as critical thinking and decision making, reflexive processes; personal moral development. In European practice, various teaching methods for different target groups are used, such as lectures, seminars, narratives, role plays, presentations and analysis, writing essays, small group discussions, online discussion forums, newsletters, discussions, etc. that play an important role in achieving the above goals. At the same time, each country has its own cultural and mental values, that determine its tendencies and key moments in the development of pedagogical technologies of bioethical education. The analysis of the moral games used in the bioethical education of medical specialists under the UNESCO program allowed them to give a general description, in the form of a scheme proposed in the article, containing elements such as the name of the game, its purpose, requirements for conducting, description, recommendations. The characterization of several «moral games» presented in the article demonstrates their purposeful certainty and, at the same time, the simplicity and availability of the application in pedagogical practice of teaching bioethics. This allows them to be recommended for inclusion in national practice, subject to further analysis and adaptation

Key words: bioethical education, training program, game methods, interactive training, medical students.

Введение. Биоэтика может быть определена как исследование этических проблем и принятия решений, связанных с исследованием живых организмов. Биоэтика включает в себя медицинскую этику, курс которой давно интегрирован в систему профессионального образования для медицинских специалистов [1]. В то же время потребность общества сбалансировать выгоды и риски применения биологических или медицинских технологий требует более широкой имплементации принципов биоэтики в современную медицинскую практику [2, 3]. Осведомленность будущих специалистов медицинского профиля о проблемах и рисках в рассматриваемом поле позволит уменьшить возможность злоупотребления этими технологиями [4, 5].

Цель нашей работы – анализ педагогических методов, приемов и техник, применяемых в европейских программах по биоэтике и оценка возможности их интеграции в отечественные учебные программы по биоэтике для медицинских вузов.

Материал и методы исследования. В нашей работе мы сфокусировали свой исследовательский интерес на тех педагогических приемах и методах, которые известны в европейской практике преподавания как «моральные игры». В соответствии с целью работы был проведен контент-анализ зарубежных источников по проблеме биоэтического образования медицинских специалистов. На основе полученных данных осуществлен компаративный анализ адаптированных за рубежом педагогических методов интерактивного обучения биоэтике в высших учебных заведениях медицинского профиля.

Результаты исследования и их обсуждение. Как показал обзор отечественной и зарубежной литературы, цели биоэтического образования характеризуются широким диапазоном, основные из них содержатся в отечественных учебных программах по биоэтике для медицинских вузов:

1. Развитие медицинских знаний в междисциплинарном контексте, включающих понимание передовых биологических понятий, возможность интегрировать использование научных знаний, фактов, этических принципов и аргументаций при обсуждении случаев, связанных с моральными дилеммами.

2. Привитие навыков анализа соотношения риска/выгоды, а также критического мышления и принятия решений, рефлексивных процессов. Развитие навыков творческого мышления, а также навыков для развития «осознанного выбора».

3. Личностное нравственное развитие, включающее повышение уважения ко всем формам жизни, развитие чувства моральной ответственности и ценностей, включая честность и ответственность.

В европейской практике применяются разные методы обучения для различных целевых групп, такие как лекции, семинары, нарративы, ролевые игры, презентации и их анализ, составление эссе, обсуждение в малых группах, онлайн-дискуссионные форумы, информационные бюллетени, дискуссии и др., которые играют важную роль в достижении вышеуказанных целей.

В то же время для каждой страны характерны свои культурные и ментальные ценности, которые определяют свои тенденции и ключевые моменты в развитии педагогических технологий биоэтического образования, в частности, в поиске методик важным этапом является *определение целевой аудитории*.

Например, для студентов-медиков, как будущих врачей, основной целью биоэтического образования может быть формирование таких «моральных компетентностей», как сострадание и эмпатия. Как известно, медицинское образование направлено не только на формирование операциональных навыков, необходимых для медицинской практики, но и на привитие нравственных ценностей профессии. Между этими двумя целями в педагогическом контексте есть принципиальная разница. Компетентность может быть измерена более или менее объективно. Например, способность врача диагностировать болезнь, назначать правильную схему лечения и др. вполне может быть измерена по результатам тестирования, аттестации и других процедур. Следовательно, считается ли данное действие сострадательным или нет, зависит от многих аспектов. Сострадание или доброта – это оценочное суждение, сделанное другими во взаимодействии, и поэтому оно зависит от характера взаимодействия, а также от личностных особенностей этого «другого» как эксперта. Несмотря на то, что *поиск оценочных средств* в биоэтическом образовании представляется достаточно сложным, в то же время, поскольку цели знаний, навыков и личного морального развития биоэтического образования взаимосвязаны, диапазон оценочных средств может быть достаточно представительным.

Существуют различные методы оценки, включая разработку конкретных форм оценки для ответов обучаемых на вопросы, а также ряд способов анализа содержания дискурса, эссе и отчетов студентов.

Одной из важных целей рассмотрения биоэтических проблем является привлечение студентов к критической оценке проблемы, и большинство этих моральных игр могут быть использованы, чтобы позволить студентам выйти за рамки соглашения, чтобы тщательно рассмотреть эти проблемы.

Одним из трудных вопросов в области биоэтического образования является *оценка полезности представленных дидактических материалов*, помимо простого удовлетворения студентов или преподавателей. Одна из наиболее распространенных концепций основана на том, демонстрируют ли студенты «биоэтическую зрелость» каким-то образом. «Биоэтическая зрелость» предполагает определенный уровень умения взвешивания разных аргументов, которые могут быть использованы для обсуждения проблемы, различных этических рамок, которые могут быть применены, а также сравнение и балансирование преимуществ и рисков этических дилемм.

Существует несколько показателей «личного морального развития», которые могут быть использованы (Maekawa и Macer, 2005), например, могут ли студенты понимать и выражать обе стороны взглядов [6]. Зрелые люди должны уметь объяснить и понять более, чем одну сторону аргумента, несмотря на собственное мнение. Например, заявление «я думаю» можно развить в рефлексивный дискурс, чтобы он конвергировал с оппонирующими точками зрения, независимо от их признания или согласия.

Интеграция научных фактов также важна в моральных рассуждениях. Предусматривается, что студенты также смогут предоставить надежные источники для своей информации и смогут обнаруживать и признавать предвзятость в информации, которую они используют. Утилитарная точка зрения оценивает действие как морально приемлемое, исходя из мнения о том, что выгоды от действия одной группе или отдельному лицу перевесят риски или вред, нанесенные влиянию на все население. Оно может уравнивать интересы общества по сравнению с интересами отдельного индивидуума. Ключевыми элементами являются оценка выгод и рисков, информированное согласие, общественное благосостояние, автономия, справедливость, равенство и др., основанные на основных принципах биоэтики.

Анализ выдвигаемых студентами в процессе обсуждения биоэтической проблемы идей, ключевых слов и концепций может быть использован для измерения диапазона мышления обучаемых. *Изучению прогресса нравственного развития* обучаемых может помочь подробный дискурсивный анализ устного обсуждения или письменных отчетов. Среди западных ученых существует консенсус в отношении того, что балансирование четырех основных биоэтических принципов – автономии, справедливости, благодеяния («благо») и невмешательства в частную жизнь – имеет решающее значение для принятия лучших решений.

При этом автономия означает «самоуправление» и включает такие идеи, как соблюдение конфиденциальности и уважение личного выбора. Справедливость предполагает уважение к автономии других людей и одинаковое отношение к ним. Основная задача медицины состоит в том, чтобы попытаться сделать «благо», а не вред, т. е. избежать вреда («главное, не навреди»). При решении или попытке достичь консенсуса в отношении биоэтических проблем эти четыре основных принципа могут служить ориентиром в оценке суждений обучаемых.

В настоящее время принципы, изложенные во Всеобщей декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005 г.), используется для разработки основной учебной программы для преподавания биоэтики на основе включения консенсусного мнения в отношении биоэтики.

Безусловно, достижение морального решения часто бывает затруднительным. Один из подходов, который является общим в биоэтическом образовании,

заключается в том, чтобы научить студентов разлагать этические дилеммы на управляемые проблемы, например, разделение действий, последствий и мотивов, связанных с моральным решением. Это разделение можно использовать для обучения различным биоэтическим теориям. Независимо от того, какая биоэтическая теория принята в национальной науке и медицине, правильно подобранные «моральные игры» могут быть использованы, чтобы позволить студентам развивать применение теории на практике, сравнивая различные способы мышления в упражнениях.

Важным вопросом для процесса обучения моральному решению и ценностей является наличие у педагогов навыка фасилитатора, необходимого для групповых обсуждений. Этот навык необходим для расширения участия студентов в групповых обсуждениях и обеспечения включения в дискуссии более широкого круга участников. Хорошие навыки содействия помогают улучшить качество группового обсуждения и решения проблем. Они также могут помочь в поиске консенсуса там, где это необходимо, и поощрять групповое участие. Преподаватель является главным фасилитатором, но во многих играх есть также возможность назначить руководителя из числа студентов для управления небольшими группами. При этом важно, что группа соглашается с «основными правилами», включая необходимость уважать чужое мнение и конфиденциальность.

Преподаватель не должен навязывать свое мнение и доминировать в дискуссии, особенно навязывать свои идеи в предписывающей форме, а скорее быть интерактивным посредником в обучении. Прежде всего, фасилитатор должен верить, что обучаемые могут анализировать, планировать, действовать, контролировать, оценивать и размышлять над проблемами. В современном обществе молодые люди растут с чрезмерным количеством информации и встречаются с моральными проблемами до обсуждения в учебном классе. Проведение групповых дискуссий и игр позволяет учиться делиться своими знаниями. При этом преподаватель не должен осуждать, но может оспаривать определенные идеи.

Предлагаемые ЮНЕСКО «моральные игры» весьма разнообразны, в то же время их анализ позволяет дать им общую характеристику, в виде предлагаемой схемы, содержащих такие элементы, как название игры, ее цель, требования к проведению, описание, рекомендации. В качестве примеров мы предлагаем краткую характеристику нескольких моральных игр, применяемых в рамках биоэтического образования медицинских специалистов по программе ЮНЕСКО [7].

Игра 1 – «Пончики». Цель игры – уточнение значения основных биоэтических терминов. *Требования к ее проведению:* к аудитории: без ограничений, кроме физических ограничений пространства. *Необходимое время:* 10 минут. *Интерактивный размер блока:* пары, обращенные друг к другу. *Описание:* сделайте два круга людей с парами, обращенными друг к другу. Диалог пары по 1 минуте каждый по моральному вопросу, а затем один из кругов смещается вокруг двух лиц, чтобы были сделаны новые пары. Новые пары повторяют упражнение с одинаковым вопросом. В третий раз попросите другой круг двигаться так, чтобы новые пары были сформированы снова. Затем студенты могут вернуться на свои места. Повторяя три раза, каждый дает три ответа на один и тот же вопрос и услышит три ответа от трех разных лиц. Если нет места для создания кругов (формы пончика), упражнение может быть выполнено также двумя линиями лиц, обращенных друг к другу, чтобы заполнить свободное пространство в классе (например, в передней части класса, в дорожках между столами и т. д.). *Рекомендации:* это упражнение рекомендуется в качестве первой нравственной игры, поскольку оно может функционировать как «ледокол» для новой группы людей. Особенно рекомендуется это делать в начале курса, позволяя студентам узнать друг друга. Это будет поощрять конструктивную социальную атмосферу, необходимую для обучения, и повышать доверие студентов друг к другу.

Игра 2 – «Соглашаться или не соглашаться?». Цель – уточнение определений, основанное на анализе другого мнения. *Требования к ее проведению: размер класса:* 100 максимум, в идеале 40 человек. *Необходимое время:* 20 минут. *Интерактивный размер единицы:* делит класс по мнениям на три разные группы в соответствии с заданными вопросами на основе их согласия, несогласия или неопределенности. *Описание:* руководитель спрашивает, согласны студенты или нет с предлагаемым заявлением морального характера (например: «Каждый может отказаться от возможности стать донором органов или тканей при преждевременной гибели»). Это простая форма разъяснения ценностей, в которой каждому студенту предлагается высказать и развить свое мнение в результате обмена мнениями других. Студентам говорят, что, если они полностью согласны с заявлением, они должны стать у знака «Я согласен»; если они не уверены, они должны стоять где-то посередине возле знака «Я не уверен», а те, кто не согласен, должны стоять рядом со знаком «Я не согласен». Выберите участников, чтобы объяснить, почему они решили занять определенную позицию. Студенты могут менять позиции, если их убедят объяснения других, и их можно попросить объяснить, почему они изменили положение в игре. *Рекомендации:* значение разъяснения своего мнения – это процесс выявления и критического изучения своих ценностей, взглядов, убеждений и мнений по различным вопросам. Ценности разъяснения направлены на то, чтобы позволить учащимся признавать и уважать разнообразие мнений других. Преподаватель должен избегать выражения собственного мнения.

Игра 3 – «Концептуальные блоки». Цель: развитие «латерального» мышления. *Требования:* размер класса: ограничение пространством. *Необходимое время:* 20–30 минут. *Интерактивный размер блока:* группы максимум по 25 человек. *Описание.* Подготовьте от двадцати до тридцати кубиков (например, по 4 см с каждой стороны) и наклеек для каждой концепции. Затем раздайте один блок каждому студенту и попросите их разместить блоки друг над другом в разные категории. Попросите каждого обосновать причину выбора этой категории. Студентам говорят, что они должны попытаться сбалансировать количество блоков. Если в этой категории уже слишком много блоков, преподаватель должен попросить их поместить блок в другую категорию. Студенты должны указать причины, по которым они помещают блок в выбранную категорию. *Рекомендации педагогу:* обычно используются четыре категории. Сложность заключается в том, что некоторые из концепций (идей) на блоках могут представлять несколько категорий, поэтому обсуждение и аргументация очень важны. Студенты должны объяснить свою первоначальную категорию и новую, если они должны были достичь баланса. По мере того как стенки блоков становятся выше, необходимо балансировать. Это помогает развивать латеральное мышление. Преподаватель должен заставлять студентов говорить с достаточной детализацией своей идеи для других. В конце упражнения учебная группа может обсуждать предложенные концепции, и преподаватель может предоставить им больше фактов и информации.

Представленная характеристика «моральных игр» демонстрирует их целевую определенность и в то же время простоту и доступность применения в педагогической практике обучения биоэтике.

Заключение. Проведенный анализ игровых методик, применяемых в рамках биоэтического образования медицинских специалистов по программе ЮНЕСКО, позволяет их рекомендовать для включения в национальную практику, при условии их дальнейшего анализа и адаптации. Это позволит в рамках образовательной среды медицинского вуза формировать врача-специалиста, готового принимать зрелые этические решения, опираясь на международный опыт, в рамках российской действительности.

Программы по биоэтике и их методическое сопровождение, разработанные Международной сетью кафедр биоэтики ЮНЕСКО, проходят постоянное обсуждение и модернизацию в рамках международных конгрессов и

конференций по биоэтике и здравоохранительному праву (13th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, March 19–23, Cyprus; 23rd Annual of World Association for Medical Law Congress, July 10–13, 2017 Baku, Azerbaijan) [8, 9]. Опыт участия в таких мероприятиях Волгоградского юнит-отделения Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО свидетельствует о востребованности интеграции разработанных ЮНЕСКО базовых программ по биоэтике в образовательную среду российских медицинских вузов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // *Биоэтика*. – 2015. – № 1 (15). – С. 58–60.
2. Калякина Н.И. Биоэтические аспекты применения медицинских инноваций // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2017. – № 4–1. – С. 49–50.
3. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // *Биоэтика*. – 2011. – № 2 (8). – С. 26–25.
4. Чеканин И.М. Социально-психологический контент профессионального образования // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2016. – № 3 (часть 1). – С. 105.
5. Худякова Д.В. Биоэтика и современная медицинская практика: «благо» и «здоровье» // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2017. – № 4–1. – С. 57–58.
6. UNESCO, 2014. Casebook on Human Dignity and Human Rights, Bioethics Core Curriculum Casebook Series, No. 1. – UNESCO: Paris. – 144 p.
7. Darryl R.J. Macer, Ph.D. Moral Games for Teaching Bioethics UNESCO Chair in Bioethics. – Paris, 2014.
8. Chen B., Goshen E., Karmi T. Freedom of expression versus respect for the profession // *UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6–8, 2015 // Program and Book of Abstracts*. – P. 26–27.
9. Sedova N.N. Methodology Connection Between Bioethics & Law // *23rd Annual of World Association for Medical Law (WAML) Congress. July 10–13, 2017 Baku, Azerbaijan // Book of Abstracts*. – P. 99.

REFERENCES

1. Donika A.D. Problema formirovaniya eticheskikh regulatorov professional'noy deyatel'nosti vracha [The problem of the formation of ethical regulators of the professional activity of a doctor]. *Bioetika* [Bioethics], 2015, no. 1 (15), pp. 58–60. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Kalyakina N.I. Bioeticheskie aspekty primeneniya medicinskih innovatsiy [Bioethical aspects of medical innovation]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* [International Journal of Experimental Education], 2017, no. 4–1, pp. 49–50. (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. Petrov V.I., Sedova N.N. O chem zabyli skazat' v novom zakone [What is forgotten to say in the new law]. *Bioetika* [Bioethics], 2011, no. 2 (8), pp. 26–25. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Chekanin I.M. Social'no-psihologicheskii kontent professional'nogo obrazovaniya [Socio-psychological content of vocational education]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* [International Journal of Experimental Education], 2016, no. 3 (chast' 1), pp. 105. (In Russ.; abstr. in Engl.).
5. Hudyakova D.V. Bioetika i sovremennaya medicinskaya praktika: «blago» i «zdorov'e» [Bioethics and modern medical practice: «good» and «health»]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* [International Journal of Experimental Education], 2017, no. 4–1, pp. 57–58. (In Russ.; abstr. in Engl.).
6. UNESCO, 2014. Casebook on Human Dignity and Human Rights, Bioethics Core Curriculum Casebook Series, no. 1. UNESCO: Paris. 144 p.
7. Darryl R.J. Macer, Ph.D. Moral Games for Teaching Bioethics UNESCO Chair in Bioethics. Paris, 2014.
8. Chen B., Goshen E., Karmi T. Freedom of expression versus respect for the profession // *UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6–8, 2015. Program and Book of Abstracts*. P. 26–27.
9. Sedova N.N. Methodology Connection Between Bioethics & Law // *23rd Annual of World Association for Medical Law (WAML) Congress. July 10–13, 2017 Baku, Azerbaijan. Book of Abstracts*. P. 99.

О ЗНАЧЕНИИ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А.М. Карсанов

кандидат медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 3, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»; врач-онколог, негосударственное учреждение здравоохранения «Узловая больница на ст. Владикавказ» ОАО «РЖД», Владикавказ, ORCID 0000-0001-8977-6179, karsan@inbox.ru

Е.А. Берсенева

доктор медицинских наук, руководитель Центра высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», ORCID 0000-0003-3481-6190, eaberseneva@gmail.com

О.В. Ремизов

доктор медицинских наук, ректор, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», ORCID 0000-0003-4175-5365, oleg_remizov@mail.ru

Безопасность лечения хирургических пациентов (БХП) рассматривается авторами в виде комплексного понятия, объединяющего прогрессивные образовательные, клинические и управленческие технологии, направленные на предотвращение негативных последствий хирургического лечения, на основе их внутренних связей и общих перспектив развития. Последние удается проследить при структуризации системы БХП на пять компонентов. Значительные сложности с организацией качественной и безопасной хирургической помощи в немалой степени обусловлены недостатками медицинских коммуникаций между субъектами медицинского права и низким уровнем командной работы сотрудников. В статье обосновывается, что в общей концепции повышения БХП равноправное место занимают мероприятия по совершенствованию биоэтической и коммуникационной составляющей лечебного процесса. В дополнение к традиционным формам внутреннего контроля качества медицинской помощи авторы внедрили разработанные ими принципы мониторинга информационно-правового компонента БХП, которые основаны на оценке степени «коммуникационной удовлетворенности» всех участников лечебного процесса. Подобный научно-практический подход позволил оценить адекватность мероприятий по реализации комплексного подхода к БХП.

Ключевые слова: хирургия, безопасность пациентов, комплексный подход, межличностные коммуникации.

ON THE IMPORTANCE OF CONTROL OF THE LEVEL OF INTERPERSONAL COMMUNICATIONS IN IMPROVING SAFETY OF TREATMENT OF SURGICAL PATIENTS

A.M. Karsanov

Candidate of medical Sciences, Associate professor of the Department of Surgical Diseases № 3 of North-Ossetian State Medical Academy; Oncologist, Non-governmental institution «Railway Hospital at the station Vladikavkaz» JSC Russian Railways, Vladikavkaz, ORCID 0000-0001-8977-6179, karsan@inbox.ru

E.A. Berseneva

doctor of Medical Sciences, head of the higher and additional professional education of the National Research Institute for public health, ORCID 0000-0003-3481-6190, eaberseneva@gmail.com

O.V. Remizov

Doctor of Medical Sciences, Rector of North-Ossetian State Medical Academy, ORCID 0000-0003-4175-5365, oleg_remizov@mail.ru

The safety of the treatment of surgical patients (SSP) is considered by the authors in the form of a complex concept combining progressive educational, clinical and management technologies aimed at preventing the negative consequences of surgical treatment based on their internal connections and overall development prospects. The latter can be traced when structuring the SSP system into five components. Significant difficulties with the organization of quality and safe surgical care are due in large part to the shortcomings in medical communications between medical law subjects and the low level of teamwork of employees. The article substantiates that in the overall concept of increasing SSP, the measures to improve the bioethical and communication component of the treatment process take an equal place. In addition to the traditional forms of internal quality control of medical care, the authors implemented their principles of monitoring the information and legal component of SSP, which are based on an assessment of the degree of «communication satisfaction» of all participants in the treatment process. Such a scientific and practical approach made it possible to assess the adequacy of measures to implement an integrated approach to SSP.

Key words: surgery, patient safety, complex approach, interpersonal communications.

Современная практика оказания хирургической помощи отличается сложностью и зависима от ряда объективных и субъективных факторов. Основными среди них являются: неоднородный исходный соматический статус различных пациентов, оперативно меняющаяся клиническая ситуация, необходимость использования широкого спектра медицинских технологий, ускоренный темп принятия множества решений в ургентной ситуации и многовекторное давление со стороны административных и надзорных структур [4, 5]. В таких обстоятельствах риск нежелательных, хотя порой – высоковероятных по определению явлений, неблагоприятных исходов лечения и конфликтных

ситуаций, не просто возможен, но и неизбежен. Несмотря на технологический прогресс, в развитых странах здоровью каждого 7–10 пациента причиняется вред во время стационарного лечения [10].

Результаты ряда выполненных в стране исследований выявили отсутствие у коллег понимания комплексного характера и мультидисциплинарной сущности проблемы обеспечения безопасности пациентов (БП) в хирургии [4, 5].

Основные усилия, направленные на обеспечение БП, сосредоточены на мероприятиях по изучению эпидемиологии ошибок и нежелательных явлений, а также на совершенствовании технического и организаци-

онного компонентов лечебного процесса, но врачебная практика ежедневно доказывает, что предлагаемых комплексов профилактики неблагоприятных исходов хирургического лечения недостаточно. Кроме клинических факторов и технологических предпосылок, к основным причинам высокого риска возникновения нежелательных последствий хирургического лечения следует отнести и недостатки медицинских коммуникаций между субъектами медицинского права и плохую работу медицинских работников в команде [6].

Если рассматривать информационно-правовой компонент обеспечения современной медицинской помощи, то, при всем кажущемся внешнем благополучии с этим компонентом обязательных врачебных компетенций в медицинской организации (МО) любого уровня, пристальный анализ состояния обеспечения прав пациентов дает неожиданные результаты.

Так, согласно данным специалистов Росздравнадзора России, проводившим внешние аудиты выборочно в 10 МО страны, оказалось, что от $1/2$ до $3/4$ хирургических пациентов не смогли назвать, какие именно документы они подписывали (в рамках информированного согласия). Пациенты не знали, в чем именно заключалось выполненное им оперативное вмешательство. Оказалось, что они также не могут назвать потенциальные осложнения, которые с ними обсуждались лечащим врачом-хирургом заранее. Кроме того, пациенты не смогли вспомнить, какова планировалась продолжительность реабилитационного периода и его особенности после операции [3]. И в данном случае не особенно важно, проводили ли хирурги с ними все необходимые по закону согласования или пациенты сами безучастны к своей «медицинской судьбе», поскольку принцип осознанного принятия пациентом важных решений нарушается в обоих случаях [1, 2, 4, 8, 10]. Так же как и нарушается основа для контроля со стороны пациента всего процесса восстановления его собственного здоровья [6].

Эти цифры более чем красноречиво свидетельствуют о необходимости детального изучения качества информационного сопровождения лечебного процесса и полноты правового обеспечения современной хирургической помощи в каждой МО [3, 6–8]. Уже многократно было доказано, что игнорирование преимуществ использования этих двух важнейших компонентов современной медицинской помощи вступает в противоречие с сутью коллегиальной модели взаимоотношений лечащего врача и пациента, не только законодательно, но и фактически закрепляющей права последнего [1, 2, 6, 8, 9]. Именно поэтому в общей концепции повышения безопасности лечения хирургических пациентов равноправное место занимают мероприятия по совершенствованию биоэтической и коммуникационной составляющей лечебного процесса [3, 6–8].

Не подвергается сомнению, что в своей каждодневной работе медицинские работники должны уделять особое внимание качественному общению с пациентами, однако, при организации и администрировании целостного комплекса «безопасной хирургической помощи» в МО, руководителям следует предусмотреть эффективный механизм контроля уровня «коммуникационной удовлетворенности», как пациентов, так и медицинских работников.

Цель нашего исследования состояла в проведении мониторинга качества межличностных коммуникаций между пациентами и медицинскими работниками как одного из критериев эффективности комплексного подхода к БП.

Материал и методы. В рамках контрольно-административных функций, а также для того, чтобы оценить «отдаленный» эффект от начала внедрения системы контроля качества и безопасности хирургических пациентов в НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД» (УБ) нами было синхронно проведено анкетирование 33 врачей, 49 медицинских сестер (МС) и 105 пациентов в 2017 г.

Статистический анализ был произведен на персональном компьютере с помощью программ Microsoft Access 7.0 и Microsoft Excel 7.0. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – стандартная ошибка среднего. При сравнении средних величин в различных группах использовали критерий Стьюдента. Различия в показателях считали статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Достижение декларируемых показателей высокого качества хирургического лечения и БП невозможно без четкой регламентации многогранной и комплексной работы по реализации системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ККБМД) в МО.

Общезвестно, что на современном этапе уже недостаточно стремиться только к контролю, а следует развивать систему управления (менеджмента) качеством медицинской помощи в рамках максимально возможного стандарта БП. Добиться этого в МО не удастся без качественного улучшения уровня организации и координирования мотивационных, образовательных, коммуникационных, диагностических, лечебных и контрольных мероприятий в большей части учреждений национальной системы практического здравоохранения.

Следуя этой логике, исследование проблемы БП в хирургии мы исходно строили на комплексной основе. Попытки соответствовать сути комплексного принципа построения научного исследования, а именно – целенаправленному и планомерному установлению и применению системы взаимосвязанных требований к объекту исследования (в нашем случае – к обеспечению безопасности хирургических пациентов) на базе разных научных дисциплин, привели нас к пониманию необходимости корректного определения сути понятия «безопасность пациентов».

Дело в том, что в нашей стране качество и безопасность медицинской помощи трактуются как неразрывные понятия [5]. И если, согласно п. 21, статьи 2 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «*Качество медицинской помощи*» (КМП) – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата», то официального определения значения термина «безопасность пациентов» в анналах национального медицинского права нет.

Именно необходимость разработки системообразующего принципа организации хирургической помощи, в максимальной степени отвечающего требованиям, как безопасности, так и высокого КМП, побудила нас к созданию такого определения БП в хирургии, которое бы соответствовало логике, семантике и конструктивной типологии построения смысла этого многогранного клинического понятия. В итоге, мы предлагаем рассматривать под термином «**Безопасность хирургических пациентов**» – комплексное понятие, объединяющее прогрессивные образовательные, клинические и управленческие технологии, направленные на предотвращение негативных последствий хирургического лечения на основе их внутренних связей и общих перспектив развития.

Безусловная необходимость включения в понятие «безопасность хирургических пациентов» неклинических слагаемых продиктована логикой комплексного подхода к проблеме. На наш взгляд, эта логика подразумевает:

- обязательное присутствие общей информационной, правовой и мотивационной платформы для эффективного управления персоналом;
- необходимость внедрения прогрессивных форм дополнительного профессионального образования сотрудников для роста их квалификации;

– обеспечение прогрессивного управленческого воздействия при осуществлении организационной и контрольно-административной деятельности на уровне каждой МО для реализации эффективного управления многочисленными рисками.

Мы убеждены, что в качестве обязательных структурных составляющих системы безопасности хирургических пациентов должны быть представлены:

– информационно-правовой компонент (*мероприятия по повышению качества биоэтических взаимоотношений, высокий уровень медицинских коммуникаций всех участников лечебного процесса, повышение информационной доступности необходимых знаний для пациента, рост правовой защищенности пациентов и медицинских работников*);

– образовательно-мотивационный компонент (*мероприятия по повышению профессиональной компетентности медицинских работников и высокого уровня мотивации среди них и пациентов*);

– хирургический (периоперационный) компонент (*внедрение прогрессивных хирургических технологий и риск-менеджмента на всех этапах хирургического лечения*);

– контрольно-административный компонент (*контроль и управление качеством и безопасностью выполнения хирургических вмешательств и сопутствующего лечения*);

– организационный компонент (*современный уровень организации и координирования при реализации всех вышеизложенных компонентов*) (рис. 1).

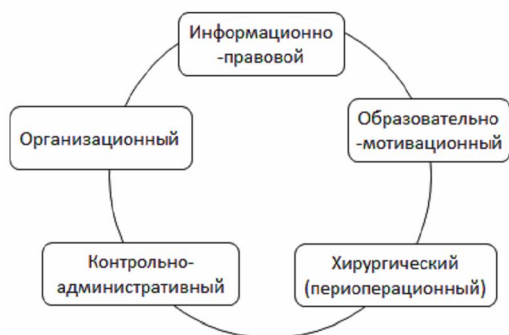


Рис. 1. Компоненты системы безопасности пациентов в хирургии

Наш опыт реализации комплексного подхода к БП в хирургии базируется на четком плане и принципах реализации мероприятий по итогам результатов ККБМД в УБ, среди них:

1. **Организационные** – проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи, административные обходы, административные дежурства в вечерние часы, выходные и праздничные дни, работа врачебных комиссий (подкомиссий) и другие.

2. **Образовательные** – проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через сеть Интернет), организация дистанционного обучения и другие.

3. **Дисциплинарные** – применение дисциплинарных взысканий в соответствии с трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников.

4. **Экономические** – использование показателей качества медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников, контроль использования ресурсов.

5. **Мероприятия по совершенствованию материально-технической базы**, информатизации медицинской организации – проведение ремонтов, обновление оборудования, внедрение информационных систем.

6. **Мероприятия по совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками** – планирование подготовки специалистов, обеспечение преемственности, наставничество.

Согласно цели данной статьи, в УБ по итогам 2017 года работы было проведено социологическое исследование, своего рода внутренний аудит, суть которого состояла в одновременном анкетировании врачей, МС и пациентов. Результаты анкетирования разных категорий респондентов, свидетельствующие об уровне их «коммуникационной удовлетворенности», были синхронизированы между собой при анализе и корреляции ответов на схожие вопросы (табл.).

Так, 24 врача из 33 опрошенных, ($72,7 \pm 7,7$), %, не сомневаются, что пациенты считают их высококвалифицированными специалистами. Среди пациентов подобную высокую оценку своим врачам дали все 105 опрошенных ($p < 0,001$). 23 врача, ($69,7 \pm 8,0$), %, уверены, что в глазах пациента они представляются специалистами, добивающимися хороших профессиональных результатов. Пациенты при ответе на этот вопрос продемонстрировали, что оценивают своего лечащего врача значительно выше, чем он сам, поскольку положительно ответили 100 респондентов, ($95,2 \pm 2,1$), %, что в пределах значимой статистической достоверности ($p < 0,01$).

20 врачей, ($60,6 \pm 8,5$), %, полагают, что, на взгляд пациентов, они выглядят заботливыми и сострадательными, в то время как сами пациенты дали положительный ответ на этот вопрос в ($96,2 \pm 1,9$), % ($n = 101$) ($p < 0,001$). 28 врачей, ($84,8 \pm 6,2$), %, не подвергают сомнению то, что пациенты видят в них специалистов, уделяющих достаточно времени общению со своими больными. Последние же придерживаются подобного мнения в большем числе случаев – в 102, ($97,1 \pm 1,6$), %, хотя разность в мнениях по этому вопросу и не достигла статистической достоверности ($p > 0,05$). В том, что пациентам они видятся в каче-

Показатели «коммуникационной удовлетворенности» персонала

Оцененный параметр	Положительная характеристика (n/M ± m %)				
	Мнение врачей	Мнение пациентов	Мнение медсестер	Мнение пациентов	p ¹
Высокая квалификация	24/72,7 ± 7,7*	105/100	25/51,0 ± 7,1*	103/98,1 ± 1,3	< 0,01
Профессиональная результативность	23/69,7 ± 8,0 [#]	100/95,2 ± 2,1	43/87,8 ± 4,7≈	97/92,4 ± 2,6	> 0,05
Заботливость и сострадательность	20/60,6 ± 8,5*	101/96,2 ± 1,9	29/59,2 ± 7,0*	101/96,2 ± 1,3	> 0,05
Тщательность в общении	28/84,8 ± 6,2≈	102/97,1 ± 1,6	28/57,1 ± 7,1*	102/97,1 ± 1,6	< 0,05
Профессиональная ценность	20/60,6 ± 8,5*	101/96,2 ± 1,9	22/44,9 ± 7,1*	100/95,2 ± 2,1	> 0,05
Всего опрошено (n)	33	105	49	105	

p¹ при сравнении полученного показателя для врачей и среднего медицинского персонала; *p < 0,001 при сравнении мнений специалистов и пациентов; [#]p < 0,01 при сравнении мнений специалистов и пациентов; ≈p > 0,05 при сравнении мнений специалистов и пациентов.

стве ценного сотрудника, уверены 20 врачей, $(60,6 \pm 8,5) \%$, и они опять оказались более критичными при оценке своей профессиональной ценности, чем пациенты, поскольку последние оказались позитивны в этом вопросе в 101 случае из 105, $(96,2 \pm 1,9) \%$ ($p < 0,001$).

Результаты исследования качества медицинских коммуникаций между пациентами и МС также представляют интерес. Только 25 МС из 49 опрошенных, $(51,0 \pm 7,1) \%$, полагают, что пациенты считают их высококвалифицированными специалистами. Это достоверно более низкий показатель при сравнении с мнением врачей по этому пункту, $(72,7 \pm 7,7) \%$ ($p < 0,01$). Для сравнения среди пациентов подобную оценку контактирующим с ними МС дали 103 респондента, $(98,1 \pm 1,3) \%$ ($p < 0,001$ по сравнению с самооценкой МС).

43 МС, $(87,8 \pm 4,7) \%$, уверены, что в глазах пациентов они представляются добивающимися хороших профессиональных результатов. Самооценка представителей среднего медицинского персонала по этому пункту была недостоверно выше, чем у врачей, среди которых это показатель составил в среднем $(69,7 \pm 8,0) \%$ ($p > 0,05$). Ответы пациентов на этот вопрос продемонстрировали, что они высоко оценивают контактирующих с ними МС по этой профессиональной характеристике в $(92,4 \pm 2,6) \%$ ($n = 97$) и эта оценка была адекватна самооценке МС ($p > 0,05$).

Заботливыми и сострадательными, по собственному мнению, выглядят 29 МС, $(59,2 \pm 7,0) \%$, что не отличается от самооценки врачей по данному пункту анкеты, $(60,6 \pm 8,5) \%$ ($p > 0,05$). Сами же пациенты дали положительный ответ на этот вопрос в $(96,2 \pm 1,9) \%$ ($n = 101$) ($p < 0,001$, по сравнению с самооценкой МС).

28 МС, $(57,1 \pm 7,1) \%$, уверены, что пациенты считают их специалистами, уделяющими достаточно времени общению со своими подопечными. Последние же придерживаются подобного мнения в 102 случаях, $(97,1 \pm 1,6) \%$ ($p < 0,001$). При сравнении самооценок по этой характеристике мнение врачей о своих профессиональных качествах оказалось более высоким – $(84,8 \pm 6,2) \%$, чем представителей среднего медицинского персонала ($p < 0,05$).

Наши МС в только 22 случаях из 49, $(44,9 \pm 7,1) \%$, не сомневаются, что они видятся пациентам ценными сотрудниками, хотя пациенты столь высоко оценили наш средний персонал в 100 случаях из 105, $(95,2 \pm 2,1) \%$ ($p < 0,001$). Разности во мнениях между старшим, $(60,6 \pm 8,5) \%$, и средним медицинским персоналом в данном пункте не было выявлено ($p > 0,05$) (табл.).

То, что их общение с пациентами бывает продуктивным, считают 28 врачей, $(84,8 \pm 6,2) \%$, и все 100 % пациентов. Убеждены в продуктивности своего общения с пациентами все 49 МС (100 %), а с МС – 98 пациентов, $(93,3 \pm 2,4) \%$ ($p < 0,01$). При этом врачи оценивают продуктивность своего общения с пациентами более сдержанно, чем средний медицинский персонал ($p < 0,05$) (рис. 2).



Рис. 2. Положительное мнение разных групп респондентов о продуктивности и высоком качестве взаимного общения

Полную удовлетворенность качеством общения с пациентами продемонстрировали 22 врача, $(66,7 \pm 8,2) \%$, и опять же все пациенты (100 %). При оценке

взаимоотношений «средний медицинский персонал – пациенты» удовлетворенность качеством взаимного общения продемонстрировали 47 МС, $(95,9 \pm 2,8) \%$, и опять же все пациенты (100 %) ($p > 0,05$), что применительно к медицинским работникам иллюстрирует больший оптимизм у МС, чем у врачей ($p < 0,01$).

Степень взаимной полезности общения врачей и пациентов в анкете предлагалось выразить в процентах. Представительницы среднего медицинского персонала оценили степень взаимной полезности своего общения с пациентами в $(88,9 \pm 2,0) \%$, что оказалось выше, чем мнение врачей по этому пункту анкеты, $(81,7 \pm 2,9) \%$ ($p < 0,05$). Что касается параллельного мнения пациентов, то они одинаково достоверно выше оценили полезность для себя процесса общения с МС, выразившуюся в $(98,3 \pm 0,6) \%$ и с врачами – $(98,5 \pm 0,8) \%$ ($p < 0,001$ для обоих сравнений с мнением медицинских работников) (рис. 3).

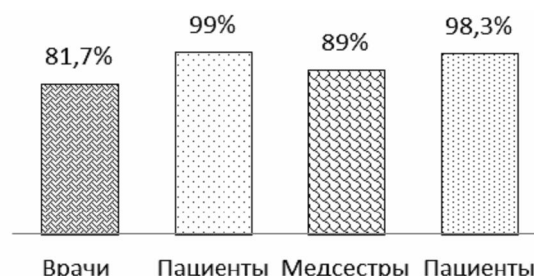


Рис. 3. Выявленная при анкетировании степень полезности взаимного общения медицинских работников и пациентов

При попытке оценки своей профессиональной подготовленности в вопросах общения с пациентами и их представителями МС в среднем определили ее степень на уровне $(87,7 \pm 1,6) \%$.

Этот показатель был равен параметру, полученному при анкетировании врачей – $(87,6 \pm 2,0) \%$. МС, считающих необходимым усовершенствовать свои навыки общения с пациентами, оказалось 39, $(79,6 \pm 5,8) \%$, в то время как врачей с подобным мнением было 22, $(66,7 \pm 8,2) \%$ ($p > 0,05$).

Необходимость включения вопросов совершенствования медицинских коммуникаций в программу преддипломной подготовки специалистов поддерживает 31 МС, $(63,3 \pm 6,9) \%$, что достоверно уступает показателю врачей, $n = 31$ или $(93,9 \pm 4,1) \%$ ($p < 0,05$). Того же мнения, но уже применительно к последипломному обучению, придерживаются 28 МС, $(57,1 \pm 7,1) \%$, что еще более достоверно уступает ($p < 0,01$) потребности врачей в расширении программы последипломного обучения, которую поддерживают 29 респондентов $(87,9 \pm 5,7) \%$.

В целом следует признать, что все категории наших респондентов оценивают уровень межличностных медицинских коммуникаций, сложившихся на период исследования, как высокий. Нас, как организаторов комплексного подхода к БП, не может не радовать, что контрольно-административные и организационные мероприятия по обеспечению ККБМД в УБ, способствовали объективному уровню самокритичности сотрудников и высокой степени удовлетворенности пациентов.

Так, ни по одному из вопросов анкеты степень удовлетворенности качеством медицинских взаимоотношений наших врачей и МС не превысило этот показатель у пациентов. Пациенты по всех характеристикам дали более положительные оценки контактирующим с ними медицинским работникам. Это касается: оценки квалификации персонала, способности добиваться высоких профессиональных результатов, способности проявлять сострадание и заботу о пациенте, тщательности при соблюдении биоэтических аспектов работы и профессиональной ценности наших медицинских работников.

Заключение. Обеспечение лучшего доступа населения к медицинской помощи и высокий уровень ее безопасности имеют решающее значение для эффективности практической модели здравоохранения, реализуемой в каждой МО.

В современных условиях эффективно оказывать хирургическую помощь пациентам возможно только с обязательной реализацией комплексных мер по правовой защищенности пациентов, основанной на высоком уровне биоэтических взаимоотношений субъектов медицинского права и качестве межличностных коммуникаций, возникающих в процессе лечения.

В повседневной врачебной практике следует уделять повышенное внимание совершенствованию коммуникационных навыков сотрудников, а также обеспечению регулярного мониторинга степени «коммуникационной удовлетворенности» пациентов. Использование целенаправленных внутренних аудитов по оценке уровня информационно-правового компонента системы обеспечения БП в хирургии позволяет провести прецизионную детализацию именно биоэтических аспектов лечебной работы и получить дополнительные основания для ее совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // *Биоэтика*. – 2012. – № 2 (10). – С. 59–62.
2. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // *Биоэтика*. – 2015. – № 1 (15). – С. 35–37.
3. Иванов И.В., Швабский О.Р., Минулин И.Б., Шеблыкина А.А. Результаты аудитов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях // *Менеджмент качества в медицине*. – 2018. – № 1. – С. 18–22.
4. Карсанов А.М. Менеджмент качества как основа обеспечения безопасности пациентов в хирургии // *Менеджмент качества в медицине*. – 2018. – № 1. – С. 42–47.
5. Карсанов А.М. Система менеджмента качества и безопасность пациента в хирургии // *Вестник Росздравнадзора*. – 2017. – № 6. – С. 52–56.
6. Маскин С.С., Карсанов А.М., Лопастейский Д.С., Кокаев И.П. Биоэтические основы безопасности пациентов // *Биоэтика*. – 2014. – № 2 (14). – С. 37–40.
7. Петров В.И. Международный день биоэтики // *Биоэтика*. – 2016. – № 2 (18). – С. 4–5.
8. Седова Н.Н. *Биоэтика. Учебник для студентов медицинских вузов*. – М.: Изд-во «КноРус», 2016. – 242 с.

9. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А., Волчанский М.Е. и др. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2015. – № 3. – С. 686–702.

10. Remizov O.V., Sazhin V.P., Karsanov A.M. On bioethical component of patient safety in surgery // *Bioethics*. – 2017. – № 1(19). – P. 44–48.

REFERENCES

1. Donika A.D. Meditsinskoe pravo: evropeyskie traditsyi i mezhdunarodnye tendentsii [Medical law: European traditions and international trends]. *Bioethika* [Bioethics], 2012, no. 2 (10), pp. 59–62. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Donika A.D. Problema formirovaniya eticheskikh regulyatorov professionalnoy deyatel'nosti vracha [The problem of the formation of ethical regulators of the professional activity of a doctor]. *Bioethika* [Bioethics], 2015, no. 1 (15), pp. 35–37. (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. Ivanov I.V., Shvabskiy O.R., Minulin I.B., Sheblykina A.A. Results of audits of quality and safety of medical activity in hospital [The results of audits of quality and safety of medical activity in medical organizations]. *Menedzhment kachestva v medicine* [Quality management in medicine], 2018, no. 1, pp. 18–22. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Karsanov A.M. Quality management as the basis of systemicity in the safety of patients in surgery [Quality management as a basis for ensuring patient safety in surgery]. *Menedzhment kachestva v medicine* [Quality management in medicine], 2018, no. 1, pp. 42–47. (In Russ.; abstr. in Engl.).
5. Karsanov A.M. Quality management system and patient safety in surgery [Quality management system and patient safety in surgery]. *Vestnik Roszdravnadzora* [Vestnik Roszdravnadzor], 2017, no. 6, pp. 52–56. (In Russ.; abstr. in Engl.).
6. Maskin S.S., Karsanov A.M., Lopastejskiy D.S., Kokaev I.P. Bioeticheskie osnovy bezopasnosti patsientov [Bioethical bases of patient safety]. *Bioethika* [Bioethics], 2014, no. 2 (14), pp. 37–40. (In Russ.; abstr. in Engl.).
7. Petrov V.I. Mezhdunarodnyy den bioetiki [International Day of Bioethics]. *Bioethika* [Bioethics], 2016, no. 2 (18), pp. 4–5. (In Russ.; abstr. in Engl.).
8. Sedova N.N. *Bioethika. Uchebnik* [Bioethics. Textbook for medical students]. M.: Izd-vo «KnoRus», 2016. 242 p.
9. Sedova N.N., Navronskiy B.A., Volchanskij M.E. i dr. *Teoriya i praktika primeneniya kachestvennykh metodov sotsiologii v meditsine* [Theory and practice of applying qualitative methods of sociology in medicine]. *Meditsinskiy Vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical Bulletin of the North Caucasus], 2015, no. 3(10), pp. 686–702. (In Russ.; abstr. in Engl.).
10. Remizov O.V., Sazhin V.P., Karsanov A.M. O bioeticheskom komponente bezopasnosti patsientov v khirurgii. *Bioethika*, 2017, no. 1 (19), pp. 44–48.

УДК 614.253.83

ТАТУАЖ: ЭТИКА ИСПОЛНЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

О.Н. Карымов

заведующий отделением лазеротерапии и других аппаратных методов лечения и диагностики, к. м. н., Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, med_lazer@mail.ru

Н.Н. Потекаев

главный специалист дерматовенеролог и косметолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова; д. м. н., профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, med_lazer@mail.ru

А.А. Воробьев

заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, д. м. н., профессор, Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, cos@volgmed.ru

С.А. Калашникова

заведующий кафедрой морфологии, д. м. н., Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Пятигорск, kalashnikova-sa@yandex.ru

И.Ю. Крайнова

врач-косметолог, аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, beautydoctor@inbox.ru

В последнее время чрезвычайно интенсивно развивается мода на tattoo (в переводе – татуаж, татуировка). Социально-культурные причины этого явления изучены сейчас лучше, чем последствия данных процедур. В то же время процедуры татуажа могут провоцировать клинические риски, актуализация которых требует вмешательства врачей-дерматологов, а в ряде случаев и других специалистов. Данная статья содержит результаты исследования таких рисков, цель авторов – разработка классификации осложнений татуажа и предложений по их профилактике. Анализ проведен методом контент-анализа литературных источников и методом кейс-стади, использованы специальные методы клинко-лабораторной диагностики. Выделены ситуации, при которых актуализация потенциальных рисков татуажа происходит в результате недостаточной информированности клиента и несоблюдении других норм биоэтики. Даны рекомендации по профилактике рисков татуажа для здоровья. Предложено юридически закрепить статус татуажа как медицинской услуги, что позволит строже контролировать выполнение здоровьесберегающих функций в тату-салонах и проводить эффективную профилактику описанных рисков.

Ключевые слова: татуаж, татуировка, классификация осложнений, информированное согласие, клинко-лабораторная диагностика.

TATTOO: ETHICS OF PERFORMANCE AND CLASSIFICATION OF COMPLICATIONS

O.N. Karimov

Head of the Department of laser therapy and other hardware methods of treatment and diagnostics, PhD, State budgetary institution of health care of Moscow «The Moscow scientific and practical center of dermatovenereology and cosmetology of Department of health care of Moscow», Moscow, med_lazer@mail.ru

N.N. Potekaev

Chief specialist dermatovenereologist and cosmetologist of the Department of health of Moscow, Head of the Department of skin diseases and cosmetology, RNRMU N.I.Pirogova; MD, Professor, State budgetary institution of health care of Moscow «Moscow scientific and practical center of dermatovenereology and cosmetology of Department of health care of Moscow», Moscow, med_lazer@mail.ru

A.A. Vorobyov

Head of the Department of operative surgery and topographic anatomy, MD, Professor, Volgograd state medical University, Volgograd, cos@volgmed.ru

S.A. Kalashnikov

Head of the Department of morphology, Ph. D., Pyatigorsk medical-pharmaceutical Institute – branch of Volgograd state medical University, Ministry of health of Russia, Pyatigorsk, kalashnikova-sa@yandex.ru

I.Yu. Krainova

cosmetologist, post-graduate student of the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine, Volgograd state medical University, Volgograd, beautydoctor@inbox.ru

Fashion tattoo extremely developing intensively lately. The socio-cultural causes of this phenomenon are now better understood than the consequences of these procedures. At the same time, tattooing procedures can provoke clinical risks, the actualization of which requires the intervention of dermatologists, and other specialists in some cases. This article contains the results of the study of such risks, the aim of the authors is to develop a classification of tattooing complications and proposals for their prevention. The analysis was carried out by the method of content analysis of literature sources and by the method of case study, special methods of clinical and laboratory diagnostics were used. There are situations in which the actualization of the potential risks of tattooing occur as a result of lack of the client's awareness and non-compliance with other norms of bioethics. Recommendations for the prevention of the risks of tattooing for health were given. It is proposed to legally fix the status of tattooing as a medical service, which will allow stricter control over the performance of health-saving functions in tattoo parlors and conduct effective prevention of the described risks.

Key words: tattoo, classification of complications, informed consent, clinical and laboratory diagnostics.

Введение. Татуировкой называется искусственное нарушение целостности кожных покровов с помощью колющих (или режущих) инструментов с последующим введением в кожу красящих веществ с целью получения стойких, не исчезающих рисунков или изображений. В настоящее время все большее распространение в популяции получает явление татуажа, представленного различными техниками выполнения. Наиболее древним стилем считается полинезийский – этнический стиль тату, возникший на Полинезийских островах, который признан одним из древнейших образцов изобразительного искусства, указывающего на принадлежность к религии и иерархическое место. Традиционный стиль или стиль «старой школы» (traditional and old school) зародился в начале XX века в США и характеризуется минимализмом изображения, кроме этого существуют техники тату в стиле реализма (realistic), точечный стиль дотворк (dotwork), геометрический (geometric), племенной стиль трибл (tribal), японский стиль (Japanese). Тату, выполненные в стиле блэкворк (blackwork), представляют собой покрытие участка кожи масштабным одноцветным рисунком и, как правило, свидетельствует о низком социальном статусе его обладателя [1]. Отдельно выделяется перманентный макияж, популярность которого ежегодно увеличивается среди женщин различного возраста и социальной принадлежности [2, 3].

Однако у этого культурного феномена есть и обратная сторона в виде осложнений от процедуры, о которых мастера тату-салонов не информируют потребителей. Все красители, используемые для татуа-

жа, как в Российской Федерации, так и за рубежом, не подлежат обязательной сертификации, а следовательно, не гарантируется безопасность их применения и увеличивается риск развития побочных эффектов [4]. Однотонные черные татуировки в своей основе содержат сажу, включающую полициклические ароматические углеводороды и фенол, которые являются признанными мутагенами и канцерогенами [5]. Кроме того, имеются сведения о том, что полициклические ароматические углеводороды под действием УФ-излучения способны генерировать цитотоксический синглетный кислород, который может влиять на целостность кожных покровов [6].

Для выполнения цветных татуировок используются пигменты, которые в большинстве производятся для окрашивания одежды и часто не предназначены для иного употребления, часть пигментов разлагается от солнечного света, выделяя в качестве метаболитов ароматические амины, являющиеся канцерогенами [7].

В литературе имеются сведения о побочных эффектах татуажа, вызванного как травмированием кожных покровов, так и действием используемых красителей [8, 9], однако данные единичны и противоречивы, отсутствует классификация осложнений, что и обусловило актуальность исследования. Необходимо отметить, что определенный процент осложнений можно предотвратить, соблюдая этические нормы информирования клиентов. Однако в системе услуг татуажа клиент не рассматривается как пациент, вследствие этого нормы медицинской этики не применяются. Следовательно, необходимо классифицировать риски для

здоровья и пути для их предотвращения, чтобы клиент после получения услуг татуажа не превратился в пациента дерматологической клиники.

Цель работы. На основе анализа литературы и собственных клинических данных систематизировать осложнения татуажа, разработать классификацию и наметить пути профилактики, включающие нормы медицинской этики.

Материал и методы. Исследование проводилось по нескольким направлениям, на первом этапе нами был проведен контент-анализ, в качестве единиц анализа были выбраны публикации PubMed, опубликованные с 1997 по 2017 гг. и посвященные осложнениям после выполнения татуажа. Категории анализа объединяли ключевые слова, характеризующие возникновение осложнений, сопряженных с выполнением татуировок. В качестве ключевых слов были заявлены такие слова и словосочетания, как «татуаж», «татуировка», «неблагоприятные эффекты», «осложнения татуажа», «реакция на тату», а также различные диагнозы в сочетании со словом «татуировка».

Параллельно нами накоплена база клинических случаев, отобранных по обращению пациентов в отделение лазеротерапии и других аппаратных методов лечения и диагностики Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии с осложнениями после выполнения процедуры татуажа. Для анализа случаев применен метод кейз-стади.

Клинико-лабораторная диагностика включала сбор анамнеза, осмотр, дерматоскопию, проведение аллергологических проб, бактериологическое исследование, иммунофлюоресцентные тесты, твердофазный иммуноферментный анализ, в ряде случаев выполнялось гистологическое исследование биоптатов ткани

татуировки. Для этого материал помещали в 10%-й формалин на 24 ч с заливкой в парафиновые блоки и последующей стандартной проводкой, окрашиванием срезов гематоксилином и эозином, по Ван Гизон. Микрофотографии сделаны с использованием микроскопа «Leica DM 100» с цифровой фотокамерой.

Статистическая обработка проведена общепринятыми для медико-биологических исследований методами с помощью программных пакетов EXCEL 7.0 (Microsoft, USA) и АРКАДА (Диалог-МГУ, Россия).

Результаты и обсуждение. При проведении контент-анализа нами установлено, что для выполнения татуировок во всех тату-салонах использовались несертифицированные пигменты, в которых обнаружился ряд примесей и загрязнений. Для выполнения татуировок используется широкая цветовая палитра, при этом химический состав пигментов, как правило, не указывается. Установлено, что цветные и черные пигменты имеют различный состав. При этом в составе черных красителей, по-прежнему, преобладает сажа, в то время как ингредиенты цветных красителей обладают значительным количеством примесей, что и обуславливает максимальное количество осложнений [10]. Имеются единичные исследования, посвященные изучению химических веществ, входящих в состав татуировочных пигментов различных цветов. Так, Sowden J.M. и Slater D. с соавт. при изучении красного пигмента с помощью световой и электронной микроскопии в сочетании с рентген-микроанализом установили, что данный краситель включает ряд компонентов (алюминий, железо, титан, кремний, кальций, ртуть и кадмий), способных стать причиной различных осложнений [11, 12].

Состав красителей в зависимости от цвета представлен в табл. 1 [13, 14].

Таблица 1

Состав татуировочных пигментов в зависимости от цветового спектра и возможные осложнения после процедуры татуажа

Татуажный краситель/цвет пигмента	Состав пигмента	Комментарии
Черный	Fe ₂ O ₃ С, <i>Haematoxylum campechianum</i> (Кампешевое дерево)	Натуральный черный пигмент изготовлен из кристаллов магнетита, сажи. Кампешевое дерево (красное дерево). Вид деревьев из рода <i>Haematoxylum</i> , подсемейства Цезальпиниевые, семейства Бобовые, используется для получения красителя гематоксилина. Большинство непрофессиональных татуировок набивают черным пигментом, который является натуральным, в связи с этим осложнения после татуажа чрезвычайно редки [15]
Желтый	Кадмий желтый Охра Куркума Хром желтый (PbCrO ₄ , часто смешивается с PbS)	При нанесении татуировок с желтым пигментом осложнения возникают редко и проявляются в виде местных реакций: отека и эритемы, фотоаллергических реакций, что связано с входящим в состав сульфидом кадмия, который представляет собой светочувствительный материал [16]
Красный	HgS (сернистая ртуть, киноварь), Кадмий красный, Fe ₃ O ₄ , Нафтол-АС (азотол)	Чаще всего возникают осложнения на красные пигменты, в состав которых входят такие компоненты как: сернистая ртуть (киноварь) и кадмиевые пигменты, обладающие выраженной токсичностью [17]. В 1976 г. «Управление по контролю за продуктами и лекарствами» ограничило ртуть в красках для татуировки до 3х10 ⁻⁶ (3 ppm). Наиболее часто возникают лихеноидные реакции [18, 19].
Коричневый	Fe ₃ O ₄ , Fe ₂ O ₃ ·xH ₂ O	Пигмент состоит из оксидов железа, смешанных с глиной. При нагревании охры меняются от желтого до красноватого цвета. Осложнения возникают редко [20]
Зеленый	Cr ₂ O ₃ , PbCrO ₄ , Ферроцианиды, феррицианиды (калия, железа), хлорид кобальта	Аллергии на зеленые и светло-голубые пигменты встречаются редко, и связаны с хромом, алюминием или хлорид-кобальтом [21]. Хром был связан с локальными экзематозными реакциями, экземой рук и генерализованными экзематозными поражениями [22]. Имеются ссылки на развитие хронического дерматита на месте татуажа зеленым пигментом, при этом все пациенты имели положительную реакцию на дихромат калия 0,25 % в вазелине [23]
Голубой	Карбонат меди, алюмосиликат натрия (лапис лазурит), силикат меди кальция (египетский синий), другие оксиды кобальтового алюминия и оксиды хрома	Голубые пигменты из минералов наименее вероятно вызывают осложнения, из возможных побочных эффектов отмечают аллергическую реакцию, связанную с индивидуальной непереносимостью пигмента. Описан единичный случай развития системного саркоидоза как проявления реакции гиперчувствительности замедленного типа [24, 25, 26]

Татуажный краситель/цвет пигмента	Состав пигмента	Комментарии
Фиолетовый	Аммоний-марганец сернокислый, Пирофосфат, Диоксизин / карбазол	Некоторые фиолетовые пигменты, особенно яркие пурпурные, являются фотореактивными и теряют цвет после длительного воздействия света. Среди осложнений отмечают развитие гранулематозного асептического воспаления [27]
Белый	Белый карбонат свинца Диоксид титана Сульфат бария Оксид цинка	Оксиды титана являются одним из наименее реакционноспособных белых пигментов без описанных побочных эффектов
Хна	Парафенилендиамин (PPD)	Татуировки хной являются временными и самыми безопасными. Из возможных осложнений имеются указания на местные проявления в виде контактного дерматита [28, 29, 30]

Кроме токсичных веществ, входящих в состав пигментов, используемых для татуировок, рядом исследователей обнаружены соединения, обладающие выраженным мутагенным и канцерогенным действием (табл. 2).

Таблица 2

Мутагенные и канцерогенные компоненты, входящие в состав пигментов для татуировок

Вещества, входящие в состав пигментов для татуировок	Источник
Ртуть	31
Моноазопигмент	32, 33
Дисазодиарилид, Нафтол-AS-пигмент, Аллюминий, Квинаскридон, Диоксизин, Си-фталодиамин	34, 35
Нафтол-AS	36
Сажа	37, 38
2-метил-5-нитроанилин, 4-нитро-толуен, 2-5-дихлоранилин	39
Фенол	37
Диоксид титана	34, 35
Гексахлор-1,3-бутадиен, Метенамин, Дибензофуран, 1,2,3,4-тетрагидро-1-фенил-нафтален	36, 40

При проведении контент-анализа отмечено, что наиболее распространенным осложнением являются аллергические реакции, выражающиеся в анафилактической реакции (0,1 %), крапивнице (3 %), контактном дерматите (19,9 %), экземе (7 %). Кроме того, отмечались случаи заражения ВИЧ-инфекцией (3 %), гепатитом (8 %). Вторичная инфекция присоединялась в 15 % случаев.

Побочные эффекты обладали выраженным полиморфизмом, включая гнойно-воспалительные, дегенеративные, некротические и опухолевые процессы. В качестве примера приведем несколько клинических случаев, накопленных нами в рамках разработки данной проблемы.

Клинический случай № 1. Пациентка А., 24 года, обратилась в Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента Здравоохранения Москвы в марте 2016 г. с жалобами на бугристый вид татуировки, зуд, жжение, чувство стянутости кожи. Татуировка сделана за 6 месяцев до обращения к дерматологу, в течение 1–2 месяцев татуировка видоизменилась: приобрела неравномерно бугристый вид, покраснела. При первичном объективном исследовании состояние удовлетворительное, изменение со стороны органов и систем не выявлено. Status localis: на коже спины твердый покрасневший рубец в форме дракона с включениями сине-черного пигмента, с гладкой поверхностью, с возвышениями на протяжении. Рубец при пальпации плотный, безболезненный (рис. 1 А). Выполнена пункционная биопсия, во всех образцах кожи отмечалось неравномерное распределение пигмента непосредственно под эпидермисом в сосочковом слое дермы, с большим диапазоном размера гранул: от отдельных хорошо различимых гранул пигмента до «пылевидных». В отдельных участках пигмент отсутствовал, однако наблюдалось изменение волокон соединительной ткани, которые имели утолщенный вид по сравнению с остальными волокнами дермы и были представлены гомогенными розовыми волокнистыми массами (рис. 1 Б).

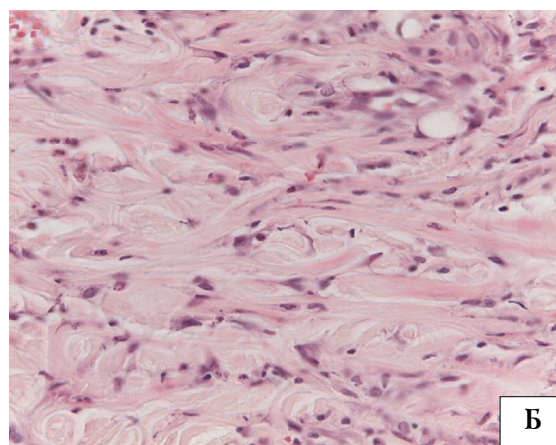


Рис. 1А. Татуировка в области лопатки, давность 6 мес., с явлениями келоидной трансформации.
1Б. Фрагмент кожи, полученный при пункционной биопсии. Выраженная лимфоцитарная инфильтрация, гомогенизированные незрелые эозинофильные волокна. Деструктурированные волокна дермы. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 40х10

Диагноз клинический заключительный: келоидный рубец (L91.0). При данном диагнозе лазерная терапия является неэффективной, в связи с этим пациентке рекомендовано внутривенное введение дипроспана. На фоне проводимой терапии отмечено незначительное клиническое улучшение.

При опросе пациентки выяснилось, что в тату-салоне о возможных осложнениях ее не информировали, состав красителей и их свойства не характеризовали, обращали внимание при первичном собеседовании только на эстетические эффекты татуировки.

Клинический случай № 2. Пациентка Н., 23 года, обратилась в мае 2017 г. в Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы с жалобами на изменение внешнего вида татуировки, шелушения в участках введения красного пигмента, кожный зуд. Появление заболевания отметила через 2 мес. после процедуры, лечилась стероидами, антигистаминными средствами без эффекта. При первичном объективном исследовании состояние удовлетворительное, изменение со стороны органов и систем не выявлено. Status localis: в области участков кожи с красным пигментом и по периферии имеется сухость кожных покровов, в очаге – уплотнение кожи, на поверхности выявлено крупнопластинчатое шелушение, единичные крупные везикуло-буллезные элементы (рис. 2 А).

При гистологическом исследовании обнаружены атрофические изменения в эпидермисе, сглаживание его выростов, на фоне выраженного гиперкератоза и акантоза. Кроме этого визуализировались участки папилломатоза. В дерме диффузно расположены гранулы пигмента, при этом лимфоцитарная инфильтрация отсутствовала. Выраженный отек приводил на некоторых участках к отслойке прилежащей дермы от эпидермиса, при этом образовывались щели, что морфологически соответствует пемфигоидной форме красного плоского лишая (рис. 2 Б). Диагноз клинический заключительный: L43.8 другой красный плоский лишай. Пациентке назначено лечение внутривенное введение «Дипроспан», топические стероиды, редуцирующие средства. На фоне лечения регресс высыпания в течение 2 мес. составил 70 %.

При опросе выяснилось, что при обращении в тату-салон пациентка затребовала информацию об ожидаемых результатах, но исключительно эстетического характера. Мастера татуажа, однако, заверили ее, что никаких осложнений в плане здоровья не будет, информировав только о неприятных ощущениях

в первые дни после процедуры. Аргументы для обоснования безопасности процедуры были традиционными и заключались в длительном опыте работы тату-салона и отсутствии жалоб по поводу осложнений татуажа у клиентов. Вопрос о возможности индивидуальных реакций не обсуждался.

Выявленные нами осложнения после процедуры татуажа были соотнесены с данными литературы и представлены в табл. 3.

Осложнения татуажа условно могут быть разделены на местные (непосредственно в зоне татуировки) и системные (патологические процессы, развившиеся вследствие выполнения манипуляции). По срокам возникновения мы считаем целесообразным выделить осложнения, возникшие непосредственно в момент выполнения процедуры и отсроченные. Срочные побочные эффекты чаще всего характеризовались аллергическими реакциями, так как пигмент является чужеродным антигеном, и, в зависимости от иммунологической реактивности организма, реакция на его введение была индивидуальной, вплоть до развития анафилактического шока; а также инфекционными, связанными с нарушениями санитарно-гигиенических норм при проведении процедуры. К отсроченным осложнениям татуировок следует отнести заболевания, возникновение которых обусловлено выполнением процедуры татуажа, первые проявления которых зарегистрированы до 4 нед. (ранние) и свыше 4 нед. (отсроченные).

В зависимости от этиологии осложнения татуажа могут быть разделены на инфекционные и асептические. При этом необходимо отметить, что данный побочный эффект не всегда обусловлен нарушением техники выполнения процедуры, но во многом определяется индивидуальной микрофлорой клиента, кожа которого может быть изначально колонизирована патогенными пиогенными микроорганизмами, проникающими в зону татуировки как в момент проведения манипуляции, так и после.

На основании проведенных исследований для систематизации имеющихся сведений о побочных эффектах татуировок мы предлагаем следующую классификацию осложнений татуировок.

Классификация осложнений татуировок по распространенности:

I. Системные (системный саркоидоз (D86), Вич-инфекция (B20), гепатиты (B16), С, D (B17), красный плоский лишай (L43)).

II. Местные (контактный дерматит (L25), келоидный рубец (L91.0)).

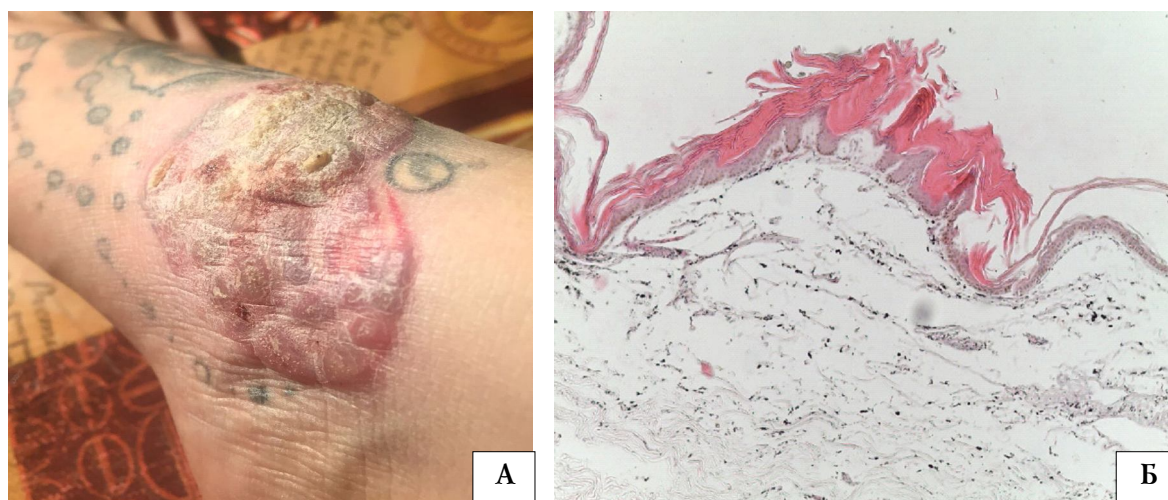


Рис. 2. Декоративная татуировка на тыльной поверхности стопы. А. Изменение внешнего вида татуировки, уплотнение кожи в области красного пигмента, везикуло-буллезные элементы, пластинчатое шелушение. Б. Фрагмент кожи с массивным гиперкератозом на месте татуировки, акантозом, с участками папилломатоза. Диффузное распределение пигмента, выраженный отек. Окр. гематоксилином и эозином. Об. 10, ок. 20

Осложнения татуажа и частота встречаемости побочных реакций

№	Вид осложнения	Клинические проявления	Частота встречаемости, %	Время возникновения	Локализация татуировок	Причина возникновения	Диагностика	Лечение	Литература
1.	Аллергические реакции	- Аллергический дерматит - Фотоаллергические реакции - Крапивница - Анафилактический шок	30	Во время процедуры, в течение нескольких дней, после контакта с УФ излучением	На любом участке тела, чаще на туловище, на конечностях	Реакции гиперчувствительности IV типа, накопление пигмента	Аллергические пробы	Антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующая терапия, лазеротерапия	41, 42
2.	Инфекционные осложнения	Бактериальные: - Рожистое воспаление - Сифилис - Сепсис - Гангрена - Пиодермия - Дисбактериоз	15	В течение нескольких дней, недель	На любом участке тела, чаще на конечностях	Инфицированные пигменты, инфицированный инструмент	Бактериологическое исследование	Антибиотики	43, 44, 45, 46, 47
		Вирусные: - ВИЧ - гепатит В - гепатит С - гепатит D - контагиозный моллюск	11	В течение нескольких недель, месяцев			ИФА, ПЦР	Противовирусные препараты	
		Микозы - дерматомикоз	12				Бактериологическое исследование	Противогрибковые препараты	
3.	Гранулематозное воспаление	- Неспецифическое гранулематозное асептическое воспаление вокруг инородного тела (красителя) - Неспецифическое гранулематозное асептическое воспаление вокруг инородного тела (красителя) с поражением лимфатических узлов - Саркоидоз кожи	35	В течение нескольких месяцев, лет	На любом участке тела, часто при выполнении перманентного тату-макияжа	Неспецифическое гранулематозное асептическое воспаление вокруг инородного тела	Гистологическое исследование	Стероидные противовоспалительные препараты, лазеротерапия	48, 49, 50, 51
4.	Опухоли и опухолевидные образования	- Дерматофиброма - Пигментный (меланоцитарный) невус - Меланома - Плоскоклеточный рак - Кератоакантома	10	В течение нескольких лет	На любом участке тела	Травматическое повреждение кожи иглой, канцерогены в составе красителей	Гистологическое исследование	Хирургическое лечение, лучевая терапия	52, 53, 54, 55, 56, 57, 58
5.	Местные кожные заболевания	- Красный плоский лишай; - Келоид; - Лихеноид	27	В течение нескольких недель, месяцев	На любом участке тела, чаще на туловище, на конечностях	Аутоиммунные реакции, травматическое повреждение кожи иглой	Гистологическое исследование, бактериологическое исследование, иммунофлюоресцентные тесты	Хирургическое лечение, лазеротерапия	59, 60, 61, 62.

По времени возникновения:

I. Срочные (возникшие в момент выполнения процедуры татуажа: анафилактический шок (T78.2)).

II. Отсроченные:

1) ранние осложнения татуажа (пиодермия (L08.0);

2) поздние осложнения татуажа (неспецифическое гранулематозное асептическое воспаление вокруг инородного тела (красителя) (L92.0-L92.9); новообразования, солнечная сенсibilизация).

По этиологии:

I. Инфекционные:

1) бактериальные (пиодермия (L08.0), стафилококковые поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей; пиогенная гранулема (L98));

2) вирусные (гепатиты группы: В (B16), С, D (B17), вич-инфекция, (B20), инфекции, передающиеся парентеральным путем);

3) грибковые (микозы);

4) дисбактериоз.

- II. Аллергические реакции:
- 1) крапивница (L50);
 - 2) аллергический контактный дерматит (L23);
 - 3) контактный дерматит неуточненный (L25);
 - 3) анафилактический шок (T78.2).
- III. Гранулематозные реакции:
- 1) неспецифическое гранулематозное асептическое воспаление вокруг инородного тела (красителя) (L92.0-L92.9);
 - 2) неспецифическое гранулематозное асептическое воспаление вокруг инородного тела (красителя) с поражением лимфатических узлов (L92.0-L92.9);
 - 2) саркоидоз кожи (D86.3).
- IV. Опухоли и опухолевидные образования:
- 1) келоид (L91.0);
 - 2) дерматофиброма (D23);
 - 3) пигментный (меланоцитарный) невус (D22).
- Заключение.** Таким образом, несмотря на отсутствие четко прописанных противопоказаний к проведению процедуры татуажа, в конкретных клинических случаях татуировки могут стать причиной возникновения серьезных заболеваний, что требует дальнейшего изучения данной проблемы для профилактики осложнений и оптимизации лечебной тактики.
- Учитывая инвазивный характер процедуры и значительное число осложнений, необходимо:
1. Разработать перечень противопоказаний для использования татуажа.
 2. Поставить вопрос об обязательной сертификации вводимых красителей.
 3. Разработать стандарт предварительных лабораторных исследований, предшествующих данной инвазивной процедуре (аллергическая проба на вводимый краситель, бактериологический посев кожи на предполагаемом участке для татуирования и др.)
 3. Повысить требования к специалистам, выполняющим татуаж – медицинское образование, сертификат о прохождении первичной аккредитации специалистов с присвоением квалификационной категории «мастер татуажа».
 4. Осуществлять сертификацию рабочего места мастера-татуажа с учетом соблюдения асептики и антисептики.
 5. Разработать и внедрить единую форму информированного согласия для процедуры татуажа с указанием возможных негативных последствий, согласно разработанной нами классификации. Это требование существует и сейчас, но только как этическое. Необходимо его юридическое закрепление, что предполагает изменение статуса услуг татуажа с эстетических косметологических на медицинские косметологические. Пока этот вопрос является спорным и далеким от решения. Надеемся, что наше исследование поможет в его дальнейшем рассмотрении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Huxley C., Grogan S. Tattooing, piercing, healthy behaviours and health value // *J. Health. Psychol.* – 2005. – Vol. 10, № 6. – P. 831–841. <https://doi.org/10.1177/1359105305057317>
2. Klugl I., Hiller K.A., Landthaler M., Baumler W. Incidence of health problems associated with tattooed skin: a nation-wide survey in German-speaking countries // *Dermatology.* – 2010. – Vol. 221, № 1. – P. 43–50. <https://doi.org/10.1159/000292627>
3. Wenzel S.M., Welzel J., Hafner C., Landthaler M., Baumler W. Permanent make-up colorants may cause severe skin reactions // *Contact. Dermatitis.* – 2010. – Vol. 63. – P. 223–227. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2010.01799>
4. Juhas E., English J.C. Tattoo-associated complications // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2013. – Vol. 26, № 2. – P. 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2012.08.005>
5. Klugl I., Hiller K.A., Landthaler M., Baumler W. Incidence of health problems associated with tattooed skin: a nation-wide survey in German-speaking countries // *Dermatology.* – 2010. – Vol. 221, № 1. – P. 43–50. <https://doi.org/10.1159/000292627>
6. Baier J., Maisch T., Maier M., Engel E., Landthaler M., Baumler W. Singlet oxygen generation by UVA light exposure of endogenous photosensitizers // *Biophys. J.* – 2006. – Vol. 91. – P. 1452–1459.
7. Baier J., Maisch T., Maier M., Engel E., Landthaler M., Baumler W. Singlet oxygen generation by UVA light exposure of endogenous photosensitizers // *Biophys. J.* – 2006. – Vol. 91. – P. 1452–1459.
8. Kazandjieva J., Tsankov N. Tattoos: dermatological complications // *Clin. Dermatol.* – 2007. – Vol. 25, № 4. – P. 375–382.
9. Bassi A., Campolmi P., Cannarozzo G., Conti R., Bruscino N., Gola M., Ermini S., Massi D., Moretti S. Tattoo-associated skin reaction: the importance of an early diagnosis and proper treatment // *Biomed. Res. Int.* – 2014. – Vol. 35. – P. 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/354608>
10. Lechner K., Santarelli F., Vasold R., Koning B., Lanthaler M., Baumler W. Black tattoo inks are a source of problematic substances such as dibutyl phthalate // *Contact. Dermatitis.* – 2011. – Vol. 65. – P. 231–238. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2011.01947>
11. Sowden J.M., Byrne J.P., Smith A.G., Hiley C., Suarez V., Wagner B., Slater D.N. Red tattoo reactions: x-ray microanalysis and patch test studies // *Br. J. Dermatol.* – 1991. – Vol. 124. – P. 576–580.
12. Slater D., Durrant T. Tattoos: light and transmission electron microscopy studies with X-ray microanalysis // *Clin. Exp. Dermatol.* 1984. – № 9. – P. 167–173.
13. Kaur R.R., Kirby W., Maibach H. Cutaneous allergic reactions to tattoo ink // *Journal of Cosmetic. Dermatology.* – 2009. – № 8, № 4. – P. 295–300. <https://doi.org/10.1111/j.1473-2165.2009.00469>
14. About.com: Chemistry [Online]. 2009. [cited 2009 June 15]; Available from URL: <http://chemistry.about.com/library/weekly/aa121602a.htm>.
15. Bhogal R.H., Thomas S.S. Necrotizing black tattoo reaction: what's in a name? // *Am. J. Clin. Dermatol.* – 2009. – № 10. – P. 131–133. <https://doi.org/10.2165/00128071-200910020-00007>
16. Bjornberg A. Reactions to light in yellow tattoos from cadmium sulfide // *Arch. Dermatol.* – 1963. – Vol. 88. – P. 267.
17. Duke D., Urioste S., Dover J., Anderson R.R. A reaction to a red lip cosmetic tattoo // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1998. – Vol. 39. – P. 488–490.
18. Garcovich S., Carbone T., Avitabile S., Nasorri F., Fucci N., Cavani A. Lichenoid red tattoo reaction: histological and immunological perspectives // *Eur. J. Dermatol.* – 2012. – Vol. 22, № 1. – P. 93–96. <https://doi.org/10.1684/ejd.2011.1558>
19. Mortimer N.J., Chave T.A., Johnston G.A. Red tattoo reactions // *Clin. Exp. Dermatol.* – 2003. – Vol. 28, № 5. – P. 508–510.
20. Bjornberg A. Reactions to light in yellow tattoos from cadmium sulfide // *Arch. Dermatol.* – 1963. – Vol. 88. – P. 267.
21. Bagnato G.F., De Pasquale R., Glacobbé O., Chirico G., Ricciardi L., Gangemi S., Purrello d'Ambrosio F. Urticaria in a tattooed patient // *Allergol. et immunopathol.* – 1992. – Vol. 27. – P. 32–33.
22. Tazelaar D.J. Hypersensitivity to chromium in a light-blue tattoo // *Dermatologica.* – 1970. – Vol. 141. – P. 282–287.
23. Jacob S.E., Castaneda-Tardan M.P., Blyumin M.L.: Inflammation in green (chromium) tattoos during patch testing // *Dermatitis.* – 2008. – Vol. 19, № 5. – P. 33–34.
24. Lechmann G., Pierchalla P. Tattooing dyes // *Derm. Beruf. Unwels.* – 1988. – Vol. 36, № 5. – P. 152–156.
25. Tazelaar D.J. Hypersensitivity to chromium in a light-blue tattoo // *Dermatologica.* – 1970. – Vol. 141. – P. 282–287.
26. Yoong C., Vun Y.Y., Spelman L., Muir J. True blue football fan: tattoo reaction confined to blue pigment // *Australas. J. Dermatol.* – 2010. – Vol. 51. – P. 21–22. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2009.00608>
27. McFadden N., Lyberg T., Hensten-Pettersen A. Aluminuminduced granulomas in a tattoo // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1989. – Vol. 20, № 5. – P. 903–938.
28. Sonnen G. Type IV hypersensitivity reaction to a temporary tattoo // *Proc. Bayl. Univ. Med. Cent.* – 2007. – Vol. 20. – P. 36–38.
29. Ramirez-Andreo A., Hernandez-Gil A., Brufau C., Marin N., Jimenez N., Hernandez-Gil J., Tercedor J., Soria C. Allergic contact dermatitis to temporary henna tattoos // *Actas. Dermosifiliogr.* – 2007. – Vol. 98, № 2. – P. 91–95.
30. Onder M. Temporary holiday “tattoos” may cause lifelong allergic contact dermatitis when henna is mixed with PPD // *J. Cosmet. Dermatol.* – 2003. – Vol. 2. – P. 126–131.
31. Lechmann G., Pierchalla P. Tattooing dyes // *Derm. Beruf. Unwels.* – 1988. – Vol. 36. – P. 152–156.
32. Wenzel S.M., Welzel J., Hafner C., Landthaler M., Baumler W. Permanent make-up colorants may cause severe skin reactions // *Contact. Dermatitis.* – 2010. – Vol. 63. – P. 223–227.

33. Wenzel S.M., Rittmann I., Landthaler M., Baumler W. Adverse Reactions after Tattooing: Review of the Literature and Comparison to Results of a Survey // *Dermatology*. – 2013. – Vol. 226. – P. 138–147. <https://doi.org/10.1159/000346943>
34. Baumler J., Eibler E.T., Hohenleutner U., Sens B., Landthaler M. Q-switch laser and tattoo pigments: first results of the chemical and photophysical analysis of 41 compounds // *Laser. Surg. Med.* – 2000. – Vol. 26. – P. 13–21.
35. Beute T.C., Miller C.H., Timko A.I., Ross E.V. In vivo special analysis of tattoo pigments // *Dermatol. Surg.* – 2008. – Vol. 34, № 4. – P. 508–515; discussion 515–516. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2007.34096>
36. Vasold R., Naarmans N., Ulrich H., Fisher D., König R., Landthaler M., Baumler W. Tattoo pigments are cleaved by laser light – the chemical analysis in vitro provide evidence for hazardous compounds // *Photochem. and Photobiol.* – 2004. – Vol. 80, № 2. – P. 185–190. <https://doi.org/10.1562/2004-05-17-RA-170.1>
37. Regensburger J., Lehner K., Maisch T., Vasold R., Santarelli F., Engel E., Gollmer A., König B., Landthaler M., Baumler W. Tattoo inks contain polycyclic aromatic hydrocarbons that additionally generate deleterious singlet oxygen // *Exp. Dermatol.* – 2010. – Vol. 19, № 8. – P. 275–281. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2010.01068>
38. Beute T.C., Hogberg T., Loeschner K., Lof D., Serup J. Tattoo inks in general usage contain nanoparticles // *Br. J. Dermatol.* – 2011. – Vol. 165. – P. 1210–1218.
39. Vasold R., Naarmans N., Ulrich H., Fisher D., König R., Landthaler M., Baumler W. Tattoo pigments are cleaved by laser light – the chemical analysis in vitro provide evidence for hazardous compounds // *Photochem. and Photobiol.* – 2004. – Vol. 80, № 2. – P. 185–190.
40. Lechner K., Santarelli F., Vasold R., König B., Landthaler M., Baumler W. Black tattoo inks are a source of problematic substances such as dibutyl phthalate // *Contact. Dermatitis*. – 2011. – Vol. 65. – P. 231–238.
41. Cinotti E., Gallo R., Parodi A. Reazioni avverse ai tatuaggi // *Annali Italiani di Dermatologia Allergologica Clinica e Sperimentale*. – 2012. – Vol. 66, № 1. – P. 23–31.
42. Tang M. M., Beltranimelli H., Perruchoud D. A tattoo complicated by allergic contact dermatitis and panniculitis // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. – 2014. – Vol. 28, № 1. – P. 127–128. <https://doi.org/10.1111/2155-6121.1000159>
43. Juhas E., English J.C. Tattoo-associated complications // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2013. – Vol. 26. – № 2. – P. 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2012.08.005>
44. Kluger N., Comte C., Guillot B. Molluscum contagiosum on a tattoo // *Ann. Dermatol. Venereol.* – 2007. – Vol. 134, № 5. – P. 506–507.
45. Kluger N., Terru D., Godreuil S. Bacteriological and fungal survey of commercial tattoo inks used in daily practice in a tattoo parlour // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2011. – Vol. 25, № 10. – P. 1230–1231. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03788>
46. Post J.J., Dolan K.A., Whybin L.R., Carter I.W., Haber P.S., Lloyd A.R. Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route // *Med. J. Aust.* – 2001. – Vol. 174, № 4. – P. 183–184.
47. Tendas A., Niscola P., Barbati R., Abruzzese E., Cuppelli L., Giovannini M., Scaramucci L., Fratoni S., Ales M., Neri B., Morino L., Dentamaro T., De Fabritiis P. Tattoo related pyoderma/ectyma gangrenous as presenting feature of relapsed acute myeloid leukaemia: an exceptionally rare observation // *Injury*. – 2011. – Vol. 42. – P. 546–547. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2010.08.014>
48. Sweeney S.A., Hicks L.D., Ranallo N., Snyder N., Soldano A.C. Perforating granulomatous dermatitis reaction to exogenous tattoo pigment: a case report and review of the literature // *Am. J. Dermatopathol.* – 2013. – Vol. 35, № 7. – P. 754–756. <https://doi.org/10.1097/DAD.0b013e318209f117>
49. Cruz F.A., Lage D., Frigerio R.M., Zaniboni M.C., Arruda L.H. Reactions to the different pigments in tattoos: a report of two cases // *An Bras. Dermatol.* – 2010. – Vol. 85, № 5. – P. 708–711.
50. Ali S.M., Gilliam A.C., Brodell R.T. Sarcoidosis appearing in a tattoo // *J. Cutan. Med. Surg.* – 2008. – Vol. 12, № 1. – P. 43–48. <https://doi.org/10.2310/7750.2007.00040>
51. Sonnen G. Type IV hypersensitivity reaction to a temporary tattoo // *Proc. Bayl. Univ. Med. Cent.* – 2007. – Vol. 20, № 1. – P. 36–38.
52. Anandasabapathy N., Pulitzer M., Epstein W., Rosenman K., Latkowski J.A. Pseudolymphoma evolving into diffuse large B-cell lymphoma // *Dermatol. Online J.* – 2008. Vol. 14, № 5. – P. 22.
53. Anderson L.L., Cardone J.S., Mc Collough M.L., Grabski W.J. Tattoo pigment mimicking metastatic malignant melanoma // *Dermatol. Surg.* – 1996. – Vol. 22, № 1. – P. 92–94.
54. Campolmi P., Bassi A., Bonan P., Cannarozzo G., Gola M., Rossi Degl'Innocenti D., Lotti T., Massi D. Cutaneous pseudolymphoma localized to black tattoo // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2011. – Vol. 65, № 5. – P. 155–157. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.06.039>
55. Engel E., Vasold R., Santarelli F., Maisch T., Gopee N.V., Howard P.C., Landthaler M., Baumler W. Tattooing of skin results in transportation and light-induced decomposition of tattoo pigments—a first quantification in vivo using a mouse model // *Exp. Dermatol.* – 2010. – Vol. 19, № 11. – P. 54–60. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2009.00925>
56. Jaigirdar A.A., Yeh M.W., Sharifi E., Browne L.W., Leong S.P. Coexisting tattoo pigment and metastatic melanoma in the same sentinel lymph node // *J. Cutan. Med. Surg.* – 2009. – Vol. 13, № 6. – P. 321–325.
57. Kluger N., Koljonen V. Tattoos, inks, and cancer // *Lancet. Oncol.* – 2012. – Vol. 13. – P. 161–168. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70340-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70340-0)
58. Kluger N., Phan A., Debarbieux S., Balme B., Thomas L. Skin cancers arising in tattoos: coincidental or not? // *Dermatology*. – 2008. – Vol. 217, № 3. – P. 219–221. <https://doi.org/10.1159/000143794>
59. Onder M. Temporary holiday «tattoos» may cause lifelong allergic contact dermatitis when henna is mixed with PPD // *J. Cosmet. Dermatol.* – 2003. – Vol. 2, № 3–4. – P. 126–130.
60. Ramirez-Andreo A., Hernandez-Gil A., Brufau C., Marin N., Jimenez N., Hernandez-Gil J., Tercedor J., Soria C. Allergic contact dermatitis to temporary henna tattoos // *Actas. Dermosifiliogr.* – 2007. – Vol. 98, № 2. – P. 91–95.
61. Sanghavi S.A., Dongre A.M., Khopkar U.S. Tattoo reactions—an epidemic on the surge: a report of 3 cases // *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.* – 2013. – Vol. 79, № 2. – P. 231–234. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.107644>
62. Taaffe A., Wyatt E.H. The red tattoo and lichen planus // *Int. J. Dermatol.* – 1980. – Vol. 19, № 7. – P. 394–396.

УДК 618.177-089.888.11-058

К ПРОБЛЕМЕ НОРМАЛИЗАЦИИ ЭКО

И.А. Серова

*доктор философских наук, профессор кафедры философии и биоэтики Пермского государственного
медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь, berrymoor@perm.ru*

М.Д. Ковалева

*доктор социологических наук, профессор кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «ВолГМУ»
Минздрава России, г. Волгоград, biosoc2008@yandex.ru*

В статье представлена педагогическая технология проведения мастер класса для аспирантов по проблеме нормализации ЭКО с помощью моделирования на практическом занятии комплексного социологического исследования, включающего в себя анкетирование, кейс-стадис, фокус-группы, контент-анализ и интервьюирование.

Ключевые слова: ЭКО, нормотворчество, педагогика, права человека, биоэтика, социология медицины.

IN VITRO FERTILIZATION NORM-SETTING

I.A. Serova

D. Sc. (Philosophy), professor of the department of Philosophy and Bioethics of the Perm State University of Medicine named after Academician E.A. Wagner, Perm, berrymoor@perm.ru

M.D. Kovaleva

D. Sc. (Sociology), professor of the department of general hygiene and ecology, Volgograd state medical university, Volgograd, biosoc2008@yandex.ru

The article presents the pedagogical technology of the master class for post-graduate students on the problem of in vitro fertilization norm-setting by means of modeling on the practical lesson of complex sociological research, which includes a survey, case study, focus groups, content analysis and interviewing.

Key words: in vitro fertilization, norm-setting, pedagogy, human rights, bioethics, sociology of medicine.

Проблема нормализации новых высокотехнологичных видов оказания медицинской помощи актуальна по всему спектру услуг (трансплантология, генетическое консультирование, терапевтическое клонирование, участие в клинических исследованиях, репродукция и т. д.) [2]. Законодательное регулирование ЭКО нередко альтернативно, например, редукция эмбрионов в ряде стран запрещена для сохранения новой жизни, а в Англии, наоборот, нельзя пересаживать больше одного эмбриона с целью обеспечения максимально комфортных условий для его развития. Непонятны перспективы репродуктивного туризма, ибо анонимность доноров нарушает права человека, закрепленные в ст. 7, п. 1 «Конвенции о правах ребенка» [1]. Речь идет не только о попрании гуманитарного права знать своих родителей и права на их заботу, но и, если в этом возникнет необходимость, права на медицинскую помощь со стороны генетиков и трансплантологов. Актуальность обретают, на первый взгляд, anomальные вопросы: имеет ли смысл в евгенистических целях замораживать свою сперму и яйцеклетки в пубертатном периоде и использовать ее в течение всей жизни по мере надобности; вводить ли заморозку яйцеклеток и спермы в календарь профилактических мероприятий аномалий развития плода? Почти во всех странах посмертное воспроизводство законодательно не регулируется. Эксперты по завещаниям не принимают его во внимание. Отсутствуют любые инструкции о наделении правом наследства детей, родившихся в результате использования замороженной спермы после смерти отца¹.

Нормирование ЭКО в законодательстве РФ – одно из самых либеральных в мире. Возможность увеличить рождаемость в стране за счет развития высокотехнологичной медицинской помощи стимулирует законодатель расширять спектр репродуктивных услуг за счет средств ОМС в перспективе для всех категорий нуждающихся. Однако известна общемировая статистика успешной реализации процедуры ЭКО – 35 %. Соответственно, по объективным причинам фрустрации общественного мнения вокруг реализации права на репродукцию имеют место. Законодательное нормирование ЭКО с учетом инвазивности и рискованности процедуры не решает проблему его нормализации в общественном сознании. Нормогенез завершается тогда, когда, с точки зрения морали, нет неприемлемых случаев реализации прав человека на репродукцию, когда не возникает сомнения в том, что сделано все возможное и сделано правильно [4]. Нормализация ЭКО пока не произошла: не исчезает скепсис по поводу манипулирования смыслом материнства, как со стороны пациентов, так и со стороны государства и врачебного сообщества.

Общественное сознание развивается через курсы по острым вопросам внедрения новых меди-

цинских технологий в средствах массовой информации, в учебных аудиториях и во врачебных кабинетах. Оценить качество подготовки медицинских кадров высшей квалификации по проблеме нормализации новых высокотехнологичных видов оказания медицинской помощи возможно в ходе проведения мастер-классов по промоушену новых технологий. Для проведения мастер-класса по промоушену ЭКО на практическом занятии для аспирантов использовались социологические приемы измерения общественного мнения – анкетирование, кейс-стадис, фокус-групп, контент-анализ и интервьюирование. Работа проводилась малыми группами, каждая из которых моделировала возможное социологическое исследование проблемы нормализации ЭКО.

В качестве затравки для дискуссии была предложена ситуация из учебника по биоэтике: «Ката прошла радиотерапию по причине лейкемии в возрасте 26 лет, в результате чего стала стерильной. Будучи предупрежденной доктором перед началом лечения о том, что произойдет, она решила с Леной, ее партнером, зачать эмбрионы путем оплодотворения в пробирке, сохранить их и перенести в матку сразу после лечения. Она выздоровела, но разошлась с Леной. Тем не менее, она хочет иметь ребенка и хотела бы, чтобы ей перенесли в матку эмбрионы, которые они зачинали вдвоем. Лена, который тем временем женился, отказывается дать разрешение на перенос эмбрионов, полученных с помощью его спермы» [3].

Анкетирование выявляет отношение населения к возможным выборам в неоднозначных ситуациях, возникающих при ЭКО. Больше половины респондентов положительно отнеслись к решению молодых людей заморозить генетический материал, однако заморозить рекомендуется яйцеклетку неоплодотворенную. Подавляющее большинство признает право Лени отказать Кате в подсаживании эмбриона и не признает ее право решать вопрос о подсаживании оплодотворенной яйцеклетки без Лени. Неоднозначность ответов на вопрос: «Какой способ решения проблемы выбрать Кате?» свидетельствует о незавершенности процесса нормализации ЭКО. Популистский, поддерживаемый половиной респондентов, характер ответа – получить от Лени отказ от родительских прав и самой подписать отказ от претензий в отношении отца ребенка – очевиден для трети опрошенных, которые пока не видят нормального выхода из сложившейся ситуации.

Актуальность проблемы подтверждается на занятии методом кейс-стадис. Реминисценции разнообразных клинических ситуаций моделируют объем обсуждаемой проблемы. На продвижение нормализации ЭКО работает дифференциация вопросов к кейсам на решенные, не решенные и находящиеся в стадии обсуж-

¹Нью-Йоркский случай с Мартином Б. иллюстрирует возникающие осложнения. В 2001 г. Мартин Б. умер, завещая солидное состояние двум сыновьям и любимым внукам. Однако один из его сыновей скончался раньше него, оставив замороженную сперму для использования на усмотрение жены. В 2004 и 2006 гг. она использовала сперму, чтобы родить двух мальчиков, причем это произошло после того, как ей было отказано в наследстве части состояния Мартина Б. Американские адвокаты считают, что люди должны понять, что законное право рожать детей посмертно автоматически не присуждает право на права наследования. Посмертное воспроизводство – классический пример конфликта интересов: есть партнер, который хочет увековечить память об усопшем, есть дети, родившиеся при жизни усопшего, которые не хотят делить причитающееся им наследство, и есть появившиеся на свет дети, нуждающиеся в финансовой поддержке.

дения. Например, к эндокринологу обратилась молодая женщина после неудачного проведения экстракорпорального оплодотворения с диагнозом манифестный гипотиреоз. При подготовке к ЭКО обследование функции щитовидной железы не проводилось. Сейчас женщине предлагают проведение повторного ЭКО после коррекции тиреоидного статуса у эндокринолога, но платно. Участники стадис к решенным отнесли вопрос законодательного регулирования проблемы, ибо оценка тиреоидного статуса входит в стандарт обследования при планировании ЭКО, к нерешенным – некомпетентность или меркантильность медиков, а также недостаточная комплаентность пациентов, к обсуждаемым – вопросы ответственности за разбазаривание бюджетных средств.

Дебаты экспертов моделируются методом фокус-групп. На обсуждение выносятся три вопроса:

1. ЭКО – ваш последний шанс родить ребенка. Готовы ли Вы воспользоваться биологическим материалом донора, который идеально подходит по антропометрическим характеристикам, имеет хорошее здоровье и уровень интеллекта, но неоднократно судим за вооруженный разбой и насилие?

2. Женщине выполнено ЭКО по квоте, беременность протекает без осложнений, но, ссылаясь на семейные обстоятельства, пациентка требует прервать беременность на раннем сроке. Какое решение Вы примете?

3. В медицинском центре, выполняющем ЭКО, случайно были перепутаны пробирки с биологическим материалом, и одной пациентке подсадили эмбрион чужого донора. Эмбрион прижился, беременность протекает физиологично. Правду знаете только Вы, потому что это произошло по Вашей вине. Срок беременности пациентки пока позволяет сделать аборт. Признаетесь ли Вы в ошибке или скроете данный факт?

В ходе обсуждения первого вопроса большинство мужчин высказались в пользу решения использовать любой подходящий донорский материал, в то время как опрошенные женщины высказались однозначно против, даже если это последний шанс. Мужчины полагают, что девиантное поведение не наследуется генетически, однако полностью игнорировать наследственность никто бы не решился. Фокус-групп выявил цивилизационные различия в решении вопроса использования биологического материала донора с «осложненной» наследственностью. Один из респондентов подчеркнул, что на Востоке такое решение не допустимо.

Второй вопрос был снят с обсуждения, т. к. согласно действующему законодательству ЭКО за счет бюджетных средств не может являться основанием для отказа в прерывании беременности на раннем сроке по инициативе пациентки.

По третьему вопросу мнения разделились поровну. Среди тех, кто не был бы готов признать свою ошибку, достаточно много врачей с большим стажем работы, которые не понаслышке знают, как чистосердечное признание зачастую врачебную ошибку превращает в уголовно наказуемое деяние. Молодые специалисты считают необходимым признаться в ошибке и повиниться перед пациентом, пока не поздно.

Контент-анализ ключевых слов мастер-класса обнаружил несоответствие между ожидаемым и неожиданным трендом нормализации ЭКО. В список неподтвержденных ожидаемых слов попали «адвокат», «бесплодие», «донор», в список подтвержденных – «эмбрион», «ЭКО» «врач», «согласие». Неождаанные слова выявили новые тренды в процессе нормализации ЭКО. Слова «женщина», «финансы», «плод» в топе тренда.

Популярны понятия высокотехнологичной медицинской помощи «генетика», «редукция», «яйцеклетка». Тему здоровьесбережения поддерживают слова «аборт», «здоровье», «ответственность», «естественный отбор». Неождаанные слова, сказанные за время обсуждения, превышают по частоте ожидаемые, что свидетельствует о динамике процесса нормализации ЭКО.

Для клинического интервью с «Леней» и «Катей» были сформулированы следующие вопросы:

1. Расскажите немного о себе, кем работаете, чем любите заниматься в свободное время, как Вы познакомились?

2. В какие сроки Вы планировали завести ребенка после химиотерапии?

3. Почему, в итоге, расстались? Связано ли это как-то с болезнью? Кто был инициатором расставания?

4. В каких отношениях Вы состоите с оппонентом в настоящий момент, при каких условиях согласитесь пойти ему навстречу?

5. Что по этому поводу думает ваш партнер сейчас?

6. Если все же суд окажется не на вашей стороне, как вы поступите?

7. Сожалеете ли Вы о том, что пошли на процедуру заморозки биоматериала?

8. Что вы расскажете парам, желающим пройти процедуру заморозки биоматериала?

9. Обсуждалась ли во время принятия решения дилемма – заморозить оплодотворенную яйцеклетку или неоплодотворенную?

Смоделировать интервью оказалось не просто. Никто не смог поставить себя на место Кати.

Мастер-класс для аспирантов в рамках курса «История и философия науки» по проблеме нормализации ЭКО позволяет решать задачи подготовки кадров высшей квалификации, как по педагогическому, так и по исследовательскому направлению, с одной стороны, формируя компетенции профиля медицинской педагогики, с другой стороны, развивая способность к междисциплинарным исследованиям через овладение социологическими приемами измерения проблем в КИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конвенция о правах ребенка [Электронный ресурс]. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.
2. Mailenova F.G. Transformation of ethical norms in society in the era of implementation of the latest technologies // Биоэтика. – 2018. – № 1 (21). – С. 8–12.
3. Седова Н.Н. Биоэтика. Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Изд-во «КноРус», 2016. – С. 210.
4. Сидорова Т.А. Методологические вопросы исследования нормы и нормативности в биоэтике // Биоэтика. – 2014. – № 2 (14). – С. 15–19.

REFERENCES

1. Konvenciya o pravah rebenka [Elektronnyj resurs] [Convention on the Rights of the Child]. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon
2. Mailenova F.G. Transformation of ethical norms in society in the era of implementation of the latest technologies. Bioetika [Bioethics], 2018, no. 1 (21), pp. 8–12.
3. Sedova N.N. Bioetika. Uchebnik dlya studentov medicinskih vuzov [Bioethics. Textbook for medical students]. Moscow: Izd-vo «KnoРус», 2016. P. 210.
4. Sidorova T.A. Metodologicheskie voprosy issledovaniya normy i normativnosti v bioetike [Methodological issues of the study of norms and standards in bioethics]. Bioetika [Bioethics], 2014, no. 2 (14), pp. 15–19. (In Russ.; abstr. in Engl.).

УДК 614.253.1

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СОДЕРЖАЩИМСЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

А.М. Туленков*начальник филиала, кандидат медицинских наук ФКУ Научно-исследовательский институт ФСИН России,
ул. Нарвская, 15а, г. Москва, 125130 e-mail: filialniifsin@mail.ru*

В статье обсуждаются биоэтические основы и проблемы обеспечения практической реализации принципа эквивалентности медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы. Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена необходимостью повышения качества оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы. Среди ключевых проблем можно выделить социально-демографическую характеристику лиц, содержащихся в учреждениях УИС: большая доля представителей маргинальных слоев населения, низкий уровень медицинской грамотности, рискованный тип поведения, наличие гендерной специфики структуры тюремного населения. Данные особенности определяют существенное отличие структуры заболеваемости, характеризующейся более широким распространением хронических и социально значимых заболеваний и более высокую потребность лиц, содержащихся в учреждениях УИС в медицинской помощи. Другим рассматриваемым аспектом являются сами условия пенитенциарных учреждений, в которых реализация принципа эквивалентности затруднена в виду особенностей их деятельности, диктующих необходимость строгого соблюдения режимно-ограничительных мер, что проявляется в существенном ограничении свободного выбора врача или лечебного учреждения, необходимости раскрытия диагноза администрации исправительного учреждения и др. Немаловажным отрицательным фактором является социальная депривация лиц, содержащихся в учреждениях УИС, которая не только препятствует эффективной реабилитации пациентов, страдающих психическими заболеваниями, но и является причиной их возникновения. И наконец, важнейшую роль в обеспечении принципа эквивалентности играет роль врача в системе пенитенциарного здравоохранения. С одной стороны, это взаимоотношение врач-администрация, с другой стороны, это взаимоотношения врач-пациент. Отступление от принципа эквивалентности в данных взаимоотношениях может привести к явлению «двойной лояльности» и взаимному недоверию.

Ключевые слова: принципы биоэтики, осужденные, эквивалентность, медицинская помощь.

BIOETHICAL ASPECTS OF PROVIDING EQUIVALENT MEDICAL TREATMENT FOR PRISONERS

A.M. Tulenkov*Branch Manager, Candidate of Medical Sciences Federal State Institution Research Institute of the Federal Penitentiary
Service Russia, Narvskaja street, 15a, Moscow, 125130 e-mail: filialniifsin@mail.ru*

The article discusses the bioethical foundations and problems of ensuring the practical implementation of the principle of equivalence of medical care for prisoners. The urgency of the problem in question is conditioned by the need to improve the quality of medical care in prisons. Among the key problems can be identified socio-demographic characteristics of prisoners: a large proportion of representatives of the marginalized population, low level of medical literacy, risky behavior, gender specific structure of the prison population. These features determine a significant difference in the structure of morbidity, characterized by a wider prevalence of chronic and socially significant diseases and a higher need for prisoners in medical care. Another aspect under consideration is the prison conditions themselves, in which the implementation of the principle of equivalence is difficult due to the specifics of their activities, dictating the need for strict adherence to regime and restrictive measures, which manifests itself in a significant restriction on the free choice of a doctor or medical institution, the need to disclose the diagnosis of the prison administration and other. An important factor is the negative social factor deprivation of prisoners, which not only hinders the effective rehabilitation of patients suffering from mental illnesses, but also is the cause of their occurrence. Finally, the role of a doctor in the penitentiary health system plays a crucial role in ensuring the equivalence principle. On the one hand, this relationship is a doctor-administration, on the other hand it is a doctor-patient relationship. A departure from the principle of equivalence in these relationships can lead to the phenomenon of «double loyalty» and mutual distrust.

Key words: principles of bioethics, prisoners, equivalence, medical care.

Результаты и обсуждение. Несмотря на многочисленность проблемных вопросов пенитенциарного сектора здравоохранения, поднимаемых в последнее время, немногие из них могут быть отмечены таким вниманием со стороны общества, как вопросы биоэтики при обеспечении эквивалентности медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы.

Основу этического конфликта определяет двойственность и противоречия пенитенциарного института, обусловленные той общественной функцией, которая возложена на пенитенциарную систему. С одной стороны, она обеспечивает изоляцию преступников от общества, а также служит наказанием для лиц, совершивших правонарушение [4], что длительное время априорно сопровождалась созданием достаточно жестких условий, ведь, согласно «золотым правилам тюрьмы», лишение свободы должно восприниматься осужденными именно в качестве на-

казания: «...уровень жизни в тюрьме всегда должен быть ниже, чем уровень жизни самого низкооплачиваемого рабочего» и «исполнение наказаний должно быть организовано таким образом, чтобы представители «группы риска» предпочитали заключение пусть жалкое, но существование на свободе» [15].

С другой стороны, в теории пенитенциарной науки развиты понятия перевоспитания и реабилитации осужденных, что привело к провозглашению в современной пенитенциарной системе принципа «равенства» или «эквивалентности» [13], при котором лишение свободы не означает автоматического лишения своих политических, гражданских, социальных, экономических и культурных прав, а содержание заключенных должно соответствовать уровню, эквивалентному уровню жизни, предоставляемому населению данной страны [11]. Эквивалентность медицинской помощи в пенитенциарном учреждении, с этической точки зрения,

характеризует уровень реализации принципа равенства в обществе в целом, и в этом отношении принцип эквивалентности медицинской помощи рассматривается как один из столпов этики пенитенциарного здравоохранения [8]. В результате, в острое противоречие с «золотыми правилами тюрьмы» вступают нравственно-этические принципы, изначально заложенные в медицине, выражающие высшие принципы гуманизма, ибо именно врачу принадлежит основная роль в обеспечении здорового образа жизни, так как он непосредственно имеет дело с жизнью, здоровьем, а также с болезнью и смертью человека [3].

На сегодняшний день многие страны Евросоюза заложили принципы «эквивалентности» в свое национальное законодательство, нормирующее порядок оказания медицинской помощи заключенным. Однако реализация принципа эквивалентности во всех тюрьмах западной Европы, принявших его первыми, еще далека от повсеместного практического применения, что обусловлено рядом этических, клинических и экономических факторов.

В частности, этические императивы медицинских работников (конфиденциальность, приоритет интересов пациента, получение согласия на лечебно-диагностические мероприятия на основе полной информации) являются константами, независимыми от ведомственной принадлежности. Однако есть обстоятельства, в которых существующее нормативно-правовое регулирование оставляет этические дилеммы для медицинского работника, параллели которых в общественном здравоохранении нет. В частности, это относится к требованиям администрации пенитенциарного учреждения на осмотр полостей тела, осмотр с целью выявления следов физического воздействия, констатация смерти осужденных. Кроме того, несмотря на принцип конфиденциальности, в ряде случаев возможно возникновение ситуации, когда необходимо раскрытие медицинским работником представителю администрации исправительного учреждения медицинской информации того или иного осужденного.

Кроме того, независимость личности, подразумевающая свободу выбора и передвижения, которая является фундаментальной этической ценностью, не может быть реализована в исправительном учреждении таким же образом как в сообществе. Поэтому в реальности исполнение цели пенитенциарных властей по достижению безопасности и дисциплины может находиться в противоречии относительно независимости заключенных в области охраны их здоровья, самый очевидный пример этого – существенное ограничение невозможности для заключенных иметь реальной свободы выбора доктора или медицинского учреждения [2].

Существуют и другие трудности в реализации независимости принятия пациентом решения. Проблемы реализации права давать согласие на лечение или отказаться от него редко исследуются в пенитенциарных учреждениях, несмотря на наличие законодательства, подтверждающего необходимость уважать осознанный отказ от медицинской помощи. В соответствии с существующим законодательством многих европейских стран, если дееспособный взрослый гражданин отказывается от лечения соматического заболевания, этот выбор следует уважать, даже если его последствием может стать летальный исход [7]. Тем не менее, последствия смерти в результате отказа от лечения или самоубийства в условиях исправительного учреждения различаются кардинально: летальный случай в исправительном учреждении рассматривается как «ошибка» системы здравоохранения, тогда как в обществе допустимы рассуждения, что «такое иногда случается» или «это его выбор».

Фактор состояния здоровья может затронуть важные стороны отбывания наказания заключенного, в частности оно влияет на продолжительность или условия отбывания наказания заключенным. Это накладывает существенные ограничения на их свободу выбора в отношении медицинской помощи и

лечения, так как осужденные представляют собой особый профиль пациента, характеризующийся стремлением добиваться получения длительного лечения, в надежде на смягчение условия содержания и сокращения срока заключения [12]. В результате, остается актуальным один из аспектов, являющийся очень характерным для медицинской помощи в исправительном учреждении, – вопрос о симуляции, которая подрывает терапевтические отношения между врачом и пациентом. Учитывая недоверие осужденных и опасаясь симуляции, значительная часть медперсонала становится предвзятой в оценке потребностей осужденных, что, безусловно, влечет к ухудшению медицинского обслуживания.

Врачи, работающие в местах лишения свободы, должны быть особенно осторожными, чтобы избежать манипуляций не только со стороны осужденных, но и со стороны администрации исправительного учреждения, что может значительно изменить качество отношений по сравнению с нормальными отношениями «врач-пациент». Это представляет собой одну из трудно решаемых задач в работе врача пенитенциарной системы, который слишком глубоко вовлечен в функционирование исправительного учреждения, чтобы оставаться нейтральным и избежать отклонения от принципа эквивалентности [13].

Другой особенностью реализации принципа эквивалентности является необходимость обеспечения спроса на медицинскую помощь, регулируемая в соответствии с особенностями, определяющими реальные потребности в ней лиц, содержащихся в исправительном учреждении, которые значительно отличаются от потребностей остального населения [10]. Эти два требования, реализуемые в пенитенциарной системе – систематическое вмешательство и регулирование спроса, не ставят под сомнение принцип эквивалентности, но ясно показывают этические трудности и степень приложения необходимых усилий, направленных на избежание отклонений от данного принципа.

Нередко также игнорируются проблемы, вытекающие из гендерной специфики медико-санитарных потребностей и семейных обязанностей [1], в результате чего предоставление услуг по охране репродуктивного здоровья, информация о здоровом образе жизни, профилактике и лечении в женских пенитенциарных учреждениях часто представлено более ограничено, чем в мужских [6,9], что делает проблему доступа к качественной медицинской помощи для данной группы осужденных особо актуальной.

Чрезвычайно трудно обеспечивать равноценное медицинское обслуживание в местах лишения свободы, где проблемы психического здоровья широко распространены и представляет собой характерное явление для абсолютного большинства исправительных учреждений. При этом в исправительные учреждения поступают пациенты, которым лечение либо не назначалось или оно не закончено, а у значительного числа пациентов течение психического заболевания осложняется наркотической зависимостью.

Большинство экспертов убеждены, что эквивалентность медицинского обеспечения в психиатрии никогда не будет достигнута, потому что, с одной стороны, тюрьма представляет собой среду, наносящую вред психическому здоровью [5], а с другой – врач никогда не сможет создать условия в исправительном учреждении для пациента с психиатрической патологией, в которых он больше всего нуждается: стабильных семейных отношений, стойких социальных связей, трудовой занятости и, конечно, свободы [14].

Наконец, принцип эквивалентности может стать несостоятельным в виду недостаточности объема и числа проводимых среди населения лечебных и профилактических мероприятий по отношению к осужденным, так как они не принимают во внимание необходимость адаптировать эти действия к конкретным требованиям исправительного учреждения, что, в итоге, не позволит достичь поставленных целей [13].

С другой стороны, спектр методов лечения может сузиться ввиду отсутствия возможности осуществлять или контролировать то или иное лечение в условиях исправительного учреждения, не могут быть проведены длительные и сложные процедуры, или они могут быть прерваны по причине этапирования осужденного из одного исправительного учреждения в другое.

Кроме того, со стороны специалистов национального здравоохранения до сих пор наблюдалось явное нежелание принимать осужденных или посещать их в исправительном учреждении, что, в первую очередь, обусловлено негативными эмоциональными реакциями из-за характера правонарушения, совершенного пациентом [13]. Поскольку это достаточно типичное явление для тюрем, врачи, работающие в исправительных учреждениях, нуждаются в соответствующем руководстве и поддержке, чтобы справляться с возможными трудностями.

Заключение. Таким образом, принцип эквивалентности медицинской помощи для медицинских работников представляет собой эталон, особенно с этической точки зрения. Он очень рентабелен в отношении осужденных, которые получают медицинскую помощь, по объему и качеству эквивалентную медицинской помощи, оказываемой остальному населению. Однако, принимая во внимание особенности пенитенциарной системы, с клинической и экономической точек зрения, необходимости осуществления длительных, сложных лечебных или превентивных мер, принцип эквивалентности не всегда применим.

Проведенный анализ данных научной литературы зарубежных стран, имеющих более чем 30-летний опыт поиска путей решения вопросов максимального обеспечения принципа эквивалентности в пенитенциарных учреждениях, свидетельствует об отсутствии какого-либо универсального решения, позволяющего реализовать его полностью [2,7,8,11]. В то же время на сегодняшний день можно говорить о наличии ряде мер, реализация которых позволяет существенно сближить уровни пенитенциарного и общественного здравоохранения:

- максимальная интеграция пенитенциарного и общественного секторов здравоохранения, в идеале их полное слияние;
- максимальная открытость пенитенциарной системы для общественного контроля обеспечения качествам медицинской помощи;
- широкое внедрение информационных технологий, направленных на мониторинг движения пациентов, оценку объема и качества оказываемой медицинской помощи, внедрение телемедицины и дистанционных методов контроля;
- адаптация к условиям пенитенциарных учреждений протоколов и стандартов оказания медицинской помощи.

Существенное движение вперед пенитенциарной медицины видится в строгой рационализации всех действий, связанных со скринингом, профилактикой и лечением. Интеграция доказательной медицины в понятие эквивалентности медицинской помощи является важным этапом в этом процессе. Такие изменения требуют более углубленного исследования, разработки пилотных проектов, а также синтеза, мета-анализа и агрегации различных баз знаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Устранить несправедливость на гендерной почве в области здравоохранения в местах лишения свободы // Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы. – Копенгаген: ВОЗ, 2009. – 85 с.
2. ВОЗ. Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке: краткий аналитический обзор по вопросу организации пенитенциарного здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2014. – 42 с.
3. ООН. Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других

жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения // Официальный отчет Генеральной Ассамблеи, тридцать седьмая сессия. – Нью-Йорк: ООН, 1982. – Доп. № 51. – С. 305–307.

4. ООН. Меры, связанные и не связанные с лишением свободы: альтернативы тюремному заключению: пособие по оценке систем уголовного правосудия. – Нью-Йорк: ООН, 2010. – 47 с.

5. Пономарев С.Б., Половникова А.А., Тощий С.И., Чубаров А.Л. Синдром тюремной социальной депривации в молодом возрасте: монография. – Екатеринбург: УрО РАН, 2008. – 148 с.

6. ЮНЭЙДС, УНП ООН. Женщины и ВИЧ-инфекция в местах лишения свободы. – 2009. – 8 с.

7. Anno B.J. Correctional health care: guidelines for the management of an adequate delivery system. – Washington, DC: National Institute of Corrections, 2001. – 596 p.

8. Birmingham L., Wilson S., Adshad G. Prison medicine: ethics and equivalence // Br. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 188. – P. 4–6.

9. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV // Br. Med. J. – 1992. – Vol. 304 (6830). – P. 809–813.

10. Condon L., Hek G., Harris F. Public health, health promotion and the health of people in prison // Com. Pract. – 2006. – Vol. 79(1). – P. 19–22.

11. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules [Electronic resource]. – URL: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>.

12. Delgado M., Humm-Delgado D. Health and health care in the nation's prisons: issues, challenges, and policies (6-nd ed.). – New York: Rowman & Littlefield Publishers, 2009. – 300 p.

12. Niveau G. Relevance and limits of the principle of «equivalence of care» in prison medicine // J. Med. Ethics. – 2007. – Vol. 33 (10). – P. 610–613.

13. Nurse J., Woodcock P., Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study // BMJ. – 2003. – Vol. 327. – P. 480.

14. Rusche G., Kirchheimer O. Peine et structure sociale: histories et «théorie critique» de regime penal. – Paris: Les éditions du Cerf, 1994. – 185 p.

REFERENCES

1. WHO. Ustranit' nespravedlivost' na gendernoj pochve v oblasti zdorovoohranenija v mestah lishenija svobody [Correcting gender inequity in prison health] // Ohrana zdorov'ja zhenshhin v mestah lishenija svobody [Women's health in prison]. Copenhagen: WHO, 2009.
2. WHO. Razumnoe strategicheskoe rukovodstvo ohranoj zdorov'ja v mestah lishenija svobody v XXI veke: kratkij analiticheskij obzor po voprosu organizacii penitenciarного zdorovoohranenija [Reasonable strategic management of health in prisons in the 21st century: a brief analytical overview on the organization of penitentiary health care]. Copenhagen: WHO, 2014. 85 p.
3. UN. Principy medicinskoj jetiki, odnosjashiesja k roli rabotnikov zdorovoohranenija, v osobennosti vrachej, v zashhite zakljuchennyh i zaderzhannyh lic ot pytok i drugih zhestokih, beschelovechnyh ili unizhajushhih dostoinstvo vidov obrashhenija [Principles of medical ethics relating to the role of health workers, especially doctors, in protecting prisoners and detainees from torture and other cruel, inhuman or degrading treatment] // The official records of the General Assembly, thirty-seventh session. New York: United Nations. 1982. Sup. 51. P. 305–307.
4. UN. Mery, svjazannye i ne svjazannye s lisheniem svobody: al'ternativy tjuremnomu zakljucheniju: posobie po ocenke sistem ugovolnogo pravosudija [Measures related to and non-custodial: alternatives to imprisonment: a manual on the evaluation of criminal justice systems]. New York: United Nations, 2010. 47 p.
5. Ponomarev S.B., Polovnikova A.A., Tockij S.I., Chubarov A.L. Sindrom tjuremnoj social'noj deprivacii v molodom vozraste: monografija [Syndrome of prison social deprivation at a young age: monograph]. Ekaterinburg: URO RAN, 2008. 148 p.
6. Anno B.J. Correctional health care: guidelines for the management of an adequate delivery system. Washington, DC: National Institute of Corrections, 2001. 596 p.
7. Birmingham L., Wilson S., Adshad G. Prison medicine: ethics and equivalence. Br. J. Psychiatry, 2006, Vol. 188, pp. 4–6.

8. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Br. Med. J., 1992, Vol. 304(6830), P. 809–813.

9. Condon L., Hek G., Harris F. Public health, health promotion and the health of people in prison. Com. Pract., 2006, Vol. 79 (1), P. 19–22.

10. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules. URL: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>.

11. Delgado M., Humm-Delgado D. Health and health care in the nation's prisons: issues, challenges, and policies. (6-nd ed.). New York: Rowman & Littlefield Publishers, 2009. 300 p.

12. Niveau G. Relevance and limits of the principle of «equivalence of care» in prison medicine. J. Med. Ethics, 2007, Vol. 33 (10), pp. 610–613.

13. Nurse J., Woodcock P., Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. BMJ, 2003, Vol. 327, p. 480.

14. Rusche G., Kirchheimer O. Peine et structure sociale: histoires et «théorie critique» de regime penal. Paris: Les éditions du Cerf, 1994. 185 p.

УДК 614.253

КВЕСТЫ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ В ГИГИЕНИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ

Н.И. Латышевская

д. м. н., профессор, зав. каф. общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «ВолзГМУ» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, г. Волгоград, latyshnata@mail.ru

Л.А. Давыденко

д. м. н., доцент, профессор кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «ВолзГМУ» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, г. Волгоград, ladav52@mail.ru

А.В. Беляева

к. б. н., ассистент кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «ВолзГМУ» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, г. Волгоград, bel.alina@list.ru

Актуальной задачей профессионального обучения студента-медика является внедрение инновационных образовательных технологий, которые позволяют повысить интерес студентов и «включить» их в совместное с преподавателем производство знаний и их деятельное применение. В статье рассматриваются некоторые этические аспекты и проблемы, которые возникли при проведении квеста по дисциплине «Гигиена» как инновационной технологии. Авторы отметили, что изменяется характер отношений между студентами и преподавателями (педагог во время квеста превращается в модератора-участника группы, у которого есть особые права и который следит за тем, чтобы другие участники соблюдали правила игры). Во-вторых, возникает проблема сочетания коллективной (групповой) деятельности студентов и индивидуальной заинтересованности в результатах работы. В-третьих, существует проблема инертности и нежелания отходить от традиционных массовых практик оценки качества знаний профессорско-преподавательским составом старшего возраста, «разрыв поколенческих ценностей образовательного процесса». Таким образом, квест повышает уровень интереса студентов к предмету, позволяет им быть активными участниками действий, стимулирует развитие профессиональных качеств.

Ключевые слова: квест, инновационные педагогические технологии, этические аспекты, студенты, преподаватель, оценка качества обучения.

QUESTS AS AN INNOVATIVE PEDAGOGICAL TECHNOLOGY FOR ASSESSING THE QUALITY OF STUDENTS' TRAINING IN HYGIENIC EDUCATION: ETHICAL ASPECTS AND PROBLEMS

N.I. Latyshevskaya

MD, professor, head of the department of general hygiene and ecology, Volgograd state medical university, Volgograd, Russia, SI «Volgograd Medical Research Center», Volgograd, latyshnata@mail.ru

L.A. Davydenko

MD, professor of the of the department of general hygiene and ecology, Volgograd state medical university, Volgograd, Russia, SI «Volgograd Medical Research Center», Volgograd, ladav52@mail.ru

A.V. Belyaeva

PhD, assistant of the of the department of general hygiene and ecology, Volgograd state medical university, Volgograd, Russia, SI «Volgograd Medical Research Center», Volgograd, bel.alina@list.ru

The urgent task of vocational training for a medical student is the introduction of innovative educational technologies that increase the interest of students and «include» them in a joint production with the teacher of knowledge and their active use. The article discusses some ethical aspects and problems that arose during the quest for the discipline «Hygiene» as an innovative technology. The authors noted that the nature of the relationship between students and teachers is changing (the teacher at the time of the quest turns into a group member moderator who has special rights and who ensures that other participants comply with the rules of the game). Secondly, the problem arises of combining the collective (group) activity of students and individual interest in the results of work. Thirdly, inertia and reluctance to depart from the traditional mass practices of assessing the quality of knowledge by older faculty, «the gap in the generational values of the educational process». Thus, the quest raises the level of students' interest in the subject, allows them to be active participants in the actions, stimulates the development of such professional skills of the doctor as teamwork, the ability to make quick decisions, and act in conditions of uncertainty. In the face of increasing demands on the quality of vocational education, it is necessary to popularize the quest and other innovative educational technologies among university professors.

Key words: quest, innovative pedagogical technologies, ethical aspects, students, teacher, assessment of training quality.

Требования, предъявляемые к современному образовательному процессу в высшей школе, предполагают обязательное использование инновационных технологий, которые могут быть связаны с внесением изменений в цели и содержание дисциплины, в учебно-методическое обеспечение, в систему контроля знаний и умений и, конечно, в деятельность и взаимоотношения студента и преподавателя. Последнее особо актуально в связи с изменением сущности педагогического взаимодействия: студент является не только объектом обучения, на которого воздействуют и которому предъявляются определенные требования, но и субъектом процесса обучения, активно на него влияющего [1]. При этом современное поколение студентов – это первое поколение молодых людей, появившееся в эпоху Интернета (поколение Z – центениалы), они не знают, какой была жизнь без гаджетов, они не делят мир на цифровой и реальный, предпочитают смотреть, а не читать; Интернет научил их «перекрестному» восприятию информации, научил привычке работать с материалами, наполненными гиперссылками [3].

По мнению И.Н. Сенченко [9], многообразие информационных и образовательных источников значительно снизили информационную ценность лекции. Для поколения молодых людей модель взаимоотношений «преподаватель сообщает новый материал, а студент его активно воспринимает и конспектирует» становится все менее распространенной. С другой стороны, доступность сетевых технологий, «интернетовской», не всегда научной информации приводят к снижению интереса у студентов к работе с первоисточниками, архивными материалами [5] и т. п.

Не надо забывать, что особенностью развития отечественного здравоохранения были и остаются ориентация на очень высокий интеллектуальный потенциал, последовательность в нравственном обеспечении всех изменений в медицине, длительное господство патерналистского принципа отношений врача и больного [6, 8], что аргументирует поиск и внедрение новых эффективных педагогических технологий в образовательный процесс в медицинском вузе с учетом базовых биоэтических принципов медицины.

В такой ситуации встает вопрос: как сохранять и развивать у студента познавательный интерес к изучаемой дисциплине, аналитическое и творческое мышление? Как «включить» студентов в совместное с преподавателем производство знаний и их деятельное применение [9]?

Ответом может быть расширение в современном образовании инновационной деятельности, сущность которой заключается в обновлении традиционного педагогического процесса. К числу инновационных педагогических технологий относятся компьютерные, сетевые, дистанционные технологии, имитационные (исполнение ролей; «деловой театр», психодрама и социодрама) технологии, тренинги, коучинг, квизы. В последние годы наиболее активно начали применяться в современной школе, учреждениях среднего профессионального и высшего профессионального образования веб-квесты и квесты [10]. Широко используются квест-технологии в педагогическом и политехническом образовании, при изучении психологии, обществоведческих дисциплин и т. п. В последние 2–3 года появились публикации о подготовке и проведении квестов в медицинских вузах: квест «Хирургический биатлон» (Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы) [4], квест «Оказание медицинской помощи в критических ситуациях» (Саратовский ГМУ им. Разумовского) [7], «Квест как технология подготовки к третьему этапу первичной аккредитации» (Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова) [2] и др.

Кафедра общей гигиены и экологии Волгоградского государственного медицинского университета подготовила и апробировала квест-технологию как составляющую системы оценки качества подготовки

студентов при реализации компетентностного подхода в гигиеническом образовании.

Выбор данной инновационной педагогической технологии определил следующие аргументы:

1. При реализации компетентностного подхода в оценке качества знаний студента существует предметный (проверка сформированности знаний, умений и навыков) и деятельностный подходы (проверка сформированности компетенций). Чаще всего реализация предметного подхода осуществляется в виде тестирования, которое пришло к нам из стран, где действует Болонская система образования. Но есть ряд обстоятельств, которые уменьшают главное преимущество этой системы проверки знаний – объективность. Не секрет, что у студентов могут появляться варианты готовых ответов («студенческий шпионаж»), что в наше время высоких технологий не так уж и сложно, использование всевозможных трансляторов информации, не видимых преподавателю и пр. Кроме того, в тестах студенту предлагается несколько вариантов ответа, так что особенно везучие молодые люди могут просто угадать правильный ответ.

2. Деятельностный подход, по сути, позволяет оценить сформированность поведенческой модели специалиста (компетенции) в конкретной ситуации. При этом мы понимаем, что компетенции не равны сумме знаний, умений и навыков, они демонстрируют готовность мобилизовать их в конкретных ситуациях; демонстрируют способность применять знания, умения, ценностный и практический опыт для успешного решения личностных и профессиональных задач.

В качестве реализации деятельностного подхода был подготовлен реалити-квест для студентов педиатрического факультета как способ проверки общепрофессиональных и профессиональных компетенций в практической деятельности специалиста, приобретенных в курсе изучения модулей «Гигиена окружающей среды», «Гигиена питания», «Гигиена труда», «Гигиена лечебно-профилактических организаций», «Гигиена детей и подростков». Участие и положительный результат работы студента в квесте рассматривался как показатель, дающий бонус (дополнительные баллы) студенту при оценке его успеваемости (согласно Положению о балльно-рейтинговой системе оценки успеваемости студентов кафедры общей гигиены и экологии).

Для выполнения пятнадцати заданий квеста студенты самостоятельно формировали микрогруппы в количестве 5–7 человек (в состав микрогруппы входили студенты, продемонстрировавшие хорошие и отличные знания при обучении на кафедре в течение двух семестров и имеющие желание улучшить показатели рейтинга). Задания квеста предполагали работу не только на территории кафедры, но и в других подразделениях университета (деканат, столовая, рекреации и пр.). По окончании выполнения всех заданий лидер микрогруппы получал конверт, в котором находились фишки различной стоимости (баллы – от 5 до 10), которые студенты должны были распределить между собой с учетом вклада каждого участника в решении предлагаемых заданий. Декларируемое время прохождения квеста – 60 минут.

Информация о возможности участия в реалити-квесте на кафедре общей гигиены вызвала высокую заинтересованность среди студентов: количество молодых людей, желающих принять участие, превысило временные возможности расписания, в связи с чем два реалити-квеста были проведены во внеучебное время. Изучение мотивации студентов для выполнения такой работы показало, что приоритетными были не только желание заработать дополнительные баллы к рейтингу, но и участие в нестандартном способе оценки их знаний, в стремлении и желании самого играющего к максимальному проявлению личных качеств и возможностей.

Первый опыт внедрения квеста как инновационной технологии оценки качества подготовки студен-

тов позволил сформулировать некоторые этические аспекты и проблемы, которые необходимо знать при дальнейшем развитии этой инновации. Необходимо учитывать, что навыки общения в современном социуме, в том числе у студентов медицинских вузов, недостаточно развиты, поскольку преобладает виртуальное общение и коммуникация посредством гаджетов. В этой связи объективно оценить уровень знаний, только исходя из устного ответа, не представляется возможным, так как неумение формулировать свои ответы может быть ошибочно расценено как отсутствие знаний. Оценка качества знаний по результатам выполнения заданий квеста позволяет выявить не только запоминание конкретных гигиенических норм и правил, но и дает возможность формирования организаторских способностей, инициативы при принятии решений и, в конечном счете, профилактического мышления.

Мы согласны с мнением Мартынюка Ю.М. с соавторами [5], что проведение квестов в преподавании вузовских дисциплин оказывает влияние не только на интеллектуальную, но и на ценностную сферу обучающихся. Они имеют большую воспитательную значимость, так как ситуации, возникающие в процессе игры, способствуют проявлению личностно-нравственных качеств, способствующих или мешающих успешной работе в команде.

Важнейший этический аспект состоит и в том, что работа в группе требует от студентов особой ответственности, готовности принимать решения исходя не только из собственных интересов, но, прежде всего, из интересов группы.

Подведение итогов качества работы и получение бонусов разного достоинства требует соблюдения этики взаимоотношений внутри группы, уважительного отношения к товарищам, исключения «нечестной игры». Конечно, необходимо отметить и особую эмоциональную насыщенность работы студентов при прохождении квеста. По их мнению, квест был самым запоминающимся событием при изучении общей гигиены.

Вместе с тем необходимо отметить некоторые этические проблемы подготовки и внедрения квест-технологий:

- изменяется характер отношений между студентами и преподавателями: последний из специалистов, который «обязан» донести, «разжевать» необходимую информацию, превращается в модератора (участника группы), у которого есть особые права и который следит за тем, чтобы другие участники соблюдали правила игры;
- возникает проблема сочетания коллективной (групповой) деятельности студентов и индивидуальной заинтересованности в результатах работы;
- инертность и нежелание отходить от традиционных массовых практик оценки качества знаний профессорско-преподавательским составом старшего возраста, «разрыв поколенческих ценностей образовательного процесса» [3].

Таким образом, наш опыт подготовки и проведения квеста позволяет сделать выводы:

- данная технология способствует развитию познавательного интереса к изучаемому предмету, сплочению коллектива во имя достижения единой цели; повышает мотивационную составляющую деятельности студентов, основанную на реализации их личностных запросов;
- квест, как форма проведения занятий, позволяет студентам быть активными участниками действий, стимулирует развитие качеств личности, необходимых будущим профессионалам: способность быстро принимать решения, действовать в условиях неопределенности, мыслить неординарно и пр.;
- квест как инновационная педагогическая технология может быть использована при оценке качества подготовки студентов;

- в условиях возрастающих требований к качеству профессионального образования необходима популяризация среди профессорско-преподавательского состава вуза инновационных образовательных технологий, обновление традиционного педагогического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володичева Т.Б. Гуманитарные педагогические технологии в проектировании инновационного образовательного процесса при изучении биологии в медицинском вузе / Т.Б. Володичева, Н.А. Гетман // *International journal of experimental education*. – 2017. – № 7. – С. 15–19.
2. Зарипова З.А. Квест как технология подготовки к третьему этапу первичной аккредитации / З.А. Зарипова, С.В. Касперович // Конференция Росмедобр-2017 – РОСОМЭД-2017. – Санкт-Петербург, 2017.
3. Кичерова М.Н. Образовательные квесты как креативная педагогическая технология для студентов нового поколения / М.Н. Кичерова, Г.З. Ефимова // Интернет-журнал «Мир науки». – 2016. – Т. 4, № 5. – С. 1–9.
4. Логвинов Ю.И. Профессиональная игра – хирургический квест как метод симуляционного обучения врачей-хирургов действиям при сочетанной закрытой травме печени / Ю.И. Логвинов, А.В. Климаков, С.С. Лебедев и др. // *Виртуальные технологии в медицине*. – 2017. – № 1 (17). – С. 28–31.
5. Мартынюк Ю.М. Методологические основания и этические принципы организации дидактической игры «квест» в обучении информатике / Ю.М. Мартынюк, С.В. Даниленко, Ю.В. Шарановская // *Ученые записки. Электронный журнал Курского государственного университета*. – 2017. – № 4 (44).
6. Петров В.И. Практическая биоэтика: монография / В.И. Петров, Н.Н. Седова. – М.: Триумф, 2002. – 145 с.
7. Попков В.М. Формирование эффективной модели обучения – главная цель квест-технологий / В.М. Попков, И.О. Бугваева, Н.А. Клоктунова и др. // *Медицинское образование и вузовская наука*. – 2017. – № 2. – С. 51–55.
8. Седова Н.Н. Биоэтика и право в медицинской культуре // *Гуманитарное образование в медицинском вузе*. – Волгоград: издательство ВолГМУ. – 2005.
9. Сенченко И.Н. Образовательные квесты: опыт проведения и научно-практический потенциал / И.Н. Сенченко // *Гуманитарные и социальные науки*. – 2017. – № 6. – С. 293–299.
10. Хлупина Н.О. Использование веб-квест технологий в организации самостоятельной работы студентов // *Сибирский педагогический журнал*. – 2016. – № 5 – С. 87–91.

REFERENCES

1. Volodicheva T.B. Gumanitarnye pedagogicheskie tehnologii v proektirovanii innovacionnogo obrazovatel'nogo processa pri izuchenii biologii v medicinskom vuze [Humanitarian pedagogical technologies in the design of innovative educational process in the study of biology in a medical school]. *International journal of experimental education*, 2017, no. 7, pp. 15–19. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Zaripova Z.A. Kvest kak texnologiya podgotovki k tretemu etapu pervichnoj akkreditacii [Quest as a technology of preparation for the third stage of primary accreditation]. *Konferenciya Rosmedobr-2017 – ROSOMED-2017*. Saint Petersburg, 2017.
3. Kicherova M.N. Obrazovatelnye kvesty kak kreativnaya pedagogicheskaya texnologiya dlya studentov novogo pokoleniya [Educational quests as a creative pedagogical technology for students of a new generation]. *Internet-zhurnal «Mir nauki»* [Internet magazine «World of Science»], 2016, Vol. 4, no. 5, pp. 1–9. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Logvinov Yu.I. Professionalnaya igra – xirurgicheskij kvest kak metod simuljacionnogo obucheniya vrachej-xirurgov dejstviam pri sochetannoj zakrytoj travme pečeni [Professional game - surgical quest as a method of simulation training of medical surgeons in the actions of combined liver injury]. *Virtualnye tehnologii v medicinie* [Virtual technologies in medicine], 2017, no. 1 (17), pp. 28–31. (In Russ.; abstr. in Engl.).
5. Martynyuk Yu.M. Metodologicheskie osnovaniya i eticheskie principy organizacii didakticheskoi igry «kvest» v obuchenii informatike [Methodological foundations and ethical principles of the organization of the didactic game «quest» in teaching computer science]. *Uchenye zapiski. Elektronnyj nauchnyj zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta* [Scientific notes. Electronic scientific journal of Kursk State University], 2017, no. 4 (44). (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Petrov V. I., Sedova N.N. Prakticheskaya bioetika [Practical Bioethics: monograph]. Moscow, Triumf, 2002. 145 p.

7. Popkov V.M. Formirovanie effektivnoj modeli obucheniya – glavnaya cel kvest-texnologij [Formation of an effective learning model is the main goal of quest technologies]. *Medicinskoe obrazovanie i vuzovskaya nauka* [Medical education and university science], 2017, no. 2, pp. 51–55. (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Sedova N.N. Bioetika i pravo v medicinskoj kulture [Bioethics and law in medical culture]. In *Gumanitarnoe obrazovanie v medicinskom vuze* [Humanitarian education in a medical school]. Volgograd: izdatelstvo VolgGMU, 2005.

9. Senchenko I.N. Obrazovatelnye kvesty: opyt provedeniya i nauchno-prakticheskij potencial [Educational quests: the experience of carrying out and scientific and practical potential]. *Gumanitarnye i socialnye nauki* [Humanities and Social Sciences], 2017, no. 6, pp. 293–299. (In Russ.; abstr. in Engl.).

10. Xlupina N.O. Ispolzovanie veb-kvest texnologii v organizacii samostoyatelnoj raboty studentov [Using the web quest technology in the organization of students' independent work]. *Sibirskij pedagogicheskij zhurnal* [Siberian Pedagogical Journal], 2016, no. 5, pp. 87–91. (In Russ.; abstr. in Engl.).

УДК 614.253:159.9

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В СУПЕРВИЗИИ

В.В. Деларю

кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор кафедры общей и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград;
vvdnvd@gmail.com

М.Е. Волчанский

доктор социологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО
«Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград; socpsymed@mail.ru

В.В. Болучевская

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Волгоградский
государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград; boluchevskaya@yandex.ru

Ю.С. Навроцкая

преподаватель кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград; taranova.uliya@mail.ru

Рассмотрены этические проблемы достаточно новой учебной дисциплины у психологов – супервизии. Представлены два подхода к ее реализации в процессе додипломной подготовки специалистов – обучающий и личностный; затронуты такие этические вопросы, как: в каких группах должны обучаться студенты, учебных или терапевтических, содержание таких занятий с точки зрения этики и др. Предлагается обсуждение данных вопросов на посвященной супервизии специальной Всероссийской конференции.

Ключевые слова: супервизия, психологическое образование, этические проблемы.

ETHICAL PROBLEMS OF TEACHING CLINICAL PSYCHOLOGISTS IN SUPERVISION

V.V. Delarue

Candidate of medical Sciences, Doctor of sociologic Sciences, professor of the Department of general and clinical psychology
of the Volgograd State Medical University, Volgograd, vvdnvd@gmail.com

M.Ye. Volchansky

Doctor of sociologic Sciences, assistant professor, head of the Department of general and clinical psychology
of the Volgograd State Medical University, Volgograd, socpsymed@mail.ru

V.V. Boluchevskaya

Candidate of psychological Sciences, assistant professor of the Department of general and clinical psychology
of the Volgograd State Medical University, Volgograd, boluchevskaya@yandex.ru

Yu.S. Navrotskaya

Lecturer of the Department of general and clinical psychology of the Volgograd State Medical University, Volgograd,
taranova.uliya@mail.ru

Ethical problems of a new psychological discipline – supervision, are considered in this article. Two new approaches to its implementation in the process of pre-diploma training are presented, i.e. educational and personal. Such ethical issues as what student groups should – academic or therapeutic ones, the content of these classes from the point of view of ethics, etc. are in the focus. All the questions mentioned are suggested to be discussed in the All-Russian conference.

Key words: supervision, psychological education, ethical problems.

Во второй половине XX века этическим аспектам в психологии стало придаваться большое значение. В частности, знаменитый Стэнфордский тюремный эксперимент Ф. Зимбардо (1971 год), посвященный исследованию реакции человека на ограничение свободы и влияния навязанной социальной роли на поведение, именно по этическим соображениям вместо запланированных двух недель продолжался всего 6 дней [2]. Значимость этико-деонтологического регулирования помогающих профессий возросла на

рубеже XX–XXI веков [3, 7, 8, 9]; что в полной мере затронуло и ставшую в России массовой профессией психологию [1, 4, 6].

При этом встают различные этические проблемы, связанные не только с практической деятельностью психолога как «дипломированного специалиста», но и с его подготовкой на додипломном этапе, в частности, с супервизией.

В настоящее время супервизия (от supervidere – обозреть сверху) рассматривается, прежде всего, как

один из методов теоретического и практического повышения квалификации уже дипломированных специалистов в области психотерапии, клинической психологии и др., в ходе которого осуществляется анализ целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии в работе с клиентами. Благодаря супервизии специалисты проясняют цели и направления своей работы с клиентами, формируют системные подходы к стратегии и тактике, она дает возможность более точно спланировать и спрогнозировать эффекты психотерапевтического вмешательства, а также осознать собственные ошибки и скорректировать процесс изменения поведения клиента. Особенно значимый результат супервизии заключается в том, что в ее процессе корректируются в нужном направлении слабые профессиональные и индивидуально-личностные особенности супервизируемого, что, как следствие, напрямую влияет на благо клиента [5].

Относительно супервизии как важной и неотъемлемой части додипломной подготовки специалиста в вузе, можно говорить, как минимум, о двух подходах к ее реализации, в частности, в соответствии с действующим Федеральным государственным стандартом специальности «Клиническая психология» (утвержден Приказом Минобрнауки России №1181 от 12.09.2016 г.).

Первый подход реализуется в рамках учебной дисциплины «Психологическая супервизия», где предусмотрены как лекционные, так и семинарские занятия с обучающимися. Целью ее освоения выступает формирование у студентов клинических психологов знаний и умений оказания оперативной и своевременной психологической помощи клиенту в решении возникших у него проблем, готовности стать консультантами для супервизируемых. В процессе изучения дисциплины студенты обучаются методам, приемам и техникам ведения различных форм психологической супервизии (индивидуальной, групповой и организационной).

Специфика первого подхода представляется вполне понятной и не вызывает вопросов в части организации образовательного процесса по данной дисциплине.

Что касается второго подхода, то именно он содержит в себе целый ряд проблем этического плана. Так, одновременно с дисциплиной «Психологическая супервизия» будущие клинические психологи изучают такую дисциплину специализации, как «Супервизия», которая направлена на анализ и решение собственных психологических проблем в процессе прохождения личной супервизии у опытного практикующего психолога. На практических занятиях этой дисциплины студенты осваивают супервизию как важнейшую форму психологической рефлексии работы, групповой консультативной и психотерапевтической психологической практики; «прорабатывают» и решают собственные психологические проблемы для успешной социализации и профессионализации в специальности, относящейся к группе помогающих профессий под руководством супервизора, в роли которого выступает преподаватель.

В связи с этим возникают следующие вопросы. В каких группах по супервизии должны/могут быть студенты, проходящие обучение: в составленных исключительно из обучающихся «учебных» группах (и тогда занятия проводятся в обычной учебной аудитории кафедры?) или же в наряду с реальными клиентами включаться в «терапевтические» группы (работа таких групп осуществляется на базе учреждения здравоохранения и социальной защиты населения, работником которого является преподаватель)?

Как должны вести себя студенты в «терапевтических» группах: говорить, что они учащиеся и занимаются в группе исключительно в учебных целях или же придумывать легенду: говорить, что они – учащиеся, имеющие такие-то и такие-то проблемы и поэтому участвуют в группе или же ходят за компанию, ради интереса (рекомендовала походить подруга, которой очень понравилось) и т. п.

54 Кто должен быть руководителем терапевтической группы – преподаватель психологии вуза, у которого

обучались и обучаются студенты или же совершенно «сторонний» психолог, но тогда встает вопрос о заключении с ним соответствующего договора, в частности, для оплаты его труда и он, фактически, становится сотрудником кафедры (внешним совместителем)?

Представляется, что принципиальное решение данных (и ряда других) вопросов может базироваться на этических принципах и кодексе поведения психологов Американской Психологической Ассоциации 2002-го года с исправлениями от 2010-го года. В частности, проходящий в связи с требованиями учебной программы супервизию в качестве участника группы студент не обязан разглашать в ее процессе личную информацию относительно сексуального опыта, опыта злоупотребления психоактивными веществами, психологического лечения (помощи), отношений с родителями, сверстниками или другими значимыми лицами (раздел 7.04); профессорско-преподавательский состав, оценивающий академическую учебу студентов, не проводит являющуюся требованием учебной программы индивидуальную или групповую терапию, а организует возможность ее прохождения у практикующих специалистов (раздел 7.05).

Однако представляется понятным, что данный подход, с одной стороны, во многом лимитирует учебную значимость супервизии (будущий психолог сообщает формальную, крайне ограниченную информацию о себе, что препятствует осознанию им процесса проработки «проблемы» на личностном уровне), а с другой стороны, разработанные в иных социо-культуральных особенностях принципы не могут механически переноситься в иные (т. е. российские) условия.

Рассматриваемые этические аспекты подготовки психологов имеют большое значение, но не всегда однозначное решение. При этом даже на специализированных конференциях, посвященных этике в психологии, им практически не уделяется внимания (как, например, на прошедшей 26 мая 2017 года I Международной конференции по этике в психологическом консультировании и психотерапии). Вышеизложенное делает целесообразным широкое обсуждение специалистами этических вопросов подготовки психологов (в частности, обучению в супервизии) на таком представительном форуме, как посвященная данной тематике специальная Всероссийская конференция и сформулированными по ее материалам рекомендациями для специалистов, занимающихся супервизией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болучевская В.В. Психологические особенности профессионального самоопределения будущих специалистов помогающих профессий социологического типа // Бюллетень Волгоградского научного центра РАН и Администрации Волгоградской области. – 2007. – № 4. – С. 5–6.
2. Будников М.Ю. Хранитель времени: к 85-летию Филипа Зимбардо // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2018. – Т. 10, № 2 (49).
3. Деларю В.В. Диссертации по социологии медицины // Социологические исследования. – 2010. – № 5. – С. 151–152.
4. Деларю В.В. Некоторые этические коллизии деятельности психологической службы в вузе / В.В. Деларю, Г.В. Кондратьев, Ю.С. Навроцкая // Биоэтика. – 2017. – № 2 (20). – С. 53–54.
5. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов [Электронный ресурс]. – СПб., 2004. URL: <http://medpsy.ru/meds/meds272.php>
6. Петров А.В. Этическая оценка роли клинического психолога в медицинском учреждении России (по материалам фокус группы) / А.В. Петров, Д.А. Сидорова, Ю.С. Навроцкая // Биоэтика. – 2016. – № 2 (18). – С. 52–55.
7. Седова Н.Н. Этические гарантии доказательности клинических испытаний / Н.Н. Седова // Биоэтика. – 2008. – № 1. – С. 16–21.
8. Sedova N. Ethical and legal regulation of medicine in Russia: historical overview / N. Sedova, A. Petrov // Medicine and Law. – 2016. – Vol. 35, № 2. – P. 115–130.
9. Vinokur V. Social Phenomena developing in Supervision process in Balint group work / V. Vinokur // Journal Balint Society. – 2017. – Vol. 45. – P. 17–22.

REFERENCES

1. Boluchevskaya V.V. Psihologicheskie osobennosti professional'nogo samoopredeleniya buduschih specialistov pomagayuschih professiy socionomicheskogo tipa [The psychological features of professional self-determination future professionals socionic type assisting professions]. *Byulleten' Volgogradskogo nauchnogo centra RAMN i Administracii Volgogradskoy oblasti* [Bulletin of the Volgograd Scientific Center of the RAMS and Administration of the Volgograd region], 2007, no. 4, pp. 5–6. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Budnikov M.YU. Hranitel' vremeni: k 85-letiyu Filipa Zimbardo [Master of Time: to the 85th anniversary of Dr. Philip Zimbardo]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn* [Medical psychology in Russia: electronic scientific journal], 2018, T. 10, no. 2 (49). (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. Delaryu V.V. Dissertacii po sociologii mediciny [Theses on sociology of medicine]. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], 2010, no. 5, pp. 151–152. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Delaryu V.V. Nekotorye etiko-pravovye kollizii deyatel'nosti psihologicheskoy sluzhby v vuze [Some ethical and legal conflicts of psychological services at the university]. *Bioetika* [Bioethics], 2017, no. 2 (20), pp. 53–54. (In Russ.; abstr. in Engl.).
5. Kulakov S.A. Superviziya v psihoterapii: Uchebnoe posobie dlya supervizorov i psihoterapevtov [Supervision in psychotherapy: Training manual for supervisors and psychotherapists] [Elektronnyy resurs]. Saint Petersburg, 2004. URL: <http://medpsy.ru/meds/meds272.php>
6. Petrov A.V. Eticheskaya ocenka roli klinicheskogo psihologa v medicinskom uchrezhdenii Rossii (po materialam fokus gruppy) [Ethical assessment of the role of a clinical psychologist in a medical setting in Russia (focus group materials)]. *Bioetika* [Bioethics], 2016, no. 2 (18), pp. 52–55. (In Russ.; abstr. in Engl.).
7. Sedova N.N. Eticheskie garantii dokazatel'nosti klinicheskikh ispytaniy [Ethical and legal regulation of medicine in Russia: historical overview]. *Bioetika* [Bioethics], 2008, no. 1, pp. 16–21. (In Russ.; abstr. in Engl.).
8. Sedova N. Ethical and legal regulation of medicine in Russia: historical overview. *Medicine and Law*, 2016, Vol. 35, no. 2, pp. 115–130.
9. Vinokur V. Social Phenomena developing in Supervision process in Balint group work. *Journal Balint Society*, 2017, Vol. 45, pp. 17–22.

УДК 614.253:159.9

ТЕОРИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА И ПРАКТИКА ТУРИЗМА ЛЕЧЕБНОГО

Б.А. Навроцкий

доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии, психологии и социологии Волгоградского государственного технического университета, главный редактор журнала «Социология города», banavr17@gmail.com

А.В. Петров

доктор философских наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета

А.Н. Осыко

аспирант кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета, osyko.anna@mail.ru

В мае 2018 года в г. Пятигорске прошла очередная (уже 4-я!) Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности». Организаторами конференции были Волгоградский государственный медицинский университет и его филиал – Пятигорский медико-фармацевтический институт, а также Волгоградский медицинский научный центр и Российское отделение Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО. В этот раз в работе конференции приняли участие гости из Великобритании, Италии, Турции, Армении, Белоруссии, а также представители разных регионов РФ. На конференции обсуждены вопросы развития медицинского и лечебного туризма в России и других странах мира. Большое внимание уделялось проблемам санаторно-курортного комплекса. Здесь у России накоплен большой опыт, которым делились участники конференции. Проблемы медицинского туризма обсуждались, преимущественно, в теоретических аспектах, поскольку его система в нашей стране еще не сложилась. Участники приняли ряд практических рекомендаций, которые направлены заинтересованным органам власти.

Ключевые слова: медицинский туризм, лечебный туризм, оздоровительный туризм, санаторно-курортный комплекс.

THE THEORY OF MEDICAL TOURISM AND THE PRACTICE OF HEALTH CARE TOURISM

B.A. Navrotskiy

Doctor of philosophy, Professor, head. the Department of philosophy, psychology and sociology, Volgograd State Technical University, Chief editor of the magazine «Sociology of the city », banavr17@gmail.com

A.V. Petrov

Doctor of philosophy, Professor of the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine of Volgograd State Medical University

A.N. Osyko

Postgraduate Student, Department of Philosophy, Bioethics and Law, Volgograd State Medical University, Departmentosyko.anna@mail.ru

May 2018, the next (now the 4th!) All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation “Modern tourism in medical and health care activities” took place in Pyatigorsk. The conference was organized by the Volgograd State Medical University and its branch - the Pyatigorsk Medical and Pharmaceutical Institute, as well as the Volgograd Medical Research Center and the Russian branch of the UNESCO Network of Bioethics International Network. This time the guests from Great Britain, Italy, Turkey, Armenia, Belarus, as well as representatives from different regions of the Russian Federation took part in the conference. The conference discussed the development of medical and medical tourism in Russia and other countries of the world. Much attention was paid to the problems of the sanatorium-resort complex. Here Russia has gained a lot of experience shared by the participants of the conference. The problems of medical tourism were discussed mainly in theoretical aspects, since its system in our country has not yet developed. The participants adopted a number of practical recommendations that were sent to interested authorities.

Key words: medical tourism, medical tourism, health tourism, sanatorium-resort complex.

Конференция в Пятигорске стала традиционной, с каждым годом число ее участников все увеличивалось. Это не удивительно, потому что тема развития оздоровительного туризма в наше время актуальна как никогда [1]. В этом году явный приоритет принадлежал проблемам санаторно-курортного комплекса [2]. Собственно медицинскому туризму были посвящены три доклада: «Этнические детерминанты лечебного и медицинского туризма» (Н.Н. Седова, г. Волгоград, Россия), «Медицинский туризм в Армении: история и современность» (С.А. Давтян, г. Ереван, Армения) и «Туристско-информационные центры как идентификационный ресурс по продвижению медицинского туризма» (Л. А. Минасян, г. Ростов-на-Дону, Россия). Хотя в латентной форме проблематика ме-

дицинского туризма, безусловно, присутствовала в докладах «Образование в области лечебного туризма: Европейский опыт» (Brian Hamnett и Mikhail Anipkin, Эссекс, Великобритания, Б.А. Навроцкий, г. Волгоград, Россия), «Профсоюзы Беларуси в организации и развитии медицинского и лечебного туризма: проблемы и перспективы» (Т.А. Турлак, А.Л. Дединкин, Витебск, Белоруссия), «Можно ли считать оздоровительным косметологический туризм?» (Крайнова И.Ю., Морозов Р.Н., г. Волгоград, Россия) и «Рекреационно-восстановительные особенности у пациенток с замершей беременностью» (Л.В. Ткаченко, Т.И. Костенко, Е.А. Хомич, г. Волгоград, Россия), что же касается лечебного туризма, то здесь были обсуждены такие проблемы, как отечественные

и международные критерии оценки качественных характеристик санаторно-курортных организаций, вопросы государственно-частного партнерства в развитии лечебно-оздоровительного туризма в России, врачебные ошибки в практике лечебного туризма, традиции и инновации в лечебном туризме, особенности детского оздоровительного туризма, а также специфика реабилитации больных с разными заболеваниями в условиях санаторно-курортного комплекса и др.

Достоинством конференции, безусловно, явилось то, что все, без исключения, доклады и сообщения отличались оригинальностью постановки проблем и предложением нетривиальных их решений. Недостатком конференции стал все более углубляющийся тематический «водораздел» между вопросами медицинского туризма (которые решались, в основном, в теоретическом интеллектуальном поле) и вопросами лечебного туризма (которые были представлены сугубо практическими наблюдениями и опытом предоставления соответствующих услуг). Поэтому справедливым кажется высказанное кем-то из участников предложение о проведении двух отдельных таких конференций – по медицинскому туризму и по лечебному туризму. В ходе дискуссии выяснилось, что не только содержание медицинской помощи, но и этические стандарты отношения к пациентам/отдыхающим достаточно очевидно различаются.

Кроме того, несимметричность теории и практики в обсуждаемых вопросах также очевидна. Но если в медицинском туризме практический опыт пока не накоплен, то в туризме лечебном остаются невыясненными как раз некоторые методологические вопросы. Так, например, понятие «санаторно-курортный комплекс» до сих пор страдает дефиниционной неопределенностью. Термин «город-курорт», часто звучавший на конференции, не дает представления о том, что именно имеется в виду: сам город или его курортная составляющая [3, 4]? И как взаимодействует реабилитационно-рекреационный блок с урбанизационными компонентами? До тех пор, пока эти и подобные им вопросы не получают исчерпывающего ис-

толкования, лечебный туризм будет развиваться недостаточно интенсивно.

Поэтому неоспоримо позитивное значение ежегодной конференции «Современный туризм в лечебной и оздоровительной деятельности».

ЛИТЕРАТУРА

1. Седова Н. Н., Шчекин Г.Ю. Медицинский туризм: история, теория, практика. – М.: Юрист, 2017. – 306 с.
2. Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности. Научные труды II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пятигорск, 26–27 мая 2017 г. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017. – 216 с.
3. Шчекин Г.Ю. Город как предмет туристского интереса (на примере г. Волгограда) // Социология города. – 2010. – № 4. – С. 7–11.
4. Шчекин Г.Ю., Михальченко Д.В., Мажаренко В.А. Город-курорт: соотношение санаторных и муниципальных услуг // Социология города. – 2011. – № 2. – С. 37–41.

REFERENCES

1. Sedova N. N., Shchekin G. YU. Medicinskij turizm: istoriya, teoriya, praktika [Medical tourism: history, theory, practice]. Moscow: YUrist, 2017. 306 p.
2. Sovremennyy turizm v lechebnoj i zdavoohranitel'noj deyatel'nosti [Modern tourism in the medical and health activities]. In Nauchnye trudy II Vserossiyskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, Pyatigorsk, 26–27 maya 2017 g [Scientific works of the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation, Pyatigorsk, May 26–27, 2017]. Volgograd: Izd-vo VolgGMU. 2017. 216 p.
3. Shchekin G. YU. Gorod kak predmet turistskogo interesa (na primere g. Volgograda) [City as a subject of tourist interest (on the example of Volgograd)]. *Sociologiya goroda* [Sociology of the city], 2010, no. 4, pp. 7–11. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Shchekin G. YU., Mihal'chenko D. V., Mazharenko V. A. Gorod-kurort: sootnoshenie sanatornyh i municipal'nyh uslug [Resort city: the ratio of sanatorium and municipal services]. *Sociologiya goroda* [Sociology of the city], 2011, no. 2, pp. 37–41. (In Russ.; abstr. in Engl.).

УДК 614.253:159.9

ЭТИКА И ПРАВО В МЕДИЦИНСКОМ ТУРИЗМЕ

Г.Ю. Шчекин

*доктор социологических наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права
Волгоградского государственного медицинского университета*

Л.Л. Кожевников

*кандидат юридических наук, доцент, декан юридического факультета сочинского филиала РПА Минюста России,
L19eo78@yandex.ru*

В.А. Бахтин

аспирант Донского государственного технического университета, Россия, г. Ростов-на-Дону, larmin1@mail.ru

29 июня 2018 года на базе Волгоградского государственного медицинского университета Комитет здравоохранения Волгоградской области провел круглый стол, посвященный развитию медицинского туризма в регионе. В работе круглого стола приняли участие не только работники Комитета здравоохранения, но и главные врачи государственных и частных лечебных учреждений г. Волгограда, медицинские работники, участвующие в реализации программ медицинского туризма, представители туристических фирм, специалисты в области клинической психологии, медицинского права, социологии медицины и биоэтики из разных регионов России. Результаты обсуждения выявили три подхода к проблемам развития медицинского туризма: медицинских работников и организаторов здравоохранения интересовали формы привлечения пациентов из других стран и регионов для прохождения лечения в медицинских организациях Волгограда, туроператоры делали акцент на соотношении цены и качества медицинского обслуживания, без которого туристические мероприятия теряют смысл. Специалисты акцентировали внимание на культуре потребления и предоставления услуг медицинского туризма, их этической аранжировке. По результатам обсуждения были приняты практические рекомендации.

Ключевые слова: медицинский туризм, туристическая компания, этика оказания медицинской услуги, права пациента.

ETHICS AND LAW IN MEDICAL TOURISM

G.Yu. Shchekin

Doctor of Sociology, Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law of the Volgograd State Medical University

L.L. Kozhevnikov

Candidate of law, associate Professor, Dean of the faculty of law of the Sochi branch of the Russian Ministry of justice, L19eo78@yandex.ru

V.A. Bakhtin

Post-graduate student of Don State Technical University, Russia, Rostov-on-don, larmin1@mail.ru

The Health Committee of the Volgograd region held a Round table devoted to the development of medical tourism in the region on June 29, 2018, on the basis of the Volgograd state medical University. The Round table was attended not only by employees of the health Committee, but also by chief physicians of public and private medical institutions of Volgograd, medical workers involved in the implementation of medical tourism programs, representatives of travel agencies, experts in the field of clinical psychology, medical law, sociology of medicine and bioethics from different regions of Russia. The results of the discussion revealed three approaches to the problems of medical tourism development: medical workers and health care organizers were interested in the forms of attracting patients from other countries and regions for treatment in medical organizations of Volgograd, tour operators focused on the ratio of price and quality of medical care, without which tourist activities lose their meaning. Experts focused on the culture of consumption and provision of medical tourism services, their ethical arrangement. The discussion resulted in the adoption of practical recommendations.

Key words: medical tourism, travel company, ethics of medical services, patient rights.

Проблемы медицинского туризма сейчас широко обсуждаются на разных уровнях [1, 2, 3]. Участники круглого стола выделили несколько вариантов подобных обсуждений. Первый – организация работы клиник с пациентами из других стран и регионов. Второй – подготовка медперсонала к такой работе. Третий – взаимодействие туристических фирм и клиник. Четвертый – правовое обеспечение системы услуг медицинского туризма.

В ходе дискуссии сразу наметилось превалирование рыночного подхода в решении поставленных проблем. Главные врачи и организаторы здравоохранения были заинтересованы в привлечении средств в свои регионы в процессе структурирования системы услуг медицинского туризма. При этом выяснилось, что частные клиники уже имеют такой опыт и активно его развивают. Так, например, в Волгоградской области уже сложилась система услуг стоматологического туризма. Но они реализуются, в основном, на частной основе. Встал вопрос о частно-государственном партнерстве в этой области. И здесь возник вопрос о правовом регулировании подобного взаимодействия. Оказалось, что государственные медицинские организации сталкиваются с известными ограничениями и юридическими трудностями при оказании такого рода услуг. По заявлениям главных врачей, они готовы в самые короткие сроки развернуть сеть таких услуг, но ждут «команды свыше», то есть решения органов управления здравоохранением регионального уровня. Представители этих органов всецело поддержали инициативу главных врачей и обещали в короткое время разработать регламентирующие документы, в которых те так нуждаются. Остался, однако, открытым вопрос о содержании этих документов. Функцию привлечения пациентов предполагалось возложить на сами медицинские организации, но те, в свою очередь, просили об оказании юридической и финансовой помощи.

Таким образом, первым вопросом, который необходимо решить в плане развития услуг регионального медицинского туризма, стал вопрос об участии органов управления здравоохранением в этой работе. Одной из форм такой работы должна быть система этико-правовой подготовки медицинских работников, занятых в сфере медицинского туризма.

Второй темой обсуждения стало взаимодействие клиник и туристического бизнеса. Представители турфирм рассказали об опыте работы на рынке услуг медицинского туризма. Сейчас там преобладает выездной туризм, и система достаточно хорошо отлажена – идет качественная реклама, есть связи с зарубежными клиниками и туристическими центрами, поступает достаточно много запросов на лечение за рубежом. А вот внутренний медицинский туризм развивается слабо. В этом направлении турфирмы не ведут активной работы, у них нет связи с нашими лечебными учреждениями, нет договоров о сотрудничестве, клиники не обеспечены доступом к туристическому сервису. Въездной туризм региональные тур-

фирмы практически не обеспечивают, поскольку он развивается по схеме «пациент-клиника», причем такие услуги, как сопровождение пациентов, размещение родственников, организация их питания и обслуживания лежат на самих потребителях данных услуг. И здесь оказалось, что специальных юридических нормативов в плане организации въездного медицинского туризма на региональном уровне нет. Организационный компонент берет на себя направляющая сторона, что не всегда эффективно.

При обсуждении вставал вопрос и о такой щепетильной проблеме, как этика межэтнического взаимодействия в ходе оказания услуг медицинского туризма. Однако к обсуждению ее присутствующие не были готовы, а специалисты в области права, биоэтики и психологии смогли высказать лишь общие теоретические положения, которые нуждались в практической интерпретации [4]. Представители частных клиник поделились своим опытом работы с инациональными пациентами, но никаких особых проблем не отметили. Оказалось, что пока такой опыт весьма ограничен.

Сложным для обсуждения оказался и вопрос о технологическом обеспечении клиник, предоставляющих услуги медицинского туризма [5]. Очевидно, что они должны практиковать новые биотехнологии, но если обеспечение соответствующим оборудованием у присутствующих не вызвало вопросов, то подготовка медперсонала обсуждалась достаточно остро. Стало ясно, что не все сотрудники клиник отвечают требованиям международных стандартов оказания услуг медицинского туризма, учитывающих широкое внедрение новых биотехнологий.

В заключение дискуссионты согласились с предложением о создании региональных Координационных центров медицинского туризма под эгидой органов управления здравоохранением. Эти центры, по мнению присутствующих, должны объединять всех субъектов оказания услуг в данной области, иметь соответствующую базу данных, аккумулировать и распространять информацию, выходить с предложениями о совершенствовании юридического регулирования данной сферы в региональные органы власти, организовывать этические тренинги и научно-практические семинары по специальным вопросам отрасли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Седова Н.Н., Шекин Г.Ю. Медицинский туризм: история, теория, практика. – М.: Юрист, 2017. – 306 с.
2. Обзор мирового медицинского туризма за 2017 год [Электронный ресурс]. URL: <https://amtrf.ru/review-of-world-medical-touris.html>.
3. Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности. Научные труды II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пятигорск, 26–27 мая 2017 г. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017. – 216 с.
4. Седова Н.Н. Этнические детерминанты лечебного и медицинского туризма // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности. Научные труды II Все-

российской научно-практической конференции с международным участием, Пятигорск, 3–5 мая 2018 г. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2018. – С. 22–25.

5. Навроцкий Б.А., Седова Н.Н. Технологии «улучшения человека» в медицинском туризме // Научные труды II Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности», 27–28 мая 2016 г., Пятигорск. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2016. – С. 34–36.

REFERENCES

1. Sedova N. N., Shchekin G. YU. Medicinskij turizm: istoriya, teoriya, praktika [Medical tourism: history, theory, practice]. Moscow: YUrist, 2017. 306 p.

2. Obzor mirovogo medicinskogo turizma za 2017 god [Overview of world medical tourism in 2017] [Elektronnyj resurs]. URL: <https://amtrf.ru/review-of-world-medical-tourism.html>. Dostup 17.05.2018.

3. Sovremennij turizm v lechebnoj i zdavoohranitel'noj deyatel'nosti [Modern tourism in the medical and health activities]. In Nauchnye trudy II Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, Pyatigorsk, 26–27 maya 2017 g [Scientific works of the All-

Russian Scientific and Practical Conference with international participation, Pyatigorsk, May 26–27, 2017]. Volgograd: Izd-vo VolgMU. 2017. 216 p.

4. Sedova N.N. Etnicheskie determinanty lechebnogo i medicinskogo turizma [Ethnic determinants of medical and medical tourism]. In Sovremennij turizm v lechebnoj i zdavoohranitel'noj deyatel'nosti. Nauchnye trudy II Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, Pyatigorsk, 3–5 maya 2018 g. [Modern tourism in medical and health activities. Scientific works of the II All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation, Pyatigorsk, 3–5 May, 2018]. – Volgograd: Izd-vo VolgMU, 2018. P. 22–25.

5. Navrockij B.A., Sedova N.N. Tekhnologii «uluchsheniya cheloveka» v medicinskom turizme [Human Improvement Technologies in Medical Tourism]. In Nauchnye trudy II Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennij turizm v lechebnoj i zdavoohranitel'noj deyatel'nosti», 27–28 maya 2016 g., Pyatigorsk [Scientific works of the II Interregional scientific-practical conference with international participation «Modern tourism in the medical and health activities», May 27–28, 2016, Pyatigorsk]. Volgograd: Izd-vo VolgMU, 2016. P. 34–36.

УДК 614.253:159.9

БЕЗОПАСНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.А. Вешнева

кандидат медицинских наук, главный врач Правобережной больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, г. Астрахань, veshneva@mail.ru

Р.Н. Морозов

кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи» г. Волгограда, докторант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, r9954068485@yandex.ru

А.Е. Масльева

Волгоградский государственный медицинский университет, biosoc@yandex.ru

5 июля 2018 года на базе ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр» Комитетом здравоохранения Волгоградской области и Отделом этической, правовой и социологической экспертизы ВМНЦ совместно с кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины и кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета был проведен круглый стол «Безопасность оказания медицинской помощи». В работе круглого стола принимали участие практикующие врачи, руководители медицинских организаций Волгоградской области, специалисты в области медицинского права, медицинской психологии и социологии медицины. Все участники согласились с мнением о том, что проблема обеспечения безопасности оказания медицинской помощи нуждается в детальном анализе и не имеет общего решения. Было принято заключение о проведении дискуссий по конкретным проблемам с участием медицинских работников и пациентов во всех крупных медицинских организациях региона.

Ключевые слова: медицинская помощь, пациент, медицинский работник, риски оказания медицинской помощи, безопасность пациентов.

SAFETY OF MEDICAL CARE

S.A. Vasneva

candidate of medical Sciences, chief physician of the right Bank hospital of FGBUZ UOMC FMBA of Russia, Astrakhan, veshneva@mail.ru

R.N. Morozov

candidate of medical Sciences, chief physician of the clinical ambulance station of Volgograd, doctoral student of the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine, Volgograd State Medical University, r9954068485@yandex.ru

A.E. Maslieva

Volgograd State Medical University, biosoc@yandex.ru

A Round table «Safety of medical care» was held by Committee of health of the Volgograd region and the Department of ethical, legal and sociological expertise of the VMSC together with the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine and the Department of public health and health of the Volgograd state medical University on July 5, 2018 on the basis of the state medical institution «Volgograd medical research center». The Round table was attended by practitioners, heads of medical organizations of the Volgograd region, experts in the field of medical law, medical psychology and sociology of medicine. All participants agreed with the view that the problem of ensuring the safety of health care needs a detailed analysis and does not have a common solution. A conclusion was reached on discussions on specific issues involving health workers and patients in all major health organizations in the region.

Key words: medical care, patient, medical worker, risks of medical care, safety of patients.

Безопасность оказания медицинской помощи стала обсуждаться не так давно [1]. Связано это с рядом случаев, получивших широкую огласку в СМИ

и Интернете, когда пациенту наносился неумышленный вред в результате действия факторов, не связанных непосредственно с лечебным процессом. Учас-

ники дискуссии приводили примеры, когда пациенты получали травмы в результате использования некачественного или устаревшего оборудования, несоблюдения температурного режима в помещениях, небезопасности помещений стационара или поликлиники необходимыми средствами транспортировки больных. Наиболее обсуждаемыми стали случаи непринятия мер безопасности в ходе транспортировки больных в помещениях медицинского стационара, когда, например, больной получал травмы в результате падения с каталки или носилок. Как ни странно, эти очевидные случаи вызвали спор на традиционную, в общем-то, тему – кто виноват? При этом специалисты в области права, психологии, социологии настаивали на ответственности технического персонала, не обеспечивающего нормальное функционирование оборудования. А вот главные врачи были твердо уверены – за все, что происходит в отделении, отвечает заведующий этим отделением. Так же, как за все, что происходит в больнице, отвечает главный врач.

Кроме того, некоторые участвовавшие в дискуссии руководители медицинских организаций настаивали на том, что риски безопасности пациентов возникают из-за излишней «креативности» врачей, которые в ряде случаев отступают от стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Практикующие врачи и специалисты-гуманитарии с этим не согласились.

Было выдвинуто предложение о разработке классификации рисков при оказании медицинской помощи, но не был решен вопрос о критериях такой классификации. Это не удивительно, так как примеры, приводимые участниками дискуссии, были очень разнообразны. В одних случаях фактором риска выступал врач, в других – средний медицинский персонал, в третьих – технические работники. Было высказано мнение, что основным фактором риска в данном контексте может выступать сам пациент, который нарушает больничный режим, не выполняет назначения врача и т. п. Но поскольку пациенты в работе круглого стола не участвовали, обсуждение их поведения было бы неэтичным, поэтому данный вопрос было предложено обсудить отдельно.

А вот нарушение этики медицинскими работниками единодушно было признано одной из причин актуализации рисков в обеспечении безопасного оказания медицинской помощи. Специалисты в области биоэтики поставили вопрос о применении принципа предосторожности в медицинской деятельности [2], но оказалось, что остальные диспутанты с этим принципом не знакомы. Естественно, было высказано предложение о повышении этической грамотности медицинского персонала. В 2016–2017 гг. по инициативе Минздрава России во всех медицинских организациях проводились занятия по этике оказания медицинской помощи. Но акция носила единовременный характер и, как показала практика, пролонгированного эффекта не наступило.

Также было высказано предложение больше внимания уделять вопросам психогигиены медицинского персонала. Работа клинического психолога в медицинской организации не должна быть направлена исключительно на пациентов [3]. Врачам и медсестрам психологическая разгрузка крайне необходима, поэтому в каждом лечебном учреждении работа клинического психолога крайне нужна и важна. Пока эта проблема относится к числу нерешенных.

Все участники дискуссии были согласны с тем, что слабое финансирование медицинских организаций повышает риски безопасности оказания медицинской помощи, но этот очевидный вывод в комментариях не нуждается.

Полагаем, что было положено начало обсуждению серьезной проблемы, нуждающейся в пристальном внимании специалистов и широкой общественности. Можно пожелать, чтобы подобные дискуссии проводились во всех регионах нашей страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. О методических рекомендациях по совершенствованию организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственных учреждениях здравоохранения, подведомственных комитету здравоохранения Волгоградской области. Министерство здравоохранения Волгоградской Области. Приказ от 24 октября 2014 года № 2790 (в редакции приказа комитета здравоохранения Волгоградской области от 08.05.2015 № 1484) [Электронный ресурс]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/423846334>. Доступ 14.06.2018.
2. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник. – М.: КНОРУС, 2016. – 216 с.
3. Петров А.В., Сидорова Д.А., Навроцкая Ю.С. Этическая оценка роли клинического психолога в медицинском учреждении России (по материалам фокус-группы) // Биоэтика. – 2016. – № 2 (18). – С. 52–55.

REFERENCES

1. O metodicheskikh rekomendatsiyah po sovershenstvovaniyu organizatsii vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti medicinskoj deyatel'nosti v gosudarstvennykh uchrezhdeniyah zdavoohraneniya, podvedomstvennykh komitetu zdavoohraneniya Volgogradskoy oblasti. Ministerstvo zdavoohraneniya Volgogradskoy Oblasti. Prikaz ot 24 oktyabrya 2014 goda № 2790 (v redakcii prikaza komiteta zdavoohraneniya Volgogradskoy oblasti ot 08.05.2015 № 1484) [Elektronnyy resurs] [On methodological recommendations for improving the organization of internal quality control and safety of medical activities in public health institutions subordinated to the health committee of the Volgograd region.]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/423846334>. Dostup 14.06.2018.
2. Sedova N.N. Bioetika: uchebnik [Bioethics: a textbook]. Moscow: KNORUS, 2016. – 216 s.
3. Petrov A.V., Sidorova D.A., Navrockaya YU.S. Eticheskaya ocenka roli klinicheskogo psihologa v medicinskom uchrezhdenii Rossii (po materialam fokus-gruppy) [Ethical assessment of the role of a clinical psychologist in a medical institution in Russia (according to the focus group)]. *Bioetika* [Bioetika], 2016, no. 2 (18), pp. 52–55. (In Russ.; abstr. in Engl.).



ПОЗДРАВЛЯЕМ



Борис Григорьевич Юдин родился 14 августа 1943 года.
В первом номере нашего журнала мы поздравили его с 70-летним юбилеем.
И очень хотели поздравить его с юбилеем 75-летним в этом номере журнала.

Но он ушел от нас...

Мы помним, мы счастливы, что он был с нами, что открыл нам этот прекрасный мир биоэтики
и отмечаем его день рождения как праздник!

Поздравляем всех, кто любит и развивает биоэтику,
с юбилеем ее основоположника в России Бориса Григорьевича Юдина!

Редакция журнала «Биоэтика»



Поздравляем заместителя главного редактора журнала «Биоэтика», заслуженного деятеля науки РФ, профессора, доктора философских наук, доктора юридических наук, Наталью Николаевну Седову с юбилеем! Наталья Николаевна является одним из основателей школы биоэтики в России, автором учебников по философии и биоэтике для медицинских вузов, благодаря ей русская школа биоэтики получила и мировую известность в рамках деятельности Российского Юнит-отделения Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО. Желаем Наталье Николаевне реализации всех ее творческих идей и в будущем!

Редколлегия журнала «Биоэтика»

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА ЖУРНАЛА

PUBLICATION ETHICS OF THE JOURNAL

Редакционная политика журнала основывается на традиционных этических принципах российской научной периодики и строится с учетом этических норм работы редакторов и издателей, закрепленных в Кодексе поведения и руководящих принципах наилучшей практики для редактора журнала (Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors) и Кодексе поведения для издателя журнала (Code of Conduct for Journal Publishers), разработанных Комитетом по публикационной этике – Committee on Publication Ethics (COPE). В процессе издательской деятельности редколлегия журнала руководствуется международными правилами охраны авторского права, нормами действующего законодательства РФ, международными издательскими стандартами.

Publication policy of the journal is based on traditional ethical principles of the Russian scientific periodicals and is built in terms of ethical norms of editors and publishers work stated in Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors and Code of Conduct for Journal Publishers, developed by the Committee on Publication Ethics (COPE). In the course of publishing editorial board of the journal is led by international rules for copyright protection, statutory regulations of the Russian Federation as well as international standards of publishing.

ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ
ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ

PAPER SUBMISSION GUIDELINES

Правила представления рукописей для публикации в журнале «БИОЭТИКА»

В журнал «Биоэтика» в виде статей принимаются научные работы, соответствующие профилю журнала. Основными рубриками научного издания являются:

- теоретические проблемы биоэтики;
- этические вопросы реализации Национального проекта «Здоровье»;
- биоэтика и медицинское право;
- социологические исследования в биоэтике;
- этические проблемы клинических исследований;
- международные документы в области биоэтики и медицинского права;
- биоэтика в мире;
- практикум по биомедицинской этике;
- из опыта работы этических комитетов;
- в помощь изучающим биомедицинскую этику.

Представляемые в редакцию журнала «БИОЭТИКА» (далее – Журнал) рукописи статей должны соответствовать следующим требованиям.

1. Текст в формате Microsoft Word (или RTF), 14-й шрифт, через полутонный интервал, сноски постраничные, нумерация сносков сквозная, бумага формата А4, текст с одной стороны. Резюме на русском и английском языках. Объем рукописи – не более 30000 знаков.

2. Титульная часть статьи должна содержать УДК, название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации и подразделения на русском и английском языках. Далее следует краткая аннотация статьи (abstract) с ключевыми словами (key words) на русском и английском языках.

The journal of Bioethics publishes scientific article materials which correspond to the journal profile. The basic headings of the scientific journal are as follows:

- Theoretical problems of bioethics;
- Ethical issues of the implementation of the «Health» national project;
- Bioethics and medical law;
- Sociological research in bioethics;
- Ethical problems of clinical research and trials;
- International documents in the field of bioethics and medical law;
- Bioethics in the world;
- Practical course of biomedical ethics;
- Work experience of ethical committees;
- Aid for those studying biomedical ethics.

The article materials submitted for publication in Journal of Bioethics must meet the following requirements:

1. Manuscripts should be in Microsoft Word or RTF format, and be typed with one-and-a-half line spacing on one side with font size 14, Times New Roman on an A4 paper. References should be cited in numeric order by order of mention in the text. Articles should include an abstract in Russian and English. Manuscripts should not exceed 30 000 characters.

2. The first page must contain a unique case identifier, the main title of a paper, the name(s) of authors(s), and the affiliated institution(s) and address(es) in Russian and English. This should be followed by an abstract of the article with keywords both in Russian and English.

3. Название статьи дается полужирным шрифтом. После названия помещаются фамилия и инициалы автора полужирным курсивом. В конце статьи на новой странице указываются следующие данные автора:

- ученая степень, ученое звание,
- почетное звание,
- должность,
- место работы,
- контактный телефон, факс, e-mail, почтовый адрес для переписки.

– кем представлена статья (фамилия, инициалы и ученая степень рецензента и название организации, рекомендовавшей статью к печати).

4. В материалах информационного содержания (о конференциях, совещаниях, семинарах) фамилия, инициалы автора – полужирным курсивом и обычным шрифтом, данные автора (см. п. 2) также указываются в конце статьи.

5. Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008.

Списки литературы представляются в двух вариантах:

- 1) в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008 (русскоязычный вариант вместе с зарубежными источниками);
- 2) вариант на латинице, повторяя список литературы к русскоязычной части, независимо от того, имеются или нет в нем иностранные источники.

Необходимо, чтобы цитируемые источники соответствовали списку литературы. Ссылки на литературные источники в тексте статьи, в рисунках и таблицах обозначаются в квадратных скобках арабскими цифрами [1, 2, 3].

6. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

7. Рукописи рецензируются в редакции журнала. Если у рецензента возникают вопросы, статья возвращается на доработку. Редакция оставляет за собой право на внесение в текст редакторских изменений, не искажающих смысл статьи.

8. Рукопись должна быть сдана в редакцию Журнала.

Адрес журнала: 400131, Волгоград, площадь Павших борцов, 1, офис 4-11.

Tel.: 8 (8442) 385325, 385339.

E-mail: biosoc2008@yandex.ru

3. Heading must be typed in semi-bold. Authors and affiliations should be followed after the title of paper. The author(s) name should be italic and semi-bold. The author's name, title / university degree, affiliation, work address, home address and e-mail address as well as the reviewer's name, degree, and affiliation should be provided at the end of the article on a blank page.

4. The name(s) of author(s) in calls for conferences, workshops and seminars should be italic and semi-bold. Author(s) information should be provided at the end of the article.

References should be arranged in alphabetical order stipulated in 7.1. – 2003 Federal standard.

Sample reference format:

Ivanova A. L. Basic mechanisms of medical student socialization / A. L. Ivanova, M. V. Boiko, A. S. Spivak // Social medicine. – 2004. – № 4. – 34-38

Ertel L. A. Autonomy of a child as a paediatric and neonatal patient: dissertation abstract/ Ertel. – Volgograd, 2006. – 49 pages

References cited in the text must appear in a Reference List or Bibliography. References cited in the text, figures, tables must be enclosed in square brackets and are numbered using Arabic numerals [1, 2, 3]. The citing of sources in the article is not limited.

6. Authors must submit their articles electronically. The print version of the paper must also be submitted to the Editorial Board. In outside of Volgograd, authors may submit their manuscripts electronically via e-mail.

7. Post-graduate students do not have to pay for the submission of their articles to the Journal of Biosocial Medicine.

8. All manuscripts have to go through the peer review process. If the manuscript is not of sufficient quality, the author may be invited to revise the paper. The Editorial Board reserves the right to make editorial and literary corrections.

All manuscripts must be submitted to the editorial office to the address:

400131, Volgograd, Pavshikh Bortsov Sq., 1, Room 4-11.

Tel.: 8 (8442) 385325, 385339.

E-mail: biosoc2008@yandex.ru

Ф. СП-1	Почта России АБОНЕМЕНТ на журнал										<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> </tr> </table>					4	7	0	1	9																		
	4	7	0	1	9																																	
	(индекс издания) Биоэтика (наименование издания)										индекс издания																											
	На 2019 год по месяцам										<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">Количество</td> <td style="width: 50px;">комплектов</td> </tr> </table>					Количество	комплектов																					
	Количество	комплектов																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">11</td><td style="width: 20px;">12</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																											
Куда <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (почтовый индекс) _____ (адрес) _____ Кому _____																																						
Линия отреза																																						

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ПВ</td> <td style="text-align: center;">место</td> <td style="text-align: center;">ли тер</td> </tr> </table>				ПВ	место	ли тер	ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА На журнал Биоэтика										<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> </tr> </table>					4	7	0	1	9
ПВ	место	ли тер																								
4	7	0	1	9																						
(индекс издания)																										
Стои- мость		подписки		236 руб.		Количество		комплектов																		
Переад- ресовки		руб																								
На 2019 год по месяцам																										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12															
					город																					
Почтовый индекс				село																						
Код улицы				область _____																						
				район _____																						
				улица _____																						
дом	корпус	квартира				фамилия																				

Научное издание

БИОЭТИКА

Федеральный научно-практический журнал № 2 (22) 2018

Свидетельство ПИ № ФС77-29983 от 19.10.2007 г.

Журнал зарегистрирован

Нижне-Волжским межрегиональным территориальным управлением.

Редактор Н. Н. Золина

Компьютерная верстка Н. З. Белоусовой

Директор Издательства ВолГМУ Л. К. Кожевников

Санитарно-эпидемиологическое заключение

№ 34.12.01.543. П 000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать 26.10.2018 г. Формат 60x84/8.

Усл. печ. л. 7,44. Уч.-изд. л. 9,67. Тираж 1000 (1-150). Заказ № 292. Цена свободная.

Волгоградский государственный медицинский университет

400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

Издательство ВолГМУ, редакция:

400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45

Отпечатано в производственно-полиграфическом отделе Издательства ВолГМУ.

400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45