



ISSN 2070-1586

# Биоэтика

## BIOETHICS

### Учредитель

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

### 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:

#### Новиков И. А. (Novacov 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,

### 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

**Андреева 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

**Силуянова 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 Машпалак** – 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

**Брайан Хамнет** – PhD, Почетный профессор, Университет Эссекса,

Великобритания

## Федеральный научно- практический журнал

### 1 (23) 2019

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  
2019

## СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

**Седова Н.Н.**  
Как преодолеть кризис медицинской гуманитаристики?... 3

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

**Стрельченко В.И.**  
Биоэтика благоразумия и аксиология безрассудства..... 6

**Смирнов К.С.**  
Нарративная биоэтика в поисках «иного» мира  
(на примере романа Дж. Стейнбека «Гроздь гнева»)..... 11

**Сидорова Т.А.**  
«Правила игры» в институтах биоэтики..... 15

**Табатадзе Г.С., Голицына О.Ю.**  
Ислам, этика и биоэтика..... 19

**Дондокова Б.Б.**  
Социокультурные репрезентации женского  
в биомедицине: векторы трансформации..... 24

## ПРАКТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

**Кром И.Л., Еругина М.В., Ерёмкина М.Г.,  
Ковалев Е.П., Власова М.В.**  
Современные трансформации пространства медицины  
от медицинской помощи к медицинской услуге..... 27

**Светличная Т.Г., Смирнова Е.А., Сухоручко М.А.**  
Духовно-нравственные ориентиры  
медицинских работников и пациентов..... 30

**Мохов А.А.**  
Наиболее уязвимые пациенты как категория  
биоэтики и права..... 35

**Гурyleва М.Э., Хамитова Г.М.**  
Эвтаназия как форма реализации права человека  
на смерть в Российской Федерации:  
этико-правовые аспекты..... 39

## ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА

**Алёшина Н.Ф., Питерская Н.В., Старикова И.В.,  
Радышевская Т.Н.**  
Опыт педагогической работы по внедрению принципов  
врачебной деонтологии при обучении студентов  
медицинского университета..... 43

**Романов С.В., Абаева О.П.**  
Отношение населения России к посмертному органному  
донорству и источнику информации, участвующие  
в его формировании..... 45

**Фомичев Е.В., Афанасьева О.Ю., Дронов С.В.,  
Блюдников С.А.**  
Врачебная тайна в практике хирурга-стоматолога  
и челюстно-лицевого хирурга..... 48

**Кожневникова Магдалена**  
Проблемы биоэтики в ветеринарии: трансплантация  
органов собак..... 52

## СОБЫТИЯ

**Навроцкий Б.А., Рухтин А.А.**  
Новые отечественные научные исследования..... 57

**Петров А.В., Костенко О.В.**  
Новые возможности биоэтической подготовки  
будущих врачей..... 59

**Доника А.Д., Шестаков А.А.**  
Биоэтика XXI века: национальные интересы  
и международные исследования..... 60

**Щекин Г.Ю., Осыко А.Н., Бахтин В.А.**  
Этическое и этническое в медицинском туризме..... 62

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА ЖУРНАЛА..... 64

ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ  
ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ..... 64

## PAGE OF THE EDITOR-IN-CHIEF

**Sedova N.N.**  
How can we overcome the crisis of the medical humanities?..... 3

## THEORETICAL BIOETHICS

**Strelchenko V.I.**  
Bioethics of prudence and axiology of recklessness..... 6

**Smirnov K.S.**  
Narrative bioethics in the search of «other» world  
(on example of the J. Steinbeck's novel «The grapes of wrath»)..... 11

**Sidorova T.A.**  
«The rules of the game» in the bioethics institutions..... 15

**Tabatadze G.S., Golitsyna O.Yu.**  
Islam, ethics and bioethics..... 19

**Dondokova B.B.**  
Socio-cultural representations of female in biomedicine:  
transformation vectors..... 24

## PRACTICAL BIOETHICS

**Krom I. L., Yerugina M.V., Eremina M.G.,  
Kovalev E.P., Vlasova M.V.**  
Modern transformations of medicine space from medical  
care to a medical service..... 27

**Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A., Sukhoruchko M.A.**  
Spiritual-moral compass of healthcare professionals  
and patients..... 30

**Mokhov A.A.**  
Particularly vulnerable patients as a category  
of Bioethics and law..... 35

**Guryleva M.E., Khamitova G.M.**  
Evtanazia as a form of implementation of human rights  
to death in the Russian Federation:  
ethical and legal aspects..... 39

## APPLIED BIOETHICS

**Alyoshina N.F., Piterskaya N.V., Starikova I.V.,  
Radyshevskaya T.N.**  
Experience of pedagogical work on implementation  
of principles of medical deontology at training of students  
of medical university..... 43

**Romanov S.V., Abaeva O.P.**  
Attitude of the population of Russia towards the post-mortem  
organ donation and the sources of information involved  
in its shaping..... 45

**Fomichev E.V., Afanasyeva O.Yu., Dronov S.V.,  
Blyudnikov S.A.**  
The medical confidentiality in the practice of surgical  
dentistry and maxillofacial surgery..... 48

**Kozhevnikova Magdalena**  
Problems of bioethics in veterinaria: transplantation  
of dogs organs..... 52

## EVENTS

**Navrotskiy B.A., Rukhtin A.A.**  
New domestic research in the field of bioethics..... 57

**Petrov A.V., Kostenko O.V.**  
New opportunities bioethical training  
of future doctor..... 59

**Donika A.D., Shestakov A.A.**  
Bioethics of the XXI century: national interests  
and international research..... 60

**Shchekin G.Yu., Osyko A.N., Bakhtin V.A.**  
Ethics and ethnicity in medical tourism..... 62

PUBLICATION ETHICS OF THE JOURNAL.... 64

PAPER SUBMISSION  
GUIDELINES..... 64

УДК 614.2-612.1

## КАК ПРЕОДОЛЕТЬ КРИЗИС МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКИ?

**Н. Н. Седова**

*Заслуженный деятель науки РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор,  
руководитель Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ВМНЦ,  
заместитель Главного редактора журнала «Биоэтика», nns18@yandex.ru*

Медицинская гуманитаристика – это комплекс научных и образовательных концептов, обеспечивающих интеграцию медицинской теории и практики в контекст социума. Современный кризис медицинской гуманитаристики связан с интенсивным развитием новых биотехнологий и гораздо более медленным процессом разработки объяснительных гипотез, нормативных регуляторов и социальных прогнозов их использования на практике. Отставание это можно было бы расценить как закономерное, если бы не темпы технологического прогресса, на порядок превышающие все предыдущие изменения в технологической сфере. Парадокс заключается в том, что заинтересованный в гуманитарной экспертизе применения новых технологий социум, одновременно тормозит ее развитие. С философской точки зрения, это типичная подмена ценности – технологии становятся самоценными, а понимание того, что происходит в результате их применения, отступает на второй план. Самое опасное в этой ситуации – изменение подходов к подготовке кадров, которые будут работать с новыми технологиями. Цифровая медицина требует операциональных навыков, время на приобретение которых «отнимается» в вузах у «непрофильных» (в основном, гуманитарных) дисциплин. Поэтому с каждым годом в российских медицинских вузах усиливается тенденция дегуманизации медицинского образования.

Актив ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины» обратился, в связи со сложившейся ситуацией, с Открытым письмом к Министерству, Комитетам Государственной Думы и ОНФ. Письмо уже набрало гораздо больше подписей, чем это требуется для рассмотрения подобного документа. Ниже мы публикуем его полный текст и свой комментарий.

**Ключевые слова:** медицинская гуманитаристика, дегуманизация высшего медицинского образования, гуманитарные науки, социальные науки, биомедицинская этика.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-3-5

## HOW CAN WE OVERCOME THE CRISIS OF THE MEDICAL HUMANITIES?

**N. N. Sedova**

*Honored worker of science of the Russian Federation, doctor of philosophy, doctor of law, Professor,  
Head of the Department for ethical, legal and sociological expertise in medicine VMSC,  
Deputy editor-in-Chief of journal «Bioethics», nns18@yandex.ru*

Medical humanities is a complex of scientific and educational concepts that ensure the integration of medical theory and practice in the context of society. The current crisis of medical humanities is associated with the intensive development of new biotechnologies and a much slower process of developing explanatory hypotheses, normative regulators and social forecasts of their use in practice. This lag could be regarded as natural, if not for the pace of technological progress, by orders of magnitude higher than all previous changes in the technological sphere. The paradox is that the society interested in humanitarian expertise of application of new technologies, at the same time brakes its development. From a philosophical point of view, this is a typical substitution of value – technology becomes self-valuable, and the understanding of what happens as a result of their application, recedes into the background. The most dangerous thing in this situation is the change of approaches to training, which will work with new technologies. Digital medicine requires operational skills, the time for the acquisition of which is «taken» in universities from «non-core» (mainly humanitarian) disciplines. Therefore, every year the trend of dehumanization of medical education is increasing in Russian medical universities.

The asset of the annual all-Russian scientific and practical conference «Philosophical problems of biology and medicine» addressed, in connection with the situation, an Open letter to the Ministries, Committees of the State Duma and the All-Russian Popular Front. The letter has already received much more signatures than is required for the consideration of such a document. We publish his full text and our comment below.

**Key words:** medical Humanities, dehumanization of higher medical education, Humanities, social Sciences, biomedical ethics.

**Министру науки и высшего образования РФ**

**Министру здравоохранения РФ**

**Председателю комитета Государственной думы по образованию и науке**

**Первому заместителю председателя комитета**

**Государственной думы по образованию и науке**

**Председателю комитета по охране здоровья Государственной думы**

**КОТЮКОВУ М. М.**

**СКВОРЦОВОЙ В. И.**

**НИКОНОВУ В. А.**

**СМОЛИНУ О. Н.**

**МОРОЗОВУ Д. А.**

### ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО

#### О ПРОЕКТЕ МЕДИКО-ГУМАНИТАРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (МЕГО)

*От лица широкой общественности – преподавателей вузов, ученых, общественных деятелей и просто неравнодушных людей в самых разных специальностях,*

*мы хотели бы обратиться к Министерству науки и высшего образования, Министерству здравоохранения, Комитету Государственной Думы по образованию и науке,*

ко всем структурам управления в России, так или иначе связанным с проблемами российского образования.

Мы представляем широкое сообщество преподавателей высшей школы России, в первую очередь медицинских вузов. У большинства из нас большой опыт преподавания в системе высшего образования. Последние десятилетия мы являемся непосредственными участниками и свидетелями происходящих в этой сфере процессов.

В настоящее время наблюдается ярко выраженная тенденция дегуманизации высшего медицинского образования в России: сокращается число часов на гуманитарные дисциплины, экзамены заменяются зачетами, зачеты начинают проводить в форме тестирования, когда студентам достаточно не ходить на лекции и семинары, а просто прийти в конце семестра и сдать письменный тест. Не противоречит такой практике последняя версия Федерального государственного образовательного стандарта, согласно которому вузы самостоятельно могут определять виды и количество часов по учебным дисциплинам. В борьбе за часы и ставки это приводит к заметному сокращению непрофильных, но важных для общего развития личности дисциплин, особенно гуманитарных предметов: истории, биомедицинской этики, философии и др.

Отчасти указанные процессы связаны с тем, что гуманитарные дисциплины имеют устаревшую методологическую базу и преподаются в медицинских вузах в отрыве от медицинской проблематики, и студенты-медики далеко не всегда могут понять, как применять гуманитарные знания и навыки в своей профессиональной деятельности. Но отвечать на подобные вызовы нужно не сокращением гуманитарной подготовки, а качественным улучшением ее уровня. Необходимо вывести на качественно новый уровень современное медико-гуманитарное образование, с поддержкой на федеральном уровне, тем более что у ряда гуманитарных кафедр и вузов сегодня есть заметные достижения в этой области.

Мы отмечаем также, что сегодня назревает разрыв между биомедицинскими технологиями и гуманитарными аспектами их применения. Чтобы осознать риски инноваций, максимально обезопасить их, гармонично вписать в социокультурное пространство, нужна не только специально-медицинская, но и основательная гуманитарная подготовка современного врача.

В то же время сегодня, в силу большой специализации, практически один предмет – философия – в медицинском вузе способен создать широкую мировоззренческую платформу для развития системного мышления врача. Но для этого необходимо переосмысление роли философии и гуманитарных дисциплин в структуре медицинского образования, переориентация их на формирование системного клинического мышления.

На практике же, как уже отмечалось, наблюдается тенденция значительного ослабления гуманитарной составляющей в высшем медицинском образовании. Если даже гуманитарные дисциплины формально остаются в учебном плане, реально малые объемы часов или формы их проведения сводят влияние гуманитарной культуры на подготовку будущего врача практически к нулю.

Одновременно в системе здравоохранения в России сегодня нарастает тенденция все большей коммерциализации медицины, превращения ее практически в сферу бизнеса, где главной целью является получение прибыли, а лечение больного – всего лишь средство для достижения, пусть и положительной, но не вполне медицинской цели.

Сложение этих тенденций взаимно подкрепляет друг друга и ведет в конечном итоге к размыванию дисциплины как деятельности по лечению больного человека – гуманитарно-ориентированного вида профессии. Под видом лечения мы все более получаем другой вид активности (медико-ориентированное сервис-обслуживание) в сфере медицинского образования и здравоохранения.

Подобные тенденции нарастают не только в отношении к гуманитарным, но и теоретическим дисциплинам в системе медицинского образования. Падают и гуманитарная, и теоретическая подготовка будущего врача. Современная система финансирования вузов прямо зависит от количества студентов, которое сегодня является гарантом и числа преподавательских ставок, и объема бюджетного и внебюджетного финансирования, объективно формируя тенденцию «снижения планки» в отношении к уровню подготовки студентов, что особенно затрагивает гуманитарные дисциплины, которые сегодня принято считать непрофильными, но реально именно они являются базой для формирования клинического мышления и этической основы принятия врачебных решений. В итоге, возникает крайне опасная тенденция превращения медицинских вузов в кузницу таких «медицинских кадров», выпуск которых в практическое здравоохранение станет фактором риска для национальной безопасности страны.

Подобные тенденции являются крайне тревожными и требуют срочного осознания и активного принятия мер.

Мы исходим из следующих двух постулатов в области гуманитарного образования в медицине:

1) медицина – это интегральная деятельность, сочетающая в себе специально-медицинские и гуманитарные составляющие; обе компоненты необходимы, и ослабление одной из них приведет к ослаблению медицины в целом,

2) гуманитарная компонента медицинской деятельности и образования должна не сокращаться, а, наоборот, усиливаться, одновременно приобретая качественно новый, современный характер.

Опираясь на эти постулаты и очерченную выше ситуацию, считаем, что первые шаги по ее выправлению должны заключаться в следующем:

1. Организация и проведение **Всероссийского совещания зведующих гуманитарными кафедрами медицинских вузов России**, на котором предлагается обсудить и проанализировать ситуацию с гуманитарным образованием и выработать основные рекомендации по исправлению существующего положения.

2. Формирование новой концепции **медико-гуманитарного образования (МЕГО)** – концепции гуманитарного образования в медицинских вузах России, в большей мере ориентированного на профессиональные задачи медицинской профессии (например, создание новых курсов медико-гуманитарного профиля, преподавание не только философии, но и философии медицины, введение клинической биоэтики на старших курсах и т. д.).

3. Закрепление видов, объема часов и форм контроля непрофильных (в том числе гуманитарных) дисциплин высшего медицинского образования в рамках новой версии или в дополнении к имеющейся версии Федерального государственного образовательного стандарта.

4. Создание системы учебно-методических центров (УМЦ), профильных ФУМО по гуманитарным дисциплинам, на базе и с участием которых будет вестись переподготовка кадров в рамках новой концепции МЕГО.

Данный проект может быть первоначально опробован в пилотном варианте на базе ведущих медицинских вузов России, выработана более детальная программа мероприятий в рамках работы инициативной группы.

Проект МЕГО должен предполагать существенную модернизацию концепций и подходов гуманитарных дисциплин, приведение уровня их обеспечения и преподавания в соответствие с современными достижениями, в том числе введение новых медико-гуманитарных предметов, таких как философия медицины, медицинская антропология, экомедицина. Куррировать такую работу могли бы Гуманитарные советы вузов или специально созданные медико-гуманитарные центры (МГЦ). Организация новых курсов по отдельным направлениям МЕГО возможна также в рамках факультетов постдипломного образования при медицинских вузах, в том числе по медицинской антропологии и экомедицине для социальных работников, по истории и философии медицины для преподавателей, работающих с аспирантами, и т. д. Крайне важно сохранить и развивать научно-методическое обеспечение аспирантского и кандидатского экзамена по философии.

Для координации всего объема работы в рамках проекта медико-гуманитарного образования целесообразно создание структуры при Министерстве науки и высшего образования и Министерстве здравоохранения. Пилотный проект МЕГО может быть рассчитан на 4–5 лет на базе ряда ведущих медицинских вузов, по результатам которого могут быть приняты решения на федеральном уровне.

Просим Министерство науки и высшего образования, Министерство здравоохранения, Комитет по образованию и науке Госдумы, Комитет по охране здоровья Госдумы, Общероссийский народный фронт, все заинтересованные общественные организации поддержать наш инициативный проект медико-гуманитарного образования, первые шаги по его реализации и созданию в дальнейшем целостной программы по его формированию и внедрению.

Хотя мы акцентируем внимание на проблемах высшего медицинского образования, но понимаем, что во многом сказанное ниже относится к системе образования в России в целом. Призываем все конструктивные силы в образовательном пространстве России присоединяться к нашей инициативе, развивая ее в своих направлениях.

Медицинская профессия во все времена ставила на первый план задачи гуманитарного характера – заботы о человеке, о его телесно-душевном благополучии и гармоничном образе жизни. Медицина имеет дело в первую очередь с больным человеком, живущим в обществе и обладающим определенным культурным кодом, и дело лечения человека, а не просто отдельных фрагментов его тела, – это во многом медико-гуманитарная задача. Полноценная гуманитарная подготовка врача – необходимое основание для его качественной профессиональной деятельности.

\*\*\*

Присоединяясь к тексту письма, хотим отметить, что основой гуманитарной экспертизы в медицине является этическая рефлексия происходящих в ней событий. В целом ряде статей нашего журнала в последние годы шла речь об усилении биоэтического сопровождения медицинской науки, практики и медицинского образования [1, 2, 3 и др.]. Сейчас уже очевидно, что подготовка врачей

в российских вузах утрачивает свое ценностное содержание. Если раньше курс биоэтики изучался тогда, когда студенты уже выходили в клинику и могли на практике применять полученные этические знания, а затем закреплять этические навыки в интернатуре, то сейчас: а) биоэтика изучается на младших курсах, а в некоторых вузах вообще присоединяется к курсу философии (?!); б) ликвидация интернатуры сделала процесс закрепления этических навыков неорганизованным. Казалось бы, известная вещь: между теорией и практикой всегда стоит оценка, именно ценностный подход обеспечивает возможность применения/неприменения тех или иных инноваций в медицине. Но как раз умение оценить ситуацию по шкале «добро – зло» не вырабатывается у современных студентов.

Нам представляется, что исправлять ситуацию нужно срочно. Сейчас мы не знаем, к чему приведет внедрение технологий *human enhancement*, а значит не можем и оценить, принесут они пользу или вред. Отдельные достижения геномики не систематизированы, а если нет представления о системных изменениях при манипуляциях с генами, не выработана и норма – что можно, а что нельзя делать. Энвайронментальные риски рассматриваются только в плане негативного воздействия человека на окружающую среду, но мы не знаем, как ответит природа на изменения биологической сущности человека, какие социальные формы примет естественный отбор. Современные технологии в медицине как конвергенция живого и неживого, как «природоподобные технологии» (М. В. Ковальчук), по сути, формируют отношение к человеку как к компьютерной модели. Представления о том, что такой подход элиминирует естественное начало в человеке, что в результате применения подобных технологий человек исчезнет как биологический вид, еще совсем недавно считались алармистскими, а сейчас стали вполне привычными, даже обыденными. Но не задумываться над тем, что нас ждет в век цифровой медицины, мы не можем. А единственная наука, которая может оценить соотношение рисков и пользы – это биоэтика.

Мы полагаем, что

- в медицинских вузах должна преподаваться не биоэтика, а биомедицинская этика, это больше соответствует целям профессиональной подготовки;
- изучение биомедицинской этики должно быть непрерывным: теоретическая часть на младших курсах, практическая – на средних и прикладная – на старших;
- этическая подготовка должна быть включена в курсы НМО.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Петров В.И. Международный День Биоэтики // Биоэтика. – 2017. – № 2. – С. 5–6.
2. Седова Н.Н. Судьба биоэтики в медицинском образовании современной России под угрозой // Биоэтика. – 2018. – № 1. – С. 5–7.
3. Serova I.A., Yagodina A.U. Formation of lateral thinking in discussion of bioethical dilemmas of technologies of «human enhancement» // Биоэтика. – 2017. – № 1. – P. 11–15.

#### REFERENCES

1. Petrov V.I. Mezhdunarodny`j Den` Bioe`tika // Bioe`tika. 2017. № 2. – S. 5-6.
2. Sedova N.N. Sud`ba bioe`tika v medicinskom obrazovanii sovremennoj Rossii pod ugrozoi // Bioe`tika. 2018. № 1. S. 5–7.
3. Serova I.A., Yagodina A.U. Formation of lateral thinking in discussion of bioethical dilemmas of technologies of «human enhancement» // Bioe`tika. 2017. N.1. P. 11–15.

УДК 002.9

## БИОЭТИКА БЛАГОРАЗУМИЯ И АКСИОЛОГИЯ БЕЗРАССУДСТВА

В. И. Стрельченко

*доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии  
РГПУ им. А. И. Герцена, г. Санкт-Петербург, v\_strelchenko@mail.ru*

Реанимация давно дискредитировавших себя устремлений герметической символической философии, социалдарвинизма, евгеники, социальной гигиены, а сейчас еще и трансгуманизма с целью решить проблемы общественного и индивидуального бытия человека техническими средствами биомедицинских манипуляций является выражением своего рода «одержимости» утопическими проектами сциентистско-технократических идеологий. Однако сопротивление угрозам антропологических катастроф и экологическим кризисам – это не молекулярно-генетическая или биомедицинская проблема. Это проблема преодоления социальных антагонизмов (классовых, этнокультурных и др.), обнаружившихся в виде противоречий и конфликтов, имманентных наличному многообразию видов деятельности современного капитализма в природе и обществе.

**Ключевые слова:** аксиология, биоэтика, евгеника, социальная гигиена, трансгуманизм, эпистемология, экономический кризис, антропологическая катастрофа, Римский Клуб.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-6-10

## BIOETHICS OF PRUDENCE AND AXIOLOGY OF RECKLESSNESS

V. I. Strelchenko

*doctor of philosophy. Ph. D., Professor, Head of the Philosophical Department RSPU A. I. Herzen, Saint-Petersburg*

Reanimation of long-discredited aspirations of hermetic symbolic philosophy, social Darwinism, eugenics, social hygiene, and now also transhumanism in order to solve the problems of social and individual human existence by technical means of biomedical manipulation of scientific expression of a kind of «obsession» with utopian projects of scientific-technocratic ideologies. However, resisting the threats of anthropological catastrophes and environmental crises is not a molecular genetic or biomedical problem. This is the problem of overcoming social antagonisms (class, ethno-cultural, etc.), revealed in the form of contradictions and conflicts, immanent to the present variety of activities of modern capitalism in nature and society.

**Key words:** Axiology, bioethics, eugenics, social hygiene, transhumanism, epistemology, economic crisis, anthropological catastrophe, the club of Rome.

Проблемы аксиологии органической жизни едва ли не общепринято формулировать и обсуждать так, как будто заранее известны ответы на вопросы о том, что такое жизнь, что такое этика и, наконец, что такое этика жизни, или биоэтика. Только на первый, и весьма поверхностный, взгляд они представляются как удовлетворяющие требованиям ясности, простоты и непротиворечивости. Однако при ближайшем рассмотрении обнаруживается, что понятия о жизни и нормах морального поведения принадлежат к двум, едва ли не субстанциально противостоящим друг другу мирам наук о природе и наук о культуре. И если абстрагироваться от трудностей эпистемологического, методологического и концептуального характера, возникающих на почве попыток преодоления имманентных биоэтическому гносису противоречий, то взятые в отдельности, сами по себе понятия о жизни и морали не могут не вызывать сомнений с точки зрения их аутентичности [1, с. 181–186]. Очевидным тому подтверждением являются многие десятки концепций жизни в биологии. В силу высокой сложности ее предметной организации, дисциплинарной разобщенности, вопросы эпистемологических условий органичного синтеза весьма неоднородного естественно-научного материала в составе единой теории жизни достигли едва ли не предельных значений актуализации. Аналогичным положением дел характеризуется и состояние как аксиологических, так и биоэтических знаний, демонстрирующих образцовые примеры «плюрализма мнений» в области природы морали.

Вместе с тем, современные биология и этика располагают эвристическим потенциалом решения задач межотраслевого и междисциплинарного синтеза. Речь идет, прежде всего, о познавательных ресурсах эволюционного, строго говоря, эволюционно-экологического подхода, открывающего перспективу совмещения историко-генетических и структурно-функциональных объяснений в поле анализа вопросов этики жизни. Эти преимущества эволюционно-экологического мышления мотивировали развитие ряда плодотворных стратегий современного научного поиска,

реализующихся в обширном пространстве исследований: от эволюционной этики и нейроэтики до эволюционной эпистемологии, биосемиотики и биополитики.

Еще не прошедшие зону метафоры понятия о биоэтике, биовласти, биополитике, биокапитализме и др. приобрели статус едва ли не специальных терминов и широко используются в современных научных исследованиях, нередко придавая им вид весьма причудливой «смеси» досужных фантазий, экзотических гипотез и референциально неосмысленных идей.

Интеллектуальный и социально-исторический прогресс, достигнутый органической жизнью в человеке, открыл для него перспективу, с одной стороны, возможности неограниченного культурно-цивилизационного роста, а с другой – угрозы экологического кризиса и «антропологических катастроф» вследствие обострения социальных конфликтов и глобализации экологических кризисов.

Феномен и понятие жизни охватывают и характеризуют качественно различные классы явлений, достигающие уровней противоположности предметных областей естествознания (физика, химия, биология и др.) и социогуманитарных наук. Несмотря на многообразие форм органической жизни, отражающие их понятия характеризуются очевидной инвариантностью смысловых значений. Многообразие формообразований органической жизни (от одноклеточных до биосферы) и видов деятельности человека в природе и обществе (познавательная и практическая) являются выражением универсальной активности жизни.

Прогресс жизни в антропосоциогенезе увенчался не только возникновением *Homo Sapiens*, но и его превращением из объекта селективных процессов в один из главных факторов эволюционных изменений [2, с. 19]. Ко второй половине XX и у истоков XXI столетий они стали причиной региональных природных катастроф и глобальных экологических кризисов, обусловленных антропогенными изменениями среды обитания, которые нередко затрагивают физический баланс жизни на планете в целом

и воздействуют на все аспекты существования человека и развития общества.

Преобразования биосферы человеческой деятельностью отнюдь не односторонний процесс и всегда чреватые теми или иными последствиями для человеческой популяции и культуры. И если лавинообразный рост антропогенного давления на биосферу сопровождается разрушением биоценозов, исчезновением видов, накоплением неблагоприятных наследственных изменений и др., то их антропологические и социальные последствия не менее впечатляющи, так как создают угрозу деградации и распада «генетических оснований культуры» [3, с. 475]. Согласно материалам фонда Global Footprint Network человечество уже сейчас за год расходует ресурсы, производимые за 1,5 года. То есть для обеспечения существующего типа потребления уже к 2030 г. понадобится еще одна Земля. И это понятно, если учесть, что в результате «освоения» природы человеком ежегодно уничтожается 36 млн га леса, каждый день мировой океан поглощает 30 млн тонн углекислого газа (глобальное потепление), за последние 40 лет обнаружено 39 новых инфекционных заболеваний, а 18 лет XXI века ознаменовались более чем 40 войнами и беспрецедентным ростом преступности и терроризма.

Вследствие реализации селективной активности человека происходит упрощение структуры и ослабление устойчивости биоценозов. Изменяются темпы и направления действия отбора [4, С. 409–419]. В итоге, механизмы детерминации эволюционного процесса существенно модифицируются и характеризуются действием не только естественного отбора, но и отбора «социального», строго говоря, «биосоциального», антропологически ориентированного. Порождающие и одновременно интегративные структуры биосоциальной обусловленности культурно-цивилизационного творчества приурочены к процессам производства и воспроизводства жизни общества. Осознанием этого обстоятельства знаменуется настоящая революция в понимании человека как части природы и, одновременно, социального существа.

Исходным пунктом радикального переосмысления, вульгарно-натуралистических, просветительских и идеалистически-метафизических представлений о человеке становится утверждение, что человек – это не просто и не только часть природы, но существо социальное, а потому именно «коллективный человек»... ассоциированные производители рационально регулируют... свой обмен веществ с природой, ставят его под свой общий контроль...» [5, с. 387].

Такое понимание взаимоотношений человека и природы сложилось уже в начале второй половины XIX века в контексте критики механицизма и идеалистической метафизики инициаторами «антропологического поворота» в западной философии, – С. Кьеркегором (1813–1883), Л. Фейербахом (1804–1872) и К. Марксом (1818–1883). Несмотря на несомнимость, даже диаметрально противоположность их мировоззренческих установок, общим для них было стремление преодолеть абстрактность спекулятивной метафизики действительности и истолковать ее как процесс и результат практической, целостной активности человека. Взгляды всех трех участников антропологического поворота совпадают в постановке задач сближения философии с жизнью («истинной действительностью»), а также в понимании человека как предметного существа. Важнейшие понятия гегелевской философии «существование» и «предметная сущность» приобретают в редакции Кьеркегора, Фейербаха и Маркса смысл специфических форм связи в пространстве предметного мира культуры, – связей, которые преобразуют любой, вовлеченный в их сферу материал, включая природу и человека. Предметный мир «экзистенции» как выражении сущности человека порождается, согласно Кьеркегору, постоянным самоопределением человека, всеми помыслами устремленного к Богу. Фейербах исходит из убеждений о предметно-творческой природе человеческой чувственности, а К. Маркс, вслед за Г. Гегелем, основывается

на утверждении о решающей роли человеческого труда в формировании предметного мира.

В философии жизни, экзистенциализме, прагматизме, структурализме и герменевтической феноменологии XX – начала XXI столетий объяснение закономерностей организации и культурно-цивилизационной эволюции общества на основе редукции к уникальным, неповторимым жизненным практикам отдельно взятого человека является общепринятым.

Под влиянием концептуальных изменений, возникающих в науке и философии последних десятилетий, в связи с эволюцией понятия «жизнь», органичным включением в его содержание социально-этических, антропологических и естественнонаучных смысловых значений, в конце 60-х – начале 70-х гг. прошлого века, т. е. более столетия спустя после начала «антропологического поворота» в западной философии, – существенной антропологизации подвергается дисциплинарное пространство естествознания. Становление современной неклассической и постнеклассической науки (физика, биология и др.) служит выражением не только признания важной эпистемологической роли ценностей человеческой жизни и культуры, но и придания «антропному принципу» значения формы интеграции знаний о естественно-природных и социально-этических, душевно-духовных и телесных составляющих человеческого бытия.

Эпистемологическая значимость аксиологии человеческой субъективности, ее онтологическая универсальность целиком и полностью определяется имманентной способностью к развитию предметно-практических инициатив. Иначе говоря, практическая универсальность человека проявляется «именно в той универсальности, которая всю природу превращает в его неорганическое тело» [6, с. 92]. С этой точки зрения, материальный субстрат как органической, так и неорганической жизни общества приобретает вид «общественного тела, или совокупности людей и воспроизведенных ими орудий труда». Общественное тело представляет собой совокупность «органического» и «неорганического» тел [7, с. 565]. Их социальная природа раскрывается тогда, когда они, будучи по-существу естественными, природными образованиями включаются в систему общественных отношений. Значит, биозтика, ее основоположения, регулятивные принципы и нормативные прескрипции могут отвечать своему понятию лишь в контексте истолкования как выражения единства формообразований «общественного тела» и социальных условий его существования. Сама по себе предметная деятельность, как и процесс вовлечения в нее природы, носит социальный характер. Поэтому «...из определенной формы материального производства вытекает, во-первых, определенная структура общества, во-вторых, определенное отношение людей к природе» [8, с. 279]. Таков вывод, вытекающий из понимания человека как предметно-практического существа, в своих интересах преобразующего природу и, одновременно, живущего по ее законам. Отсюда вытекает и понимание сущности кризисов во взаимоотношениях человека и природы: экологические кризисы детерминированы «формой общества», доминирующими в нем социальными антагонизмами. Именно антагонистические общества и, прежде всего, капитализм и рыночная экономика – главная причина конфликтов между природой и человеком, душевно-духовной и телесной составляющими человеческого бытия [9].

Это положение поддерживается и современными исследованиями нынешнего, так называемого «Нового общества», возникшего на почве достижений микроэлектроники, молекулярной биологии и др. и столь же отличающегося от непосредственно предшествующих ему социальных образований, как общество промышленной революции XVII – начала XIX в. отличалось от общества, порожденного неолитической революцией». И, тем

не менее, и действующий в нынешнем, существенно модернизированном «Новом обществе» «...рыночный механизм не может справиться с глобальными проблемами» [9, с. 39]. А это значит, что аксиология взаимоотношений человека и природы, стратегий их сопряженной эволюции должны основываться не только на сетованиях по поводу удручающего состояния окружающей среды (загрязнение, демография, пищевые ресурсы и др.) и абстрактном морализировании на темы безнравственности экологического поведения отдельных человеческих индивидов. Еще более важное значение имеет степень и характер зависимости антропо-экологических условий от формы организации общества (социальной, политической, производственно-экономической и др.), от имманентных ему социально-этических приоритетов. Поэтому призывы к деидеологизации, деполитизации и т.д. исследований в области экологии человека едва ли оправданы.

Выведенные группой проф. Д. Медоуза (Римский Клуб) призывы провести необходимые мероприятия по замедлению и консервации научно-технического прогресса, по регулированию численности и поддержанию определенного баланса народонаселения планеты вплоть до настоящего времени остаются подобными «гласу вопиющего в пустыне». Не более как в качестве риторических приемов могут быть оценены и предложения, имеющие характер абстрактных требований безусловного приоритета «прав природы» перед «правами человека», или же напротив, — ускорения темпов научно-технического развития, либерализации экономики и дальнейшей социально-политической демократизации [10, с. 29–46].

Радикальный антиэкологизм проистекает из некритического следования «техноморфному мышлению, усвоенному человечеством вследствие достижений в овладении неорганическим миром, который не требует принимать во внимание ни сложные структуры, ни качества систем» [11, с. 153]. Идеология научно-технического прогресса предполагает безусловный приоритет культуры над природой — соподчиненность, которая не признается почти нигде вне пределов ареала индустриальной цивилизации.

Пренебрежительное отношение к экологическим последствиям антропогенных изменений биосферы нашло свое выражение в системе представлений классической политической экономии (А. Смит, Д. Рикардо), развитых на почве сопряженности процессов религиозной (М. Лютер) и научной (XVII–XVIII вв.) революций. И классическая политическая экономия, и марксизм, и современные неоллиберальные экономические доктрины при определении стратегий хозяйственной деятельности исходят из принципов неисчерпаемости и стоимостей нейтральности природных ресурсов. Хозяйственная традиция, исключая возможность учета экологических последствий человеческой деятельности, потребовала отказа и от некоторых естественных, родовых особенностей поведения человека. По мнению Ф. фон Хайека, существование рыночной экономики требует освобождения от таких инстинктивных форм поведения, как солидарность и сострадание. Производственно-экономический рост возможен лишь в том случае, когда антропологические, социальные, политические и другие параметры человеческой деятельности целиком и полностью задаются в терминах стоимости, цены и прибыли [12, с. 47–48]. Иначе говоря, игнорирование производственно-экономической значимости природы имеет своим следствием освободить человека от некоторых «инстинктивных», т. е. естественных (природных) форм поведения, — замысел сопоставимый с задачами выведения новой «породы» (вида) человека.

Важнейшим, а возможно, и главным источником социальных конфликтов и «антропологических катастроф» современности является оппозиция и постоянно расширяющийся разрыв между естественно возникшими и искусственно созданными формообразованиями частной и общественной жизни людей. Историко-генетически эти оппозиции и разрывы обнаруживаются как выраженные дифференциации первичной социальной связи под

влиянием процессов снижения роли «естественных орудий» труда и роста значения «орудий созданных цивилизацией» (К. Маркс) в структуре общественного производства. Тем самым положено начало замены «естественной социальной связи» (кровной, территориальной, личной) «вещными отношениями», а как следствие этого — беспрецедентного усиления зависимости наличного многообразия видов духовной и практической активности от произвола эгоистических индивидуальных, или групповых интересов, нередко не только не согласующихся, но прямо противоречащих объективным условиям существования и исторической перспективы человека.

Прогресс «техне», лавинообразный рост удельного веса «симулякров» [2, с. 25–30] в составе «живого и трепетного тела культуры» (А. Ф. Лосев), непосредственное выражение отнюдь не «естественных», а собственно «цивилизационных» интенций эволюции общества. Обнаруживаются и их непосредственные письменные фиксации, скажем, в теоретическом наследии Платона. Произведения искусства, например, он рассматривает как «подражание подражанию», как область «симуляции», производства не имеющих естественного права на существование предметов, которые в силу этого способствую не улучшению, а ухудшению человеческой природы. Искусство лжет, а поэтому не воспитывает, а развращает человека, попустительствуя иррациональным, а не разумным способностям. Трижды удаленные от истины деятели искусства должны быть изгнаны из идеального государства. В силу еще большей по сравнению с искусством нравственности, т. е. удаленности от истины уничтожающей критике подвергается и риторика. Согласно Платону, как известно, невежественные риторы злонамеренно играют на предрассудках толпы чаще всего отнюдь не в человеколюбивых целях.

Придание искусственному значению естественного в ходе становления новоевропейской науки (XVI–XVII вв.), а значит, замена физических объектов их математическими моделями и преобразование политико-правовых, социальных образовательных и др. практик на нормативно-телеологических началах этики протестантизма и идеологии первых буржуазных революций ознаменовалось, с одной стороны, оформлением альтернативы культуры и цивилизации, а с другой — утратой представлений о техниках (эпистемологических, логических, онтологических) их различения и идентификации. Отождествление «естественного» со всеми видами реальности, отвечающими требованиям «научной рациональности» (Просвещение) или же признание «Всего разумного действительным» (В. Гегель) способствовало лишь росту неопределенности границ между своеволием цивилизационного произвола и природосообразными, антропологически аутентичными стратегиями социально-этических устремлений общества. Зоны их неразличимости оказались чреватými антагонизмами естественных и искусственных, социокультурных и цивилизационных компонентов и обрвали антропологически агрессивную среду, насыщенную интенциями масштабных духовных и жизненно-практических кризисов. Поскольку же научные знания сами по себе содержат указания на способы и границы их применимости [15, с. 10], а этически нейтральная «научная техника» «...вселяя в людей уверенность в том, что они в состоянии творить чудеса, не указывает, какие чудеса следует творить» [14, с. 10], то более чем 300-летняя история европейских цивилизаций изобилует примерами построения и практической реализации физико-математических, эволюционно-биологических, био-медицинских, экологических и др. «научно-обоснованных» проектов, угрожающих самому существованию человеческого рода.

Иллюстрацией вытекающих отсюда возможных следствий может служить европейский опыт движения за биологическое усовершенствование человека путем позитивной и негативной селекции. Основатели расовой гигиены в Германии (Шальмайер В., Вольфман Л. и др.)

требовали введения жесткого государственного контроля генетического состава человеческих популяций. Книга Ф. Ленца «Отбор у человека и расовая гигиена» (1921 г.) хотя и противоречила нормам морали, тем не менее, получила поддержку ученых и политиков, оказала огромное влияние на формирование идеологии и практики биологического «оздоровления» населения Третьего рейха. Как известно, веймарские евгеника и расовая гигиена мотивировали разработку закона о стерилизации людей с физическими и психическими недостатками, а затем и формирование расового законодательства гитлеровской Германии.

Итоги практик расовой гигиены в Германии поражают чудовищными масштабами антропологической агрессии – это от 300 до 400 тысяч стерилизованных в соответствии с законом 1934 г., 210 тысяч расстрелянных, отравленных газом и уморенных голодом пациентов психиатрических лечебниц (до 1945 г.), уничтожение до конца войны многих миллионов русских, евреев, сотен тысяч цыган и других представителей «низшей расы».

Государственные программы «практической евгенической политики», разработанные на основе антропометрических изысканий Ф. Гальтона, а также новейших достижений в области генетики, экологии и эволюционной теории были приняты и реализовались в 20–30-е годы в таких странах Европы, как Дания, Швеция, Норвегия, Латвия, Эстония. Американскому евгеническому обществу удалось провести в ряде штатов законы о принудительной стерилизации лиц, наносящих ущерб генофонду населения страны. Только до 1920 г. принудительной стерилизации было подвергнуто 3233 гражданина США [6, с. 19].

Однако бесплодными оказались попытки внедрить евгенические мероприятия в СССР. В частности, авторитетные отечественные биологи-эволюционисты Н.К. Кольцов, А.С. Серебровский и Ю.А. Филипченко отстаивали евгенические идеи, считая, что путем стерилизации, искусственного оплодотворения и подбора пар можно не только преодолеть болезни, но и создать нового человека – строителя коммунизма. Несмотря на столь впечатляющие перспективы, евгеника, тем не менее, была осуждена, а ее институты (общества, учреждения, печатные издания) были закрыты в СССР.

Сходные, но уже развертывающиеся в пространстве технократических иллюзий идеи отстаиваются и сейчас сторонниками так называемого трансгуманизма. По их мнению, современный и вполне закономерный этап эволюции человека знаменуется практиками его технико-технологических преобразований в целях роста приспособленности к изменяющимся под влиянием научно-технического прогресса условиям окружающей среды [17, с. 171–187]. Общим для обеих позиций является признание необходимости формирования нового физического типа человека.

Полифония сценариев экологического будущего человечества, антропо-экологические доктрины евгеники и трансгуманизма могут служить наглядной иллюстрацией эпистемологической ограниченности научной рациональности, ее превращения в систему едва ли не чисто инструментальных средств, подчиненных произволу отнюдь не человеколюбивых замыслов.

Уже сегодня некоторые научные и политические элиты активно разрабатывают идеи, чреватые угрозами целенаправленного вмешательства в жизнедеятельность человека и процесс его эволюции. Существует реальная опасность овладения соответствующими технологиями и их использования одной страной. Они уже существуют и способны обеспечить возможность управления процессами эволюции с целью создания нового подвида *Homo Sapiens* – «служебного человека». Оценивая стартовые условия самой возможности его «выведения», директор Курчатковского института профессор М. В. Ковальчук отмечает, что, судя по наметившимся замыслам «свойство популяции служебных людей очень простое: ограниченное самосознание, и когнитивно это регулируется

элементарно, мы с вами видим, это уже происходит. Вторая вещь – управление размножением, и третья вещь – дешевый корм, это генно-модифицированные продукты. И это тоже уже все готово. Значит, фактически сегодня уже возникла реальная технологическая возможность выведения служебного подвида людей. И этому *помешать уже не может никто*, это развитие науки, это по факту происходит, и мы с вами должны понимать, *какое место в этой цивилизации мы можем занять*» [18].

Судя по масштабам и характеру развития Всемирной трансгуманистической ассоциации, опасения проф. М. В. Ковальчук более чем справедливы. Соединение современных научных и технологических «изобретений» с некоторыми из «воинствующих» идеологий первых десятилетий XXI столетия открывает реальную перспективу распада генетических оснований популяции *Homo Sapiens*, а значит и тотальной деградации созданной ею культуры. Ведь только антропологические намерения трансгуманистического движения России, «Россия 2045», подлежащие реализации в рамках проекта «Аватар», предполагают ни много, ни мало, как создание технологий искусственного тела человека. Речь идет о коренных качественных преобразованиях человеческой телесности, не сопоставимых по своим масштабам с эволюционными изменениями в известных к настоящему времени филогенетических линиях животного и растительного царств. Имея в виду улучшение качества и продолжительности жизни, «Аватар» включает 4 этапа антропологического конструирования:

1. С 2015 по 2020 гг. – создание искусственной копии тела человека, антропоморфного робота, управляемого мыслью с помощью интерфейса «мозг-компьютер».
2. С 2020 по 2025 гг. – создание искусственной копии тела человека, в которое пересаживается мозг в конце жизни.
3. С 2030 по 2035 гг. – создание компьютерной модели мозга и человеческого создания с последующей интеграцией в робота («кибернетическое бессмертие»)
4. С 2040 по 2045 гг. – создание тела голограммы.

Нетрудно заметить, что и в случае управляемой антропологической эволюции, и технико-технологических ухищрений трансгуманизма значение научной рациональности в мире уподобляется Богу-творцу мировых религий, определившему, по словам одного из участников «Аватара», «главным врагом человеческой расы – законы природы» [18].

Тенденции реанимации давно дискредитировавших себя устремлений герметической философии («гомункулус»), социалдарвинизма, евгеники, «социальной гигиены», а сейчас еще и трансгуманизма разрешить проблемы общественного и индивидуального бытия человека техническими средствами биомедицинских усовершенствований служат выражением своего рода «одержимости» утопическими проектами сциентистско-технократических идеологий. Они возникают на почве ошибочного истолкования социально агрессивных человеческих качеств как укоренных в структурах биологических, строго говоря, молекулярно-генетических размерностей «природы человека». И хотя идеи «выведения служебного вида людей» не имеют ничего общего с достижениями современных естественнонаучных исследований (эволюционная антропология, генетика человека, медицинская генетика, генетика популяций, теория эволюции и др.) и фактически опираются на более чем 300-летней давности натурфилософский (метафизический) хлам доктрины «природы человека», тем не менее, они остаются весьма привлекательными. Именно следование им в нынешних условиях подводит к заключению о необходимости «... либо изменить природу человека посредством реконструкции его генома... либо пойти по пути воплощения разума и личности в небиологической самоорганизующейся системе, т. е. по пути... эволюционного трансгуманизма» [19, с. 27].

При этом упускается из виду, что предупреждение грядущих антропологических катастроф, региональных и глобальных экологических кризисов – отнюдь не эволюционно-антропологическая, молекулярно-генетическая или биомедицинская проблема. Это проблема преодоления социальных антагонизмов (морально-этических, классовых, конфессиональных, этнокультурных и др.), обнаруживающихся в виде противоречий и конфликтов, имманентных образу жизни и наличному многообразию видов деятельности современного капитализма в природе и обществе.

Данный вывод подтверждается и поддерживается материалами последнего доклада Римского клуба – «Come On! Капитализм, близорукость, население и разрушение планеты» (январь 2018 г.). Вопреки ранее принятым установкам деидеологизации и деполитизации, с позиций которых с 1968 г. по настоящее время была разработана в строгом соответствии с требованиями «научности рассуждения» серия глобальных экологических прогнозов, обобщенных более чем в 40 докладах «Римского клуба», юбилейный доклад характеризуется радикальной сменой мировоззренческих ориентаций. Авторы подчеркивают, что доклад является «... выражением идей передовой части мировой интеллектуальной и политической элиты». В контексте едва ли не уничтожающей критики капитализма в нем признается наличие непосредственной обусловленности кризисных явлений во взаимоотношениях человека и природы социальными антагонизмами современного классового общества и господствующей в нем идеологией неолиберализма. Со страниц доклада звучат призывы коренной смены парадигмальных установок нынешнего «вырожденного капитализма» (капитализма финансовых спекуляций) к неотложным действиям по созданию альтернативной капитализму экономики, к формированию условий «Нового Просвещения» (целостного, гуманистического, свободного от антропоцентризма) и «Нового образования», построенных на основе духовно-нравственных ценностей, отвечающих гуманистическим и социальным идеалам культурно-цивилизационной традиции. Кроме того, развиваемый в докладе «Новый подход» возлагает ответственность за текущие экологические и антропологические кризисы, прежде всего, на мировоззренческую систему, сформировавшуюся на основе идей классической политической экономии (А. Смит, Д. Рикардо) и дарвиновской теории эволюции, содержит требования отказа от западного индивидуалистического антропоцентризма и др.

Весьма симптоматичным является и характер постановки главного вопроса доклада: «Философские основания текущего состояния мира и эпистемологических условий его аутентичной осмысленности». Показательным является и смещение акцентов в распределении внимания между субъектом и объектом экологического мышления. В противоположность предшествующей традиции «методологического индивидуализма» докладу свойственно стремление понять природу последнего в контексте анализа вопросов эпистемологии социальной субъективности.

Оппозиции органической и разумной (социальной) жизни, обнаруживающиеся в виде противоречий и конфликтов между телесной и душевно-духовной составляющими человеческого бытия, человеком и обществом, человеком и культурой, человеком и природой имеют двойной смысл: движущих сил социального прогресса и, одновременно, непосредственных причин деградации и распада его биологических оснований. Исторические изменения положения и места человека в жизни биосферы и жизни биосферы в человеке под влиянием факторов культурно-цивилизационного роста определяют формы антропологического поведения. Их адекватность стратегиям выживания и исторической перспективы человека находится в прямой зависимости от эффективности норм биоэтического контроля.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Балахонский В.В., Бахтин М.В., Стрельченко В.И. Модели и философско-эпистемологические репрезентации истории. – М., 2017.
2. Бодрийяр Ж. Симулякры и симуляция. – М., 2017. – С. 25–30.
3. Выступление М.В. Ковальчука в Совете Федерации 30 сентября 2015 г. – <http://trv-science.ru/2015/10/08/vystupleniemikhaila-kovalchuka-v-sf/> (дата обращения 21.09.2018).
4. Гекели Т. Эволюция и этика Прологомены // Вопросы философии. – 2016. – № 9. – С. 181–186.
5. Дубровский, Д.И. Природа человека, массовое сознание и глобальное будущее / Д.И. Дубровский // Философские науки. – 2013. – № 9.
6. Колчинский Э.И. Единство эволюционной теории в разделенном мире XX века. – СПб., 2014. – С. 409–419.
7. Лоренц К. Кольцо царя Соломона. – М., 2011. – С. 153.
8. Люблинский, П.П. Евгенические тенденции и новейшее законодательство о детях // Русский евгенический журнал. – 1925. – Т. 3. Вып. 1. – С. 19.
9. Марков А.А. Эволюция человека. В 2 кн. Кн.1. – М., 2014. – Т. 19.
10. Маркова Л.А. На подступах к трансгуманизму // Эпистемология и философия науки. – 2016. – Т. XLVII. №1. – С. 16–17, 171–187.
11. Маркс, К. и Энгельс, Ф. Соч., Изд-е 2. Т. 3. – С. 92, 387, 565, 279.
12. Медоуз, Д., Рандерс, Й., Медоуз, Д. Пределы роста 30 лет спустя. – М., 2013. – С. 29–46.
13. Рассел Б. История Западной философии. – М., 2017. – Т. 2. С. 10.
14. Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры. – М., 2010.
15. Стрельченко В.И. История, эпистемология и философия науки. – СПб., 2019.
16. Фейнман Р., Лейтон Р. Фейнмановские лекции по физике в 9 томах. Т. 1. – М., 2016. – С. 11.
17. Хайек Ф. фон. Индивид и экономический порядок. – М., 2011. – С. 47–48.
18. Dobzhansky Th. Evolution and Man Self-Image // Evolution Anthropology. – 1975. – pp. 220–229.
19. Weizsacker E. Wijkman A. Come on! Capitalism, Short-termism, Population and the Destruction of the Planet. – Springer. 2018.

**REFERENCES**

1. Balahonskij V.V., Bahtin M.V., Strel'chenko V.I. Modeli i filosofsko-ehpistemologicheskie reprezentacii istorii. M., 2017.
2. Bodriyar ZH. Simulyakry i simulyaciya. M., 2017. S. 25–30.
3. Vystuplenie M.V. Koval'chuka v Sovete Federacii 30 sentyabrya 2015 g. – <http://trv-science.ru/2015/10/08/vystupleniemikhaila-kovalchuka-v-sf/> (data obrashcheniya 21.09.2018).
4. Gekeli T. EHvolyciya i ehтика Prolegomeny // Voprosy filosofii. 2016. № 9. S. 181–186.
5. Dubrovskij, D.I. Priroda cheloveka, massovoe soznanie i global'noe budushchee / D.I. Dubrovskij // Filosofskie nauki. 2013. № 9.
6. Kolchinskij E.H.I. Edinstvo ehvolucionnoj teorii v razdelenom mire HKH veka. SPb., 2014. S. 409–419.
7. Lorenc K. Kol'co carya Solomona. M., 2011. S. 153.
8. Lyublinskij, P.P. Evgenicheskie tendencii i novejshee zakonodatel'stvo o detyah // Russkij evgenicheskij zhurnal. 1925. T. 3. Vyp. 1. S. 19.
9. Markov A.A. EHvolyciya cheloveka. v 2 kn. Kn.1. M., 2014, T.19.
10. Markova L.A. Na podstupah k transgumanizmu // EH-pistemologiya i filosofiya nauki. 2016. T.XLVII. №1. S. 16–17, 171–187.
11. Marks, K. i EHngel's, F. Soch., Izd-e 2. T. 3, S. 92, 387, 565, 279.
12. Medouz, D., Randers, J., Medouz, D. Predely rosta 30 let spustya. Moskva, 2013. S. 29–46.
13. Rassel B. Istoriya Zapadnoj filosofii. M., 2017. T. 2. S. 10.
14. Sedova N.N., Sergeeva N.V. Bioehтика v prostranstve kultury. M., 2010.
15. Strel'chenko V.I. Istoriya, eh-pistemologiya i filosofiya nauki. SPb., 2019.
16. Fejnman R., Lejton R. Fejnmanovskie lekcii po fizike v 9 tomah. T.1. M., 2016. S. 11.
17. Hajek F. fon. Individ i ehkonomicheskij poryadok. M., 2011. ss. 47–48.
18. Dobzhansky Th. Evolution and Man Self-Image // Evolution Anthropology. 1975. rr. 220–229.
19. Weizsacker E. Wijkman A. Come on! Capitalism, Short-termism, Population and the Destruction of the Planet. Springer. 2018.

## НАРРАТИВНАЯ БИОЭТИКА В ПОИСКАХ «ИНОГО» МИРА (НА ПРИМЕРЕ РОМАНА ДЖ. СТЕЙНБЕКА «ГРОЗДЬЯ ГНЕВА»)

**К. С. Смирнов**

*кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, zzzzz111@mail.ru*

В статье анализируется перспективный ракурс биоэтического дискурса, известный как нарративная биоэтика. Этот анализ осуществляется на примере романа «Гроздь гнева» выдающегося американского писателя Джона Стейнбека. В качестве метода биоэтической рефлексии используется деконструкция в своем этическом аспекте дискурса о справедливости. Текст романа интерпретируется как фармакон, лекарственное средство, лекарство для души отдельного человека и всего социального организма. Результатом анализа является положение о том, что «иной» мир – это вовсе не реальное социокультурное пространство, существующее где-то на Земле. Люди сами (в романе семья Джоуд) несут в себе этот «иной» мир: мир человечности, добра, справедливости, который исключает индивидуализм и агрессию. Таким образом «иной» мир есть дискурс биоэтики как «науки выживания» перед лицом бесчеловечной капиталистической системы. Данный дискурс может послужить основой для создания глобального биоэтоса как реального пространства справедливости и нового, биоэтического метанарратива, способного выступить реальной альтернативой экономическому дискурсу тотального капитала.

**Ключевые слова:** нарративная биоэтика, деконструкция, справедливость, тотальный капитал, биоэтос.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-11-14

## NARRATIVE BIOETHICS IN THE SEARCH OF «OTHER» WORLD (ON EXAMPLE OF THE J. STEINBECK'S NOVEL «THE GRAPES OF WRATH»)

**K. S. Smirnov**

*PhD, associate professor of Department for Philosophy, Bioethics and Law with the Course of Medical Sociology, Volgograd State Medical University, Volgograd, zzzzz111@mail.ru*

The perspective foreshortening of bioethical discourse known as narrative bioethics is analysed in article. This analysis is realized on example of the novel «The Grapes of wrath» of the outstanding American author John Steinbeck. Deconstruction in its ethical aspect of the discourse of justice is used as method of bioethical reflection. The text of the novel is interpreted as pharmacon, medical remedy, medicine for the human individual soul and for all social organism. The result of the analysis is the principle that «other» world is not at all real socially-cultural place existing somewhere on the Earth. People themselves (Joads' family in the novel) are bringing in themselves this «other» world: world of humanity, good, justice which excludes individualism and aggression. Thus «other» world is the discourse of bioethics as the «science of survival» in the face of inhuman capitalistic system. Given discourse can serve for the basis of the creation of global bioethos as real space of justice and new, bioethical metanarrative which is able to be real alternative to economical discourse of total capital.

**Key words:** narrative bioethics, deconstruction, justice, total capital, bioethos.

Биоэтический дискурс в настоящее время стремится преодолеть те традиционные прагматические установки, которые в значительной степени инициировали появление самой биоэтики. В этом стремлении, с одной стороны, можно увидеть влияние посмодернизма с его претензией на роль общей теории культуры, но, с другой стороны, сама биоэтика обретает черты некой новой философии, универсальной «науки выживания». В этом смысле перспективными и интересными являются такие ракурсы биоэтики, как нарративная биоэтика или даже литературная биоэтика. При этом деконструкция становится одним из методов биоэтической рефлексии. А логическим продолжением может стать интерпретация литературных текстов в категориях биоэтики, выявление их ценностного смысла в контексте аксиологической конфигурации «жизнь – смерть – справедливость – свобода». Тем более что сама идея деконструкции в процессе своего развития обрела явно этическое измерение, став «дискурсом о справедливости» [2].

Может показаться, что таким образом нарративная биоэтика окончательно порывает с медициной. Однако литература, высокохудожественный текст выступает в роли фармакона, лекарственного средства. Этот pharmacon, это «снадобье», этот настой – в одно и то же время лекарство и яд – внедряется со всей своей амбивалентностью в тело дискурса.

Существует еще один крайне важный смысл концепта «фармакон». Фармакон есть дар, который одновременно способен стать проклятием, приговором для

того, кто обладает этим даром. И человек, как особого рода текст, может оказаться фармаконом. Тогда он становится ядом для определенной социокультурной реальности, которая вступила в стадию упадка, т. е. больна. Но этот яд будет целебным снадобьем. Также этот яд есть дар. Это дар духовный или дар духовности. Великий дискурс, идущий от Вед, Платона и Библии, говорит, что источником всех человеческих благ и бед является душа. Лекарство для души – это определенного рода дискурс. Данный дискурс приводит к появлению в душе мудрости. Если же душа получает мудрость и сохраняет ее, вполне возможным оказывается вернуть здоровье всему организму.

Роман выдающегося американского писателя, лауреата Нобелевской премии Джона Стейнбека «Гроздь гнева» вышел в свет в 1939 г. Только к этому году США сумели, наконец, выйти, из так называемой Великой депрессии, разразившейся в 1929 г., когда фондовый рынок рухнул. «Невидимая рука» рынка сделала какое-то неверное «движение», и произошел небывалый обвал биржевых котировок. Это событие вспомнили в 2008 г., когда случился новый обвал. А серьезные и стремящиеся к объективности современные экономисты (Дэвид Стиглиц, Филипп Котлер) утверждают, что Великая депрессия была результатом грубых ошибок банкиров ФРС.

Последствия биржевого краха оказались очень тяжелыми для многих миллионов простых американцев. Очень многие люди (включая детей) умерли от голода или покончили с собой, потеряв все. Поразительно, что никакой объективной статистики убили населения за это страшное десятилетие не существует. Есть или статистика

ангажированная, или так называемая «официальная», которая утверждает, что никакой массовой убыли населения не было. Тем ценнее масштабное художественное свидетельство, приведенное в романе Стейнбека. Следует также добавить, что книга вызвала ярость американских властей: ее пытались запрещать, вносили в разные «черные списки» подрывной литературы. Даже публично сжигали. Но художественная правда оказалась сильнее, а актуальность романа сохраняется и сейчас, спустя 80 лет после описанных событий.

Фокусом повествования является фермерская семья Джоуд. Она символизирует тысячи семей фермеров-арендаторов, которых буквально сгоняют с земель банковские агенты: «И, наконец, агенты выкладывали все начистоту. Аренда больше не оправдывает себя. Один тракторист может заменить двенадцать-четырнадцать фермерских семей. Плати ему жалование – и забирай себе весь урожай. Нам приходится так делать... Арендаторы поднимали глаза, во взгляде у них была тревога. А что будет с нами? Как же мы прокормим и себя, и семью?»

Вам придется уехать отсюда. Плуг пройдет прямо по двору» [4].

В неурожайный год фермерам пришлось сделать займы. Земля перешла к банку, но арендаторы остались на земле и получали определенную, небольшую часть урожая. «Пусть земля оскудела – она все равно еще наша. Она наша потому, что мы на ней родились, мы ее обрабатывали, мы здесь умирали. Это и дает нам право собственности на землю, а не какие-то там бумажки, написанные цифрами». Но агенты отвечают: «Нет. Хозяин земли – банк, чудовище. Вам придется уехать» [5].

Ситуация, описанная Стейнбеком, предвосхищает глобальное явление нашего времени, которое можно охарактеризовать как этический тупик современного, мирового капитализма. С. Жижек отмечает: «Мировой капитализм сегодня доводит отношение должника и кредитора до крайности и одновременно подрывает его: долг становится явно абсурдным избытком. Мы вступаем в сферу гнусности: при предоставлении кредита от должника даже не ждут погашения – долг расценивается как средство контроля и влияния» [1].

Между тем в душах фермеров уже посеяны семена будущих гроздьев гнева (название романа отсылает нас к библейской книге Откровения: «И поверг Ангел серп свой на землю, и обрезал виноград на земле, и бросил в великое точило гнева Божия»). Но труженики еще способны сдерживать свой гнев. Люди обижены и растеряны. Они размышляют. Тем более что банковские агенты выступили также в роли маркетологов. Они предлагают фермерам отправиться в Калифорнию. Там всегда есть работа и всегда тепло. Апельсины висят на расстоянии вытянутой руки, а урожай собирают круглый год. Калифорния – это «иной» мир, земной рай, Эдем.

И фермерские семьи, понимая безвыходность ситуации и облазненные призрачной надеждой из рекламных, калифорнийских буклетов, отправляются в долгий и опасный путь на подержанных, разбитых грузовиках. Отправляется и семья Джоуд. На этом пути Джоудам придется на практике, в «полевых» условиях овладеть «наукой выживания» (определение биоэтики Поттера). Здесь проявляется элементарная человечность простых людей, которые все жизнь «в поте лица добывали хлеб свой». Так уже в начале пути они берут на буксир заглохшую машину четы Уилсон: «Что ж, очень хорошо, – сказала Сэйри. – Но не будем ли мы в тягость? – Да бросьте вы, – сказал отец. – Какое там «в тягость». Вы нас выручите» [6]. Стейнбек описывает далее удивительный социальный феномен, который можно назвать биоэтической самоорганизацией: «Люди жались друг к другу, потому что их мучило чувство одиночества и растерянности, потому что все они бежали из тех мест, где их настигло горе, поражение, бежали на новое место – незнакомое, таинственное для них... И бывало так, что из-за болезни

одного ребенка отчаяние охватывало двадцать семей или сто человек. И сто человек соблюдали тишину всю ночь и благоговели, зная, что вон в той палатке рождает женщина, а утром сто человек радовались появлению новой человеческой жизни... И семьи узнавали, хотя никто их этому не учил, что некоторые права несут с собой зло и их надо искоренять: право нарушать чье-либо уединение, нарушить тишину, когда весь лагерь спит, право совратить, изнасиловать, право на разврат, воровство и убийство. Эти права уничтожались, потому что маленькие мирки не могли бы просуществовать и одну ночь, не оградив себя от них» [7].

Но чем ближе продвигается семья Джоуд к вожделенному, земному, калифорнийскому раю, тем более странные и тревожные вести доходят до них от людей, которые побывали там и пытаются вернуться. На одной из стоянок Джоуды встречают человека, который потерял буквально все: «Около самого крыльца стоял человек в бруксах, протертых на коленях до дыр. На лице у него, там, где пыль смешалась с потом, были грязные разводы» [8]. Между ним и старшим из Джоудов происходит разговор, в ходе которого несчастный рассказывает, что никакого земного рая нет, что рекламные буклеты только завлекают людей, чтобы максимально снизить оплату труда. Он просто раскрывает старый механизм жестокой капиталистической эксплуатации для получения максимальной прибыли: «Теперь понимаешь, в чем дело? Чем больше набегит народу да чем они голоднее, тем меньше он будет платить. А когда ему попадаютя многосемейные, с малыми ребятами...» [9]. Далее идет жуткий фрагмент, который видимо больше всего не понравился американским властям, ибо он совершенно разрушает миф об Американской мечте, великой демократии и т. д. «Я хотел предостеречь вас, – снова заговорил он. – У меня целый год ушел, пока я разобрался во всем этом. Сначала двоих ребят схоронил, потом жену схоронил... Да разве расскажешь про то, как ребята лежат в палатке со вздутыми животами, а сами кожа да кости, дрожат мелкой дрожью, скулят, что твои шенята, а я бегая, ищу работу, хоть какую-нибудь, не за деньги! – крикнул он. – Да хоть за чашку муки, за ложку сала. А потом является следователь. «Причина смерти – недостаток сердечной деятельности». Так и записал» [10].

Но Джоуды все хотят увидеть сами и, наконец, добираются до Калифорнии. И выглядят она как настоящий рай. Особенно весной. Зацветают фруктовые деревья. Потом созревают плоды. Но рай становится адом, когда фрукты, кофе, кукуруза, картофель, свиньи уничтожаются, чтобы цены не падали. «Это преступление, которому нет имени... Это поражение, которое повергает в прах все наши успехи. Плодородная земля, прямые ряды деревьев, крепкие стволы и сочные фрукты. А дети умирают от пеллагры, должны умереть, потому что апельсины не приносят прибыли... В душах людей наливаются и зреют гроздьи гнева – тяжелые гроздьи и дозревать им теперь уже недолго» [11].

Между тем Джоуды после череды мытарств и потерь (в дороге умирают старшие: дед и бабушка) получают передышку. Они добираются до так называемого «правительственного лагеря». Но в реальности этот лагерь представляет собой настоящий самоорганизующийся этос (а можно сказать и «биоэтос»), т. е. пространство, в котором нет места агрессии и индивидуализму, а руководство постоянно выбирается заново. В коротком диалоге между матерью Джоудов и выбранным управляющим лагеря Стейнбек показывает, как удачно решается вопрос власти в таком пространстве: «Лицо матери малопомалу подобрело... – А вы хозяин? – Нет, ответил он. – Здешний народ любого хозяина не у дел оставит. Поддерживают чистоту в лагере, следят за порядком – сами со всем справляются» [12].

Кажется, что жизнь налаживается. Том, один из старших сыновей сразу находит работу за тридцать цен-

тов в час. Однако сразу выясняется, что фермер, нанимающих рабочих, вынужден снизить оплату до двадцати пяти центов. Ассоциация фермеров зависит от Банка. Банковский представитель на собрании фермеров озвучил решение Банка о снижении оплаты во избежание недовольства. Кроме того, в окрестностях лагеря появляются шерифские понятия, которые стараются выявить бунтовщиков и каких-то «красных». Простые американские фермеры спрашивают друг друга и самих себя: Что за люди эти красные, если ими пугают и сами власти так их боятся? Не очень хорошо разбираясь в цветовой метафоре левой политической культуры, люди, однако находят для себя вполне адекватный ответ: «Красный – это тот сукин сын, который требует тридцать центов, когда мы платим двадцать пять. Мальчишка подумал... и сказал: Я не сукин сын, а если красные такие, как вы говорите, так ведь я тоже хочу получать тридцать центов. Это все хотят. Выходит... мы красные» [13]. Понятно, что речь здесь идет о желании иметь справедливую, фиксированную оплату труда.

Однако работу в округе замечательного биоэтоса найти не удалось, и семья Джоудов едет дальше. И в этот раз находит работу для всех. Но лагерь, в котором приходится остановиться, совсем не похож на то пространство самоорганизации, где были достойные условия и отношение. Кроме того, рядом с лагерем идет забастовка за фиксированную оплату труда, а Джоуды невольно оказываются в роли штрейкбрехеров. Об этом узнает Том, один из старших сыновей Джоудов, случайно встретив группу забастовщиков во главе с Кейси, бывшим проповедником. Затем полицейский наряд обнаруживает рабочих. Происходит жестокая схватка. Кейси погибает от удара дубинкой в висок, а Том, вырвав дубинку из рук полицейского, наносит последнему смертельный удар. Фактически, этим действием, Том подписал себе смертный приговор. Семья снова спешно отправляется в путь, а Том вынужден прятаться в кустарнике. Но мать возвращается и находит его. Том в диалоге с матерью высказывает важную мысль: «Я все вспоминаю правительственный лагерь – как там люди сами со всем управлялись... и никаких полисменов, никто в тебя револьвером не тычет. А ведь такого порядка полисменам не добиться. Вот я и думаю: почему повсюду так не устроить?» [14].

Том понимает, что он обречен на нелегальное положение, но он не собирается сдаваться и видит смысл своей жизни в борьбе за справедливость и правду. А завершает Том свое присутствие в романе своеобразным дискурсом о душе: «...у человека своей души нет, а есть только частичка большой души – общей... Тогда меня и в темноте почувствуешь. Я везде буду – куда не глянешь. Поднимутся голодные на борьбу за кусок хлеба, я буду с ними. Где полисмен замахнется дубинкой, там буду и я... я тоже буду с теми, кто не стерпит и закричит» [15].

А в Калифорнии начался период дождей. И в ближайшие несколько месяцев не будет никакой работы. Для Стейнбека этот дождь является метафорой библейского всемирного потопа, который несет новые страшные испытания переселенцам. Промокшие и дрожащие от холода люди выходили из палаток и сараев. Они шли выпрашивать пособие или просто кусок хлеба и гнилые овощи. Люди обращались к врачам, но это было бесполезно. И только машины похоронной службы безотказно подъезжали к палаткам и сараям и забирали мертвых.

В этом социальном и природном хаосе оставшихся членов семьи Джоуд ждет новое испытание: у старшей дочери, Розы Сароны, которая отправилась в путь беременной, начались родовые схватки. Но ребенок рождается мертвым. Но похоронить невозможно. Кругом все залито водой. Гробом для ребенка становится старый ящик, который отпускают в поток. Однако этот гроб становится неким безмолвным дискурсивным посланием миру: «Пльви, расскажи им все. Пльви по улицам. Будешь гнить. Может, они хоть от тебя все узнают. Ты только

так и можешь говорить... Пльви, остановись где-нибудь на улице. Может, тогда они поймут» [16].

С огромным трудом удается семье Джоудов вырваться из затопленного района и найти твердую землю с сараем, стоящим на ней. Там они встречают умирающего от голода мужчину в полубессознательном состоянии и его маленького сына. Грудь Розы Сароны полна неиспользованного молока. После безмолвного диалога с матерью, молодая женщина принимает решение спасти умирающего единственным возможным способом: «Она медленно легла рядом с ним... откинула одеяло с плеча и обнажила грудь... Она прижалась к нему и притянула его голову к груди» [17].

Итак, роман завершен. «Иной» мир, земной рай оказался миражом, иллюзией, рекламным симулякром. Но, с другой стороны, сама семья Джоудов и те люди, которые помогли им в пути, не несут ли они в себе этот «иной» мир? Мир человечности, добра, справедливости. Ибо сказано в той книге, аллюзиями из которой насыщен роман Стейнбека: «Царство божье внутри нас».

Книга Стейнбека является значимой еще и потому, что, в сущности, в социально-культурной реальности ничего принципиально не изменилось. Можно даже сказать, что ситуация, по сравнению со временами Великой Депрессии, в чем-то стала хуже. Мы оказались в мире глобального капитализма, тотального капитала или капитала, претендующего на тотальность. Последней версией этого капитализма стал так называемый биокапитализм, согласно которому каждый человек реально или потенциально является сам себе предпринимателем, малым предприятием, сам себе инвестором в собственный человеческий капитал и, в конечном итоге, получателем дохода. Этот последний, в свою очередь, является оборотным капиталом для новых инвестиций. Однако для подавляющего числа людей единственный путь реализации данного проекта – это кредит. Со всеми вытекающими отсюда последствиями, которые вполне возможны в жизни многолетнего должника.

Конечно, еще далеко не все люди включились в эту схему. Большая часть людей продолжает работать по найму. Однако и здесь можно проследить мощную тенденцию вторжения тотального капитала. В большинстве профессий разработан специальный рейтинг эффективности для каждого работающего, который представляется как стимул для получения более высокой заработной платы, но зачастую является механизмом давления на работающего и рычагом усиления конкуренции внутри трудовых сообществ. Тем самым исключается сама возможность солидарности трудящихся. Каждый работник оказывается сам за себя, тем самым максимально облегчая руководству организаций возможность использовать власть по собственному усмотрению. Тенденция представляется очевидной: максимально роботизировать деятельность работающего, сделать его как можно более эффективным и предсказуемым. С этой тенденцией конвергирует другая, которая связана с бурным развитием новых технологий в области робототехники. Технологии элиминируют многие профессии и это происходит быстрее, чем они же приведут к появлению новых. В недалеком прошлом технологии уничтожили некоторые виды деятельности (что и показано Стейнбеком) и нарушили привычный уклад ряда отраслей, таких как издательская деятельность, музыка, розничная торговля и производство. Не исключено, что человечество вообще полностью проиграет конкуренцию кибернетическим системам. Это обусловлено потребностью тотального капитала в увеличении прибыли, несмотря ни на что. Технологический прогресс дал возможность компаниям использовать машины, действующие в два раза быстрее рабочих. Они просто программировались на выполнение однообразного действия. Руководители ряда компаний уже думали о том, чтобы завод контролировался одним человеком плюс охранник, который бы следил, чтобы оператор не засыпал.

Это желание контролировать объемы производства и сокращать рабочую силу проявляется не только в индустриальной сфере. Когда началось расширение сферы услуг, возникли так называемые когнитивные цифровые системы контроля, призванные увеличить и улучшить результаты этой сферы. Так, например, в авиакомпании Cathay Pacific наставляли стюардесс больше улыбаться, а в Англии оценивают преподавателей университетов с помощью ключевых показателей эффективности, в основе которых так называемые сбалансированные системы показателей, дающие возможность сделать вывод о том, нужно ли повышать сотрудника или нет.

Все больше людей совершают покупки через Интернет, и все большее количество магазинов закрывается, начиная все заново на просторах Интернета. Так уже поступили владельцы ряда крупных книжных магазинов во Франции, Великобритании и США. В онлайн-магазинах цены на товары ниже, особенно если нет налогов с продаж. Помимо этого, интернет-магазины активно работают над ускорением доставки, хотя необходимость ожидания товара не особенно пугает покупателей. Джефф Безос приобрел компанию Kiva, которая обеспечивает роботизированную сортировку в супермаркетах и в настоящее время инвестирует средства в беспилотные самолеты, потому что видит в них будущее служб доставки (беспилотные автомобили уже колесят по дорогам в режиме пилотных испытаний). Таким образом, с одной стороны, отчетливо видно стремление превратить человека в некую биологическую машину, из сознания которой полностью вытеснено представление об «ином» мире (мире справедливости, добра, солидарности), а с другой стороны, можно отметить стремление максимально заменить человека кибернетическими системами. Это означает, что технологический прогресс приобретает все более катастрофический характер для огромного большинства людей. А события, описанные в романе Стейнбека, могут повториться в значительно большем, глобальном масштабе и поставить на грань выживания миллиарды людей. Подобная перспектива заставляет искать пути формирования альтернативной капитализму социокультурной реальности. При этом дискурс биоэтики как «науки выживания» может послужить теоретической основой для такого поиска. Конечно, следует учитывать, что и сопротивление данному поиску со стороны тотального капитала нарастает и будет нарастать. Даже преподавание биоэтики в медицинских вузах стремятся искусственно ограничить, что ведет к «дегуманизации медицинского образования» [3]. И, как общий итог, нас ждет жуткое постчеловеческое будущее.

Ван Р. Поттер, который так удачно определил биоэтику как «науку выживания», видел в ней не только новую философию, но даже идеологию, которая может обеспечить человечеству будущее. Очевидно, что ключевой ценностью биоэтики как идеологии может быть только справедливость. Справедливость предполагает такие порядок и меру, при которых блага и тяготы распределяются правильным и должным образом. Это означает пресечение существующей тенденции, когда львиная доля благ принадлежит предельно узкому кругу избранных владельцев капитала (и это доля постоянно возрастает), а огромное большинство вынуждено нести все возрастающие тяготы, обусловленные уменьшением благ. Чтобы переломить эту тенденцию, биоэтика как идеология должна приобрести политическое измерение. Это невозможно осуществить без учета многовекового опыта левой политической культуры в самом широком смысле слова. Данная стратегия предполагает выявление и создание очагов сопротивления в социальном поле тотального капитала. Собственно в этом и заключается социальное измерение деконструкции, которую следует понимать и трактовать максимально широко (а отнюдь не только как радикализацию марксизма).

В глобальном, политическом измерении функция биоэтики как идеологии должна заключаться в формировании глобального биоэтоса. Некой резомической структуры трудовых, самоуправляемых сообществ, которая на первых порах могла бы успешно противостоять давлению тотального капитала (что и показано в романе Стейнбека на примере правительственного лагеря). Далее, необходимо обеспечить приход к власти представителей левой политической культуры, чтобы принять закон о прогрессивном налогообложении в тех странах, где такого закона еще нет. Затем необходимо принять закон о безусловном, основном доходе для граждан, потерявших работу. На международном уровне необходимы скоординированные усилия по установлению глобального налога на капитал. Понятно, что на государственном и международном уровнях тотальный капитал будет оказывать самое ожесточенное сопротивление, ибо капитал давно уже превратился в своеобразную «пяту власть» с мощным влиянием на другие ветви власти и СМИ. Учитывая, что законы, принимаемые так или иначе под давлением капитала, являются законами безнравственными, никто не может отказать людям в праве на революционное сопротивление и восстание.

Таким образом, представляется возможным переход от нарративной биоэтики к тотальному биоэтическому метанарративу, который способен стать реальной альтернативой навязанному экономическому дискурсу тотального капитала.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Жижек, С. Событие. Философское путешествие по концепту / С. Жижек. – М.: РИПОЛ классик, 2018. – С. 219.
2. Mikics D. Who was Jacques Derrida? An Intellectual Biography. New Haven, L.: Yale University Press, 2009. P. 221.
3. Sedova N.N. The fate of bioethics in medical education of contemporary Russia is under threat. Bioethics. Volgograd: Publishing house VolgGMU, 2018. 1(21). P.5.
4. Стейнбек, Дж. Гроздь гнева: роман. – СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2015. – С. 44.
5. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 45.
6. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 196.
7. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 255–257.
8. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 248.
9. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 251.
10. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 252.
11. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 466–467.
12. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 405.
13. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 397.
14. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 559.
15. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 560.
16. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 596.
17. Стейнбек, Дж. Там же. – С. 606.

#### REFERENCES

1. Zhizhek, S. Sobotie. Filocofckoe puteshectvie po konsepty. M.: RIPOL klaccik, 2018. C. 219.
2. Mikics D. Who was Jacques Derrida? An Intellectual Biography. New Haven, L.: Yale University Press, 2009. P. 221.
3. Sedova N.N. The fate of bioethics in medical education of contemporary Russia is under threat. Bioethics. Volgograd: Publishing house VolgGMU, 2018. 1(21). P.5.
4. Stejnbeek, Dzh. Grozdja gneva: roman. CPb.: Azbuka, Azbuka-Attikuc, 2015. C. 44.
5. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 45.
6. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 196.
7. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 255–257.
8. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 248.
9. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 251.
10. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 252.
11. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 466–467.
12. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 405.
13. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 397.
14. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 559.
15. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 560.
16. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 596.
17. Stejnbeek, Dzh. Tam zhe. C. 606.

## «ПРАВИЛА ИГРЫ» В ИНСТИТУТАХ БИОЭТИКИ<sup>1</sup>

Т. А. Сидорова

кандидат философских наук, доцент кафедры фундаментальной медицины,  
Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, t.sidorova@ngsu.ru

В статье выявляются методологические предпосылки для анализа институциональной стороны биоэтики. Рассматриваются три основные трактовки понятия «институт», выделяющие структуру, функции и идеационный смысл социальных форм. Теоретическое обоснование этой триады автор видит в гегелевских формах объективного духа. Современный неинституционализм понимает под институтами «правила игры» и расширяет тезаурус институциональной теории. Сделана попытка применения этих понятий для более точного определения разнородных институциональных образований в биоэтике. Переосмысливается утверждение о том, что институциональная сторона биоэтики представлена только этическими комитетами.

**Ключевые слова:** биоэтика, социальный институт, институциональные образования, неинституционализм, «правила игры», этический комитет, информированное добровольное согласие.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-15-19

## «THE RULES OF THE GAME» IN THE BIOETHICS INSTITUTIONS

T. A. Sidorova

Ph.D., Associate Professor of the chair of the fundamental medicine,  
Novosibirsk State National Research University, t.sidorova@ngsu.ru

The article reveals the methodological prerequisites for analyzing the institutional aspect of bioethics. Three main interpretations of the concept of «institution» are considered, which highlight a structure, functions and ideational meaning of social forms. The author sees the theoretical substantiation of this triad in the Hegelian forms of the objective spirit. Modern neoinstitutionalism understands the «rules of the game» under the institutions and expands the thesaurus of institutional theory. An attempt was made to apply these concepts to more accurately define the heterogeneous institutional formations in bioethics. Rethinking the assertion that the institutional side of bioethics is represented only by ethical committees.

**Key words:** bioethics, social institution, institutional education, neoinstitutionalism, «rules of the game», ethical committee, informed consent.

Основной целью исследования выступает поиск методологических подходов к изучению институтов в биоэтике. Сложившаяся система биоэтических институций в нашей стране свидетельствует о существовании различных уровней, между которыми нет должной корреляции и взаимосвязи. Биоэтика либо редуцируется до учебных курсов в системе образования, либо переходит в плоскость параллельного сосуществования академических исследований и регулятивной практики в виде этических комитетов, а также законодательной практики, либо декларируется в виде однозначно сформулированных религиозных позиций. Культурно опосредованные институции в медицине, например, представительство религиозных конфессий, носят изолированный характер. К. Поланья, в своих работах, ставшими классикой в институционализме, убедительно показал, что общественные институты не являются чем-то универсальным и имеют свою специфику в различные исторические периоды и в различных культурах [1]. Задача развития институтов как инструментов гармонизации социального порядка, формирования навыков поведения в гражданском обществе чрезвычайно важна, сегодня по состоянию институтов судят о состоянии общества. Институциональное исследование заставляет увидеть в биомедицине и в биоэтике, прежде всего, область социальных отношений. Биоэтика выступает источником актуализации культурных ценностей, который имеет в своем распоряжении механизмы обеспечения сосуществования множеств разнонаправленных мнений в едином пространстве российской культуры. В последнее время заметно активизировалось влияние различных общественных групп и общественного дискурса в обсуждении и принятии решений по проблемам, имеющим биоэтический характер.

Например, обсуждение закона о донорстве органов, дискуссии о допуске близких в реанимационные отделения, о правомерности видеонаблюдения в родильных отделениях, о доступности к высокотехнологичным видам медицинской помощи и т. д. Формирующиеся таким образом практики содержат черты институциональных и протопроинституциональных форм. Методологически их изучение может быть проведено с опорой на теоретические подходы к институтам в рамках социально-гуманитарных наук: в социальной философии, в юриспруденции, в социологии и экономической науке. Принципиальное значение имеет выбор тех концептуальных основ, которые будут релевантны особенностям биоэтических институций, таким как меж- и трансдисциплинарность и локализация вокруг сложных этических проблем современной биомедицины.

В тезаурусе социально-гуманитарных наук понятие института давно превратилось в инструментальную категорию, в отношении которой, казалось бы, не возникает необходимости уточнения. Исследователи отмечают слишком широкое контекстуальное употребление термина «институт» и его концептуальную неопределенность, что сужает возможности его теоретического исследования. Однако парадигмальные сдвиги в социальных и, особенно, в экономических теориях, нашли отражение в изменениях институциональных концепций и породили направление неинституционализма, в рамках которого осуществлен новый подход к институтам, не столько связанный с узкой или широкой трактовкой институтов как эмпирических объектов, сколько с выявлением в них значений, специфичных для современных социальных процессов. В социальной философии и теоретической социологии в последние десятилетия происходило переопределение смысла социальности. От структурного неклассического подхода произошел переход к постнеклассической парадигме

<sup>1</sup> Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 17-03-00784.

с гетерогенным пониманием общества: оно стало трактоваться как сетевое, уподобляться ризоме или гетерархии, его материальный субстрат выражают отношения, которые выступают тем или иным видом коммуникации [2]. Понятие института в социальной мысли появляется в классических теориях, имеет важное значение в неклассических и в современных постнеклассических идеях, не просто не исчезает как атрибут уходящих со сцены подходов, а сохраняя востребованные сегодня значения, дополняется новыми интерпретациями. Биоэтика, с одной стороны выступает областью социального экспериментирования, т. к. в ней самой появляются новые типы отношений, и кроме того, ее предметом становятся беспрецедентные в истории человечества трансформации социальных и антропологических структур, а с другой – она ищет формы социального самовыражения, используя традиционные институты. Поэтому в институциональном анализе биоэтики востребованы будут теоретические подходы как классического, так и не- и постнеклассического плана.

*Институты в оптике диалектической методологии.* Понятие «институт» (от лат. – установление, учреждение) вошло в научный оборот социально-гуманитарных наук из юриспруденции. В социально-философской мысли употребленное Марксом понятие «общественный институт» в диалектической методологии обозначало развертывание содержания социальных отношений в наличной форме, которая одновременно представляла как их объективация и отчуждение. Социальные институты несут надындивидуальный характер, обладают своим собственными системными качествами, имеют свою логику развития. Пролог к такой трактовке института следует искать в гегелевской триаде объективного духа, где его ступени: право, моральность и нравственность – выступают метафорами разнообразных форм общественной жизни или институтов. Используя гегелевскую терминологию, в каждой последующей ступени можно показать раскрытие смысла и содержания институтов как объективированных форм социального бытия. Первичный уровень права, как и полагается, самая «бедная» институциональная категория, – недаром право В. С. Соловьев называл «минимумом нравственного», – есть состояние института-в-себе. Главная характеристика институтов, метафорой которых выступает право – формальность и, таким образом, бессодержательность. Право, по Гегелю, как таковое есть абстрактное право и обязанность быть юридическим лицом и собственником, а также признавать других людей как юридических лиц и собственников. В праве личность вступает в формальное отношение к вещам и другим личностям. Институциональные формы в биоэтике, например, институт суррогатного материнства или информированное добровольное согласие, редуцирующие свое содержание до совокупности правовых норм, имеют формальное и, следовательно, ограниченное и нераскрытое значение.

Метафора морального является таким уровнем общественных форм, когда институты существуют «вне-себя», как инобытие социального в индивидуе или бытие множественности вне единства, т. е. когда единство есть только на уровне отдельного. По Гегелю, мораль представляет собой переведенные во внутренний план личности требования права, находящие свое выражение в чувстве обязанности. Мораль есть пространство действия воли в выборе между добром и злом, что проявляется в поступках. В морали преобладает субъективное и индивидуальное начало, эта форма социальной жизни противоречива и динамична. На этом уровне институты являются субъектами социальной жизни, они рассматриваются как деятельность, как механизмы самоорганизации и самосуществования жизни. Думается, что постнеклассическая методология сосредотачивается на данном уровне

понимания общества и его институтов. В биоэтике этому соответствует уровень дискуссий, назначение которых – обоснование ценностных подходов, выявление представлений о нормальном и поиск решений, которые будут обозначены в качестве нормы.

Нравственность, состояние «института-для-себя», понимается у Гегеля как дух народа, его нравы, которые запечатлевают результат становления и самосознания духа посредством того значения, которое вкладывается в социальную форму. В «Энциклопедии философских наук» нравственность описывается как понятие свободы, ставшее наличным миром и природой самосознания. Она есть абсолютное должествование и одновременно бытие, которое обладает действительностью как дух народа. Нравственность становится субстанцией, осознавая свою свободу и идею общности (социальности), и, в качестве таковой, она является силой, управляющей жизнью индивидов. С этой точки зрения, в биоэтике нужно видеть мировоззрение, фундамент которого образуют ценности жизни как формы бытия человека и природы, и назначение которого – определять цели для деятельности индивидов, в отношении различных форм жизни. На этой стадии наличная форма института становится неосязаемой, тем не менее, она не утрачивает своей объективности и также является предметом для изучения и управления.

В последующем классификация и соответствующее теоретическое обоснование институтов как разнообразных форм социального бытия так или иначе размещались в координатах этой трехмерной структуры: институты трактовались в их «свернутом состоянии» – как бытие эмпирического объекта (структурный уровень); как развертывание содержания социальных форм или механизм, обеспечивающий его функционирование (функциональный уровень); как результат сознательной деятельности индивидов (идеационный или смысловой уровень). В качестве институтов рассматривались: а) определенная совокупность учреждений, соответствующих социальной структуре общества (институты экономической, политической, социальной, культурной, образовательной сфер и т. д.); б) совокупность социальных норм и культурных образцов, определяющих устойчивые формы социального поведения (например, системы норм морали, права, культурные паттерны, традиции и т. п.); в) система поведения в соответствии с этими нормами (политическое, религиозное поведение, семейные отношения и др.). Поэтому в институционалистских подходах в социологии, юриспруденции, в экономической науке под институтами структуралисты понимали коллективных субъектов, социальные группы и организации, функционалисты – особые социальные механизмы, обеспечивающие воспроизводство определенных социальных практик и социальных отношений. Третий уровень представляет институты как «своеобразные фабрики смыслов, задающие не только образцы человеческих взаимодействий, но и способы осмысления, понимания социальной реальности и самих людей» [3].

*Неоинституционализм.* Приведем несколько определений институтов, которые отражают спектр различных подходов к ним. Классическим примером в социологии выступает определение в структурном функционализме, данное Т. Парсонсом: «Социальные институты – особым образом организованные «узлы» социальных отношений. Социальные институты – особые ценностно-нормативные комплексы, регулирующие поведение индивидов и образующие статусно-ролевую структуру. Социальные институты призваны обеспечивать социальный порядок в обществе, стабильность и интеграцию общества» [4]. В американской экономической

социологии в 30-е годы были заложены основания нового институционализма<sup>1</sup>.

Один из первых представителей нового направления Т. Веблен понимал под социальными институтами «различные обычаи, преобладающие стереотипы мышления, способы и методы деятельности, укоренившиеся в сознании людей». Эволюцию социальных институтов, так же как и природу человека, он видел в естественном отборе наиболее приспособленного образа мыслей и типа поведения [4]. Эти идеи развивал другой экономосоциолог У. Гамильтон, который делал акцент на идеационном смысле институтов. «Социальные институты – словесный символ для лучшего описания группы общественных обычаев, постоянный способ мышления или действия, который стал обычаем для народа. Мир обычаев и привычек, к которому мы приспособляем свою жизнь, представляет собой сплетение и непрерывную ткань социальных институтов» [4]. В рамках институциональной экономики институты рассматривались, прежде всего, как условия, влияющие на выбор стратегий экономического поведения и мотивации рационального экономического выбора. В 70-90 годы XX в. в экономической науке произошел новый всплеск интереса к институтам. В отличие от «старых» институционалистов, нео-институционалисты О. Уильямсон, Р. Коуз, Д. Норт и др. придавали понятию института более широкий смысл, рассматривая их в качестве важнейших факторов экономических взаимодействий [5]. Если стандартная неоклассическая модель рассматривала человека как существо гиперрациональное, то неоинституционалисты обращают внимание на такие поведенческие предпосылки, как ограниченная рациональность и оппортунистическое поведение, то есть возможность изменять ранее принятое решение. По их мнению, значительная часть институтов: традиций, обычаев, правовых норм – существует для компенсации издержек. Неоинституционалисты поставили во главу угла проблему мотивации человеческого поведения, их интересует непосредственно процесс принятия решений, его условия и предпосылки. В этой связи большое значение приобретают сложившиеся в обществе нормы и правила поведения людей, которые называют «мягкой инфраструктурой экономики» [6]. Д. Норт называет институты «правилами игры» в обществе, или, выражаясь более формально, созданные человеком ограничительные рамки, которые организуют взаимоотношения между людьми. Следовательно, они задают структуру побудительных мотивов человеческого взаимодействия – будь то в политике, в социальной сфере или в экономике. Институциональные изменения определяют то, как общества развиваются во времени, и, таким образом, являются ключом к пониманию исторических перемен» [7]. В институтах Д. Норт выделяет три главных составляющих: а) неформальные ограничения (традиции, обычаи, всякого рода социальные условности); б) формальные правила (конституции, законы, судебные прецеденты, административные акты); в) механизмы принуждения, обеспечивающие соблюдение правил (суды, полиция и т. д.).

Неоинституционалистский подход в рамках экономической теории кардинально меняет диспозицию в социально-гуманитарных науках: экономическая теория, построенная на математическом аппарате теории игр, теперь транслируется в социологию, право, политику

и формирует ситуацию «экономического империализма». Социальные философы, социологи и политологи об институтах говорят на языке этой теории. Однако в «правилах игры» неоинституционалистов можно увидеть усложненную версию рационального выбора в условиях рынка: во внимание принимается не изолированный индивид, совершающий выбор, а игрок, который должен постоянно просчитывать, что будет делать другие в изменяющихся условиях. Сохраняя приверженность теориям, обосновывающим рациональный выбор, ориентированный на полезность (рыночная теория А. Смита и утилитаризм И. Бентама), вводятся дополнительные факторы, которые следует учитывать: контекст, индивидуальная избирательность, модальность мышления и т. д. Если оценивать этот виток в исследовании институтов с позиции диалектической методологии, нужно отметить, в неоинституционализме речь идет о функциональной трактовке институтов, хотя институты уходят из поля зрения как субъекты, и происходит переключение на поведение индивидов. Таким образом, осуществляется переход на современный уровень понимания рациональности, опосредованной дискурсами. Это предполлагает релятивизацию понимания смысла морали как условия свободного выбора, допускается преднамеренное воздействие (манипуляция) на сознание «рационально» действующего индивида, путем формирования поведенческих мотивов. С этой целью в экономике появляются практические технологии, например, нейромаркетинг, который использует данные визуализации нейронных процессов для управления поведением индивида, и таким образом, предупреждает издержки «нерационального поведения». «Правила игры» в этом случае должна обеспечивать институциональная этика. Однако всегда остается вопрос о том, что это правила одной стороны, которые навязываются потребителю, не имеющему возможности выразить свое отношение к ним. Распространение в современном мире кодифицированных систем морали – этических кодексов и разного рода прикладных этик – тенденция, которая имеет прямую отсылку к неоинституционалистским теориям управления издержками трансакций, т.е. социальных взаимодействий посредством «правил игры». Н.А. Бердяев называл такую этику этикой закона, в ней начинает превалировать формальная сторона институционального регулирования поведением человека, кодифицированная этика в тенденции освобождается от морали как универсального долженствования и имитирует свободу нравственного выбора.

Кроме ориентации на теории рационального выбора, выделяется культурно-ориентированный неоинституционализм, который преодолевает недостатки методологического индивидуализма и гипостазирования рыночного обмена как единственно возможного в экономической жизни общества. В нем рассматривают деятельность экономических субъектов не просто как рациональный выбор, а в аспектах влияния институтов, обусловленных культурными и историческими обстоятельствами, обращают внимание на существенные и принципиальные различия социальных институтов у разных народов. Например, новый французский институционализм в теории конвенций рассматривает множественные порядки обоснования ценности, связанные с различными мирами. Всего таких миров выделяется шесть: рыночный, индустриальный, домашний, гражданский, мир мнения и мир вдохновения, но их список принципиально не ограничивается [8]. В этой концепции нормы выступают в качестве базовых элементов институтов. Правила игры – соглашения или конвенции – принимаются с целью координации разных нормативных порядков. Такой подход наводит на мысль, что гетерогенность социума, которую принято в биоэтике представлять как позиции научного, религиозного, профанного и т. д. дискурсов, можно выражать

<sup>1</sup> Употребляя понятие новый институционализм подразумеваются различные направления институциональных теорий, которые могут иметь и другие обозначения, например, неоинституционализм, новая институциональная экономическая теория, американский институционализм, новый французский институционализм и др. В нашем исследовании мы не ставим задачу описания их специфичности и разграничения.

иначе, а предлагаемая в нем идея координации есть действенная сторона биоэтического консенсуса как настроения умов в поиске решения. В культурно-историческом направлении появляется также эвристичная для биоэтики сравнительно-институциональная идея, утверждающая, что институты следует оценивать не с уровнем воображаемых самых совершенных институтов, а с имеющимися альтернативами, выявляя в них значения, специфичные для данных исторических и культурных обстоятельств. В этом направлении авторами отмечается эволюция институтов к групповой ответственности за использование имеющихся национальных ресурсов в интересах сообщества в целом.

*Институциональный тезаурус в биоэтике.* Сообразно с приложением неинституционалистского подхода к разнообразным феноменам экономической жизни расширяется его тезаурус. Помимо корневого понятия институт входят в употребление многочисленные дериваты: институциональная практика, институциональные образования, институциональная среда, институциональные матрицы, институционализация, институциональные механизмы, институциональные дисфункции, институциональный дискурс и др. В исследованиях биоэтических институций необходимо использовать этот понятийный аппарат для более точного описания разнородных образований, имеющих институциональную природу. При осуществлении экстраполяции значения термина из области социально-гуманитарных наук применительно к социальным формам в биомедицинской деятельности следует ориентироваться на те из них, которые носят биоэтический характер, т. е. в процессе этой деятельности возникают этические проблемы, в их фокусе находятся витальные ценности, их разрешение опирается на межтранс-дисциплинарный подход и принципы биоэтики. Опираясь на обозначенные методологические предпосылки, рассмотрим возможность их приложения к биоэтике. Разнообразие трактовок, которые относят к институтам различные социальные формы, позволяют изменить устоявшуюся в биоэтике точку зрения относительно того, что ее институциональная сторона представлена только этическими комитетами.

Условимся понимать под *институтами* в биоэтике обобщенное наименование различных социальных форм в тройственном значении структуры, функции и смысла, выражающего их целостность. В институтах могут присутствовать все три уровня, таким примером служат этические комитеты, и один из них, в этом случае будем говорить об *институциональных образованиях*. Таким образом, институт есть наиболее полное институциональное образование. Кроме этических комитетов в биоэтике существуют, например, институты консультантов по этике, менеджеры риска, медиаторы, работающие с конфликтами в медицинских учреждениях, комплексная гуманитарная экспертиза, национальные законы и процедуры защиты прав пациентов, международные конвенции по биоэтике и др.

Одни и те же институциональные образования могут иметь различное обозначение в институциональном тезаурусе. Обозначение института в структурном аспекте использует понятие *институциональной формы*. Например, этический комитет, этическая комиссия, экспертный совет и т. п. Если институты понимать как формальные и неформальные правила, обычаи, нормы, упорядочивающие социальные отношения, их называют *институциями*. Например, когда речь идет о международном биоэтическом регулировании, то руководства имеют вид Конвенций или Деклараций, которые являются правилами игры, поскольку их нормативная сила будет зависеть от легитимации на национальном уровне. Так, информированное добровольное согласие – это институция, если понимать под ним «правила игры» между пациентом

и врачом (медицинским учреждением), а с точки зрения функции и соответствующей структуры (так как сама процедура может быть организована по-разному, включая и содержание бланка информированного согласия, который подписывает пациент) – это институциональная форма.

Если рассматривать информированное согласие с точки зрения распространения, повторяемости, воспроизводства в социальных отношениях медицины, то можно его называть *институциональной практикой*. Другие примеры институциональной практики: модели взаимоотношений врача и пациента, устойчивые регулятивные практики, такие как деонтология, национальные и региональные модели биоэтического регулирования (США, Великобритания, Европейский союз и т. д.)

*Институциональная матрица* – это устойчивая, исторически сложившаяся система базовых общественных институтов, обусловивших и предопределивших развитие всех последующих институциональных структур, которые, в свою очередь, служат воспроизведению первичной модели, сущность которой сохраняется [5]. Институциональная матрица выражает организационный и структурно-функциональный уровень матриц культуры. В биоэтике имеет смысл под институциональной матрицей иметь в виду культурно-исторические предпосылки и условия, детерминирующие возникновение и деятельность ее институтов. Примером могут служить: правовые системы, такие как прецедентное право в США, религиозные системы и институты, например, католические институты, важнейшие символы и институциональные образования, имеющие таковое значение в социальных отношениях медицины, например, Клятва Гиппократова, на основе которой формируются современные Кодексы профессиональной медицинской этики.

*Институциональная среда* – конкретные условия и обстоятельства, в которых осуществляется деятельность институтов. На нее влияют политические и исторические предпосылки, например, демократические, религиозные традиции, способы организации дискуссий, условия создания этических комитетов и т. д.

*Институциональный дискурс* – это специализированная клишированная разновидность общения в соответствии с нормами данного социума [9]. В рамках нашего исследования дискурс интересен тем, что он включает различные репрезентации общения в сознании: ментальные схемы, фреймы, сценарии и т. д. В биоэтике под ним можно понимать обмен суждениями, передающими смысл и назначение институциональной деятельности. Примеры биоэтического институционального дискурса: академические дискуссии по дисциплинарным проблемам биоэтики; медийная и образовательная функция этических комитетов, образовательные курсы по биоэтике.

*Выводы.* Значение институтов для социального развития обусловило внимание к ним со стороны социальной теории. В рамках неинституционализма институты стали пониматься как правила игры, что дает возможность причислять к ним самые разные феномены в широком социальном контексте, учитывать их трансформацию, стимулировать нужные тенденции в их развитии. Диалектический взгляд позволяет увидеть в различных трактовках движение к идеациональному значению институтов с функцией формирования смыслов. Установление правил игры можно понимать как переход от эмпирического, структурно-функционального уровня к феноменологическому пониманию институтов, и таким образом от институтов как организационных структур, к институтам как системам условий и правил, по которым создаются смыслы, значения, информация, дискурс. Разнообразие и специфичность институциональных образований биоэтики может быть описана в тезаурусе неинституционализма. Институциональные образования и, прежде всего,

этические комитеты формируют среду, в которой складывается мотивация защиты витальных ценностей, а также современную институциональную практику, в которой индивиды получают важные социальные навыки и формируют социальные привычки. Таким образом, институты биоэтики превращают ее в «новую культуру» глобального человечества [10].

Особенностью биоэтического институционализма является ориентация на идеационный уровень. Из истории биоэтики хорошо видно, что первыми появлялись институциональные образования структурно-функционального уровня, однако не эти события обозначили рождение биоэтики как новой формы научного знания и, в какой то мере, сознания современного человечества, а такие ее проекты, которые формулировали принципиально новые идеи: глобальная биоэтика, меж- и транс-дисциплинарный консенсус в совещательных структурах, права человека в медицине, автономия пациента и т. д. Биоэтика учит тому, что для обеспечения поступательного социального прогресса, включающего и прогресс технологический, необходимо осознание ответственности, которое происходит не как установление формального требования быть ответственным, а как последовательное преобразование и рождение новой нравственности в перманентных дискуссиях, ценность которых пропорциональна множеству высказываемых в них мнений. В них происходит нормализация нового социального опыта, порождаемого биомедицинскими технологиями и, таким образом, установление содержания новых правил в отношении к живому.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Поланы К. Великая трансформация: Политические и экономические истоки нашего времени. – СПб.: Алетейя, 2014. – 312 с.
2. Красавин И.В. *Techne*. Сборка общества. – Екатеринбург: Ridero.ru, 2014 – 524 с.
3. Лекторский В.А. Предисловие к сборнику «Знание в связях социальности» / Знание в связях социальности. – Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 2003. – С. 4–6.
4. Гавра Д.П. Социальные институты. URL: <http://www.xserver.ru/user/sozin/> (дата обращения: 11.05.2017).
5. Кирдина С.Г. Об институциональных матрицах: тезисы теории. URL: [www.kirdina.ru](http://www.kirdina.ru) (дата обращения: 11.05.2017).

6. Нуреев Р.М. Институционализм: вчера, сегодня и завтра. URL: [rustem-nureev.ru/wp-content/uploads/2011/01/182.pdf](http://rustem-nureev.ru/wp-content/uploads/2011/01/182.pdf) (дата обращения: 11.05.2017).

7. Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Пер. с англ. А.Н. Нестеренко. – М.: Начала, 1997. – 180 с.

8. Тевено Л. Рациональность или социальные нормы: преодоленное противоречие? // Экономическая социология. – 2001. – № 1, Т. 2. – С. 88–122.

9. Карасик В.И. О типах дискурса // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: Сб. науч. тр. – Волгоград: Перемена, 2000. – С. 5–20.

10. Седова Н.Н. Интегративный потенциал биоэтики в системе медицинского образования // Философские проблемы биологии и медицины: итоги и перспективы: сборник статей. – М.: Принтберри, 2011. – С. 218–226.

#### REFERENCES

1. Polani K. *Velikaya transformatsiya: Politicheskiye i ekonomicheskiye istoki nashogo vremeni*. SPb.: Aleteyya. 2014. 312 s.
2. Krasavin I.V. *Techne. Sborka obshchestva*. Ekaterinburg: Ridero.ru. 2014. 524 s.
3. Lektorskiy V.A. *Predisloviye k sborniku «Znaniye v svyazyakh sotsialnosti» // Znaniye v svyazyakh sotsialnosti*. Ekaterinburg: Izd-vo Uralskogo un-ta. 2003. S.4–6.
4. Gavra D.P. *Sotsialnyye instituty*. URL: <http://www.xserver.ru/user/sozin/> (data obrashcheniya: 11.05.2017).
5. Kirdina S.G. *Ob institutsionalnykh matritsakh: tezisy teorii*. URL: [www.kirdina.ru](http://www.kirdina.ru) (data obrashcheniya: 11.05.2017).
6. Nureyev R.M. *Institutsionalizm: vchera, segodnya i zavtra*. URL: [rustem-nureev.ru/wp-content/uploads/2011/01/182.pdf](http://rustem-nureev.ru/wp-content/uploads/2011/01/182.pdf) (data obrashcheniya: 11.05.2017).
7. Nort D. *Instituty, institutsionalnyye izmeneniya i funktsionirovaniye ekonomiki / Per. s angl. A.N. Nesterenko*. M.: Nachala. 1997. 180 s.
8. Teveno L. *Ratsionalnost ili sotsialnyye normy: preodolennoye protivorechiye? // Ekonomicheskaya sotsiologiya*. 2001. № 1. T. 2. S. 88–122.
9. Karasik V.I. *O tipakh diskursa // Yazykovaya lichnost: institutsionalnyy i personalnyy diskurs: Sb. nauch. tr. Volgograd: Peremena*. 2000. S. 5–20.
10. Sedova N.N. *Integrativnyy potencial bioetiki v sisteme medicinskogo obrazovaniya // Filosofskie problemy biologii i mediciny: itogi i perspektivy: sbornik statej*. M.: Printberri, 2011. S. 218–226.

УДК 61(09):614.218

## ИСЛАМ, ЭТИКА И БИОЭТИКА

Г. С. Табатадзе

*доктор философских наук, профессор, кафедра философии биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, Tabatadze.48@mail.ru*

О. Ю. Голицына

*кандидат исторических наук, преподаватель, кафедра истории и культурологии Волгоградского государственного медицинского университета, golitsyna.83@mail.ru*

В статье рассматривается влияние шариата, как обязательных правил поведения мусульман, на этические и биоэтические нормы жизни. Опираясь на источники ислама, Коран и сунны, а не на их различные толкования, в статье рассматривается ряд проблем медицинской биоэтики. Отмечается, что, несмотря на влияние современных биомедицинских технологий на современные мировые культуры, в исламе в наименьшей степени происходит их нравственно-этическое осмысление. Все эти вопросы рассматриваются исключительно на основе положений Корана и сунны. Из различных этических положений, которые содержат Коран и сунны, можно сделать вывод, что врач как истинный мусульманин должен демонстрировать качества, предписанные исламом личности. Показано, что ведущиеся в исламских странах дискуссии по ряду направлений современной биоэтики не вступают в противоречие с источниками ислама. Делается вывод, что в исламском мире нормы медицинской биоэтики определяются религиозными представлениями, которые являются доминантой всей социальной жизни.

**Ключевые слова:** шариат, этика, медицинская биоэтика, ислам, справедливость, добро, зло, гуманизм.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-19-24

## ISLAM, ETHICS AND BIOETHICS

G. S. Tabatadze

*Doctor of Philosophy, Professor, Department of Philosophy of Bioethics and Law with a course in sociology of medicine at Volgograd State Medical University, Tabatadze.48@mail.ru*

**O. Yu. Golitsyna**

*Candidate of Historical Sciences, Lecturer, Department of History and Cultural Studies,  
Volgograd State Medical University, golitsyna.83@mail.ru*

The article discusses the influence of Sharia, as mandatory rules of behavior of Muslims, on ethical and bioethical norms of life. Based on the sources of Islam, the Koran and the Sunnah, rather than their various interpretations, the article deals with a number of problems of medical bioethics. It is noted that, despite the influence of modern biomedical technologies on modern world cultures, their moral and ethical comprehension is the least in Islam. All of these issues are considered solely on the basis of the provisions of the Koran and the Sunnah. From the various ethical positions that contain the Qur'an and the Sunnah, it can be concluded that the physician, as a true Muslim, must demonstrate the qualities prescribed by Islam to the individual. It is shown that discussions in Islamic countries in a number of areas of modern bioethics do not conflict with the sources of Islam. It is concluded that in the Islamic world the norms of medical bioethics are determined by religious beliefs, which are the dominant of all social life.

**Key words:** sharia, ethics, medical bioethics, Islam, justice, good, evil, humanism.

В последние годы исследователи религиозной тематики активно обращаются к изучению ислама и мусульманского этики. Возрастающий интерес закономерен, если учесть глубокое влияние мусульманской религии на историю многих государств и мировоззрение, все возрастающее влияние ислама на формирование современного устройства мира. Традиционные ценности ислама господствуют в мусульманских странах. Мусульманская этика усиливает свои позиции в политической и идеологической жизни многих стран мусульманского мира. Исламское мировоззрение вместе с беженцами начинает проникать в мировоззрение государств Европы, раздаются требования принятия ряда законов в духе шариата. Нередко предпринимаются попытки восстановить средневековой образ жизни людей (ИГИЛ) и даже всю совокупность общественных отношений (Афганистан, Иран). В этих условиях особую актуальность приобретает изучение взаимосвязи ислама, как религии, с мусульманской этикой и биоэтикой.

Биоэтика – молодая область познания, определенность и предмет которой активно обсуждаются в современной философской и медицинской науках. Не вдаваясь в дискуссию по этому вопросу, тем не менее, отметим, что в современной научной литературе биоэтика трактуется близко к биомедицинской этике, как осмысление проблем, порожденных новыми достижениями медицины и медицинской практики. Логично предположить, что такая трактовка биоэтики выражает лишь одну ее предметную сторону, что вполне объяснимо для молодой науки и связано с тем, что главными разработчиками ее проблематики являются представители медицинского сообщества. В данной статье биоэтика рассматривается не как продолжение традиционной медицинской этики, а как понятие, главным содержанием которого является философская этика, как учение о морали и нравственности, учение об идеях, принципах, нормах, правилах, функционирования морали и нравственности в различных областях жизни общества. Биомедицинская этика рассматривается нами как раздел биоэтики.

Такое, широкое философское понимание биоэтики, на которое в данной статье мы будем опираться, предлагает известный российский исследователь Н.Н. Седова. Она пишет: «Биоэтика – это нравственная парадигма глобального общества, хотя в разных его структурах она имеет разное значение»<sup>1</sup>.

«Предмет биоэтики – нравственное отношение ко всему живому. Очевидно», – пишет профессор Седова Н.Н., – «что для человека, чье отношение собственно и имеется в виду, среди всего живого самым ценным является он сам. Следовательно, отношение к человеку как живому существу является приоритетной ценностью биоэтики»<sup>2</sup>.

В биоэтической проблематике это следует понимать как отношение ислама к условиям жизни людей, обществ, народов, наций, межличностных отношений, характер этих отношений и понимание, какими они должны быть. Знаток ислама, профессор Мухаммад али Аль-Хашими, определяя значение ислама для общественной жизни, пишет, что «...послание Аллаха подтверждает, что эта религия дана для того, чтобы привести в порядок положение человека в целом, то есть – в обоих мирах, поскольку ислам не отделяет друг от друга религиозные и мирские дела, как не отделяет он друг от друга социальную активность и духовную жизнь»<sup>3</sup>.

Основным руководством жизни (обязательные правила поведения мусульман во всех сферах жизни, даже «загробной», их образ мыслей и чувств) является мусульманское право, или шариат – составная часть религиозного мировоззрения – ислама, которое возникло на рубеже VI–VII вв. н.э. на Аравийском полуострове. Его создатель Мухаммед (571–632 гг.).

Шариат включает в себя все правовые, этические, моральные и религиозные нормы. Как отмечал французский правовед Р. Давид, шариат «основан на идее обязательств, наложенных на человека», а не на концепции предоставляемых ему прав<sup>4</sup>. Данное мнение, мягко говоря, не соответствует действительности, ибо в источниках шариата прописываются и права человека. Более того, в Коране мы читаем: «В религии нет принуждения. Прямой путь ясно отличается от кривой дороги»<sup>5</sup>.

В шариате все нормы по содержанию подразделяются на две основные группы. К первой группе относятся предписания, оценивающие различные поступки человека. Все поступки принято делить на пять категорий: обязательные, рекомендуемые, разрешаемые, порицаемые и запрещенные<sup>6</sup>. Вторая группа – нормы, формулирующие правила поведения в определенных ситуациях, а также описывающие условия и устанавливающие последствия деяний.

В шариате главными являются правила поведения, основывающиеся на религиозных и связанных с ними нравственно-этических принципах и положениях. Эти принципы и положения наиболее широко представлены в Коране («слово божие») и сунне («арабское предание» о жизни и деяниях пророка Мухаммеда).

Религиозные положения, которые формируют убеждения, этические предписания, нормы поведения и нормы практической жизни, заключены в каламе (калам – речь, разговор), который иногда называют спекулятивной теологией. Калам как религиозно-этическая система начинает формироваться в начале VIII века.

<sup>3</sup> Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. М. 1999. С. 274.

<sup>4</sup> Давид Р. Основные правовые системы современности (сравнительное право). М., 1967. С. 386.

<sup>5</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 77 (257).

<sup>6</sup> Массэ А. Ислам. Изд. 3-е. М., 1982. С. 91.

<sup>1</sup> Седова Н.Н. Биоэтика: учебник / Н.Н. Седова. М.: КНОРУС, 2016. С. 44.

<sup>2</sup> Там же. С. 44.

Уже в тот период в каламе развернулась дискуссия по ряду этических проблем, связанных со свободой выбора, поведением, принуждением, необходимостью. Мнения религиозных деятелей разделились. Одни считали, что человек свободен в своих деяниях (кадариты). Свобода дарована богом, и он обязательно воздаст человеку за совершенные поступки. Другие (джабариты) отстаивали необходимость и предопределенность, связанные с принуждением. Правила поведения людей – это вопросы нравственно-этические, и они решаются в соответствии с хадисами (араб.: рассказ, предание) о жизни Пророка и религиозными деятелями (имамами). Здесь еще нет правовых и законодательных установок, они оформляются позднее, но существуют уже этические нормы.

Со второй половины XIX века начинается модернизация мусульманского права. Запрет на собственные суждения по тем или иным вопросам (таклид) постепенно ослабевает. Модернизация начинается с понимания необходимости рационального понимания шариата и его приспособлении к изменяющимся общественным условиям. Главными реформаторами ислама были Джамаль ад-Дин аль Афгани, Мухаммед Абдо, Сейид Ахмад Хан. Они самостоятельно трактовали различные положения Корана и сунны, касающиеся многих вопросов права и этики, «они отбросили средневековое понимание ислама и соответствующее толкование Корана..., давая им свое, буржуазное толкование»<sup>7</sup>. Они требовали «приспособления шариата к изменяющимся условиям общественной жизни»<sup>8</sup>.

Однако все остальные отношения, регламентируемые шариатом, особенно личного статуса и межличностных отношений остаются регулируемые религиозными принципами и соответствующей нравственностью. Сегодня в целом ряде мусульманских стран протекает процесс возрождения норм шариата и их закрепление в законодательных актах.

Современное толкование целого ряда этических и биоэтических положений ислама, особенно не мусульманскими авторами, на наш взгляд, слишком вольно и зачастую надумано. А Коран прямо предостерегает от этого. В Коране сказано: «Ваши языки проворны на слова, но не говорите лживо: «это разрешено, а это запрещено»; не выдумывайте лжи, указывая на Бога. Те, которые выдумывают ложь, указывая на Бога, не будут счастливы»<sup>9</sup>. Нам не хотелось бы «выдумывать ложь» и быть «не счастливыми», поэтому будем точно придерживаться текстов Корана и хадисов Его посланника. Тем более что исламские теологи, пытаясь разъяснить вопросы, на которые нет прямых указаний в Коране и суннах, руководствуются другими положениями из этих источников, то есть все равно любой вопрос решается в духе основных норм ислама.

Одна из важнейших этических и биоэтических проблем – это проблема справедливости, которая однозначно решается в Коране. Там сказано: «Коран прямо ведет к тому, что есть справедливое...»<sup>10</sup>. «Истинно, бог не делает никакой несправедливости людям; но люди сами себе делают несправедливость»<sup>11</sup>. Значит все, что говорится в Коране, априори справедливо, а потому если люди поступают в соответствии с указаниями Корана, то они действуют справедливо и никакой другой критерий справедливости не действует.

Другое основополагающее положение Корана и сунны касается добра и зла. В Коране есть жесткое предупреждение для творящих зло: «Тем, которые делают добро, будет добро, и с избытком... они будут жителями рая, в нем они будут вечно. А тем, которые накапливают злые дела, и воздаяние будет злое... Они будут жителями ада, и в нем будут вечно»<sup>12</sup>. Причем это относится к любому верующему мусульманину: «Тем, которые будут делать доброе, или мужчина, или женщина... Мы доставим блаженную жизнь...»<sup>13</sup>.

В Коране и суннах мусульманское общество – это общество справедливости, добра, в отношениях между людьми господствует искренность, а члены общества благочестивы, правдивы, верны своему слову. В таком обществе нет места мошенникам, обманщикам, завистникам, плутам, а также неблагодарным и вероломным людям<sup>14</sup>. Таким мусульманское общество становится благодаря исламу. Посланник Аллаха, описывая мусульманское общество, сказал, что оно должно быть «...подобно хорошо сложенному строению, отдельные части которого укрепляют друг друга»<sup>15</sup>. Эти религиозные идеи и положения есть суть мусульманской этики. Они охватывают и регулируют практически все основные отношения и взаимоотношения в мусульманском обществе. Во главе угла стоят отношения с господом. Затем другие сферы межличностных и общественных отношений: с родителями, с супругом, с детьми, родными и близкими, соседями, друзьями, другими людьми и т. п.

Большое значение в мусульманской этике придается отношениям мусульман друг к другу. Мусульманин должен желать своим братьям по вере того же, что он желает самому себе, стремиться принести им пользу и оградить их от вреда. Пророк сказал по этому поводу: «мусульманин мусульманину брат, и он не должен ни притеснять его, ни оставлять без помощи. Помогаящему своему брату в нужде его Аллах поможет в его собственной нужде, избавившего мусульманина от какой-нибудь из его печалей Аллах избавит от одной из скорбей Дня воскресения...»<sup>16</sup>.

Гуманизм является еще одним основополагающим принципом ислама. Существует немало положений Корана и высказываний Пророка, в которых содержится призывы к совершению милосердных актов, разъясняется их сущность, показываются примеры. При этом гуманные, милосердные поступки и действия не зависят от желания человека, они обязательны для всех мусульман. Эта идеология подкрепляется постоянным напоминанием, что для мусульманина совершить акт милосердия – это способ получить помощь от Всевышнего, искупить свои грехи, избежать наказания и заслужить место в раю.

Посланник Аллаха сказал: «поистине, к чему бы ни примешивалась доброта, она неизменно украшает собой это, если же нечто лишено доброты, то ее отсутствие неизменно обезображивает это собой»<sup>17</sup>. То есть главным в отношениях между людьми является добрые и доброжелательные отношения. Аллах указывал по этому поводу «...а если бы был ты грубым и жестокосердным, то они непременно разбежались бы от тебя (в разные стороны)»<sup>18</sup>. Несомненно, это одно из основных положений ислама, имеет прямое отношение к деятельности врача, его взаимоотношениям с пациентом, его родственниками и другими близкими людьми: «Если будете делать добро,

<sup>7</sup> Малоковский М.В. Журнал «Аль-Манар» как источник для изучения мусульманской реформации в Египте. Краткие сообщения Института востоковедения. Вып. XIX. М., 1956. С. 96.

<sup>8</sup> Ахмедов А. Социальная доктрина ислама. М.: Политическая литература. 1982. С. 41.

<sup>9</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 511 (117).

<sup>10</sup> Там же. С. 515 (9).

<sup>11</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 389 (45).

<sup>12</sup> Там же. С. 385 (27,28).

<sup>13</sup> Там же. С. 507 (99).

<sup>14</sup> Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. М., 1999. С. 197.

<sup>15</sup> Там же. С. 202.

<sup>16</sup> Там же. С. 277.

<sup>17</sup> Профессор Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. Изд. 1. М., 1999. С. 216.

<sup>18</sup> Там же. С. 217.

то будете делать добро для самих себя; и если будете делать зло, то также для себя»<sup>19</sup>. «Тем, которые делают доброе, – тем, истинно, великая будет награда»<sup>20</sup>.

Ислам резко негативно относится к нетрадиционной половой ориентации. Мужчина должен оставаться мужчиной, с присущими ему качествами, особенностями и выполнять свои функции, тоже относится и к женщине, и различия между ними не должны стираться. «Посланик Аллаха проклял женоподобных мужчин и мужеподобных женщин»<sup>21</sup>. В Коране сказано: «Похотствуя, приступаете к мужчинам вместо женщин: так вы люди безмерно развратившиеся»<sup>22</sup>. Поэтому очевидно, что не может быть и речи о возможности применения соответствующих биомедицинских технологий.

Несмотря на то, что современные биомедицинские технологии влияют на современные мировые культуры, следует отметить, что в исламе в наименьшей степени происходит их нравственно-этическое осмысление. Это мы видим, например, в «Основных положениях социальной программы российских мусульман», где не освещаются вопросы медицинской биоэтики. Однако обсуждение некоторых вопросов, связанных с современными биомедицинскими технологиями, все же ведется. Например, вопрос об искусственном оплодотворении рассматривает шейх Мухаммад Салих-аль-Мунаджид<sup>23</sup>. Но отметим, что все эти вопросы рассматриваются исключительно на основе положений Корана и сунны. Среди проблем медицинской биоэтики, обсуждаемых в исламских странах, можно выделить: проблемы рождаемости, искусственного оплодотворения, эвтанази, клонирования, аборт и некоторые другие.

Следует отметить, что в Коране признается врачевание: «Из желудка... выходит жидкость различных цветов: в ней врачество для людей; в этом знамение для людей размышляющих»<sup>24</sup>. Во второй части в «знамени» говорится о людях, способных понять это знамение, – о врачах, которые, несомненно, относятся к «размышляющим», то есть познающим и имеющим способности к обучению врачебной профессии.

В январе 1981 г. в Кувейте состоялась Международная конференция исламской медицины. На ней была принята Декларация по вопросам медицинской биоэтики с позиции законов ислама.

В первом разделе Декларации «Искусство врачевания» отмечается, что деятельность врача – благородная профессия, знание медицины, как и все наши знания, исходят от бога. Изучение медицины раскрывает божественное предначертание в ее создании и практике, посредством чего божественное благословение передается людям и поэтому оно является актом почитания и благотворительности. Божественное провидение распространяется на всех – на добрых и злых, благонаправленных и порочных, друзей и врагов, так и медицинская помощь должна оказываться всем во имя сострадания. Таким образом, в исламе медицинская деятельность и обязанность оказывать помощь рассматриваются как религиозный долг, который должны исполнять все мусульмане, имеющие профессию врача.

Подготовка врачей не только поддерживается исламом, но и «стремление к знанию – обязанность каждого

мусульманина»<sup>25</sup>. Более того, врач должен учиться постоянно, ежедневно, чтобы постигать новое, ибо сказано: «Ты будешь оставаться знающим до тех пор, пока не прекратишь учиться, а когда ты перестанешь нуждаться в этом, превратишься в невежду»<sup>26</sup>. При обучении врачей даже допускаются некоторые исключения из правил Корана. Так, например, при обучении допускается изучение человеческого тела, но в духе благочестия и осознания присутствия бога. А понимание божественного присутствия обязывает врача делать свое дело добросовестно и качественно. Допускается даже оказание медицинской помощи врачом не мусульманином, если нет возможности обратиться к врачу-мусульманину и все это совершается в соответствии с божьей необходимостью, которая превыше всего. Однако, несмотря на то, что необходимость превыше всего, все равно врач не может применять лечение, которое противоречит Исламу. Логично предположить, что имеющееся в Коране наставление: «Не следуй тому, о чем нет у тебя знания»<sup>27</sup> и слова Посланика Аллаха: «Поистине Аллах любит, чтобы каждый из вас в совершенстве владел тем, чем он занимается»<sup>28</sup> вполне можно отнести к врачебной профессиональной компетенции, к постоянному повышению своего профессионального уровня.

Из различных этических положений, которые содержат Коран и сунны, можно сделать вывод, что врач, как истинный мусульманин, должен демонстрировать качества, предписанные исламом личности. Выделим лишь те, которые, на наш взгляд, имеют особое значение для врача. Врач должен стремиться к истине, которая главенствует в обществе мусульман: «не облекайте истины одеждою лжи: не скрывайте истины, когда вы ее знаете»<sup>29</sup>. Как мусульманин, врач «тот, кто не причиняет вреда (другим) мусульманам своим языком и своими руками»<sup>30</sup>. В источниках ислама указывается на то, что истинный мусульманин отличается своей прямоотой и открытостью; он не обманывает, несмотря ни на что, он не может действовать по своему усмотрению. Прямота обязательна для всех мусульман в силу велений Аллаха: «И придерживайся прямооты, как тебе велено...»<sup>31</sup>. Поэтому врач обязан прямо говорить пациенту обо всех возможных последствиях лечения, чтобы получить добровольное согласие больного или членов его семьи. В этом смысле профессиональная врачебная тайна имеет свои пределы, и она может быть нарушена, если в результате ее соблюдения под угрозой жизнь пациента, которая является главной ценностью в исламе. Но во всем остальном врач должен соблюдать тайну о том, что он узнал от пациента или установил сам в ходе обследования.

Врача можно отнести к тем, кого Аллах наделил своей милостью, после чего сделал так, что люди станут обращаться к нему за помощью, и если «он будет проявлять недовольство, это может привести к тому, что милости прекратятся»<sup>32</sup>. Несомненно, к врачу имеет прямое отношение высказывание Пророка о высокомерии: «Не войдет в рай тот, в сердце у кого было высокомерие весом хотя бы с одно зернышко»<sup>33</sup>.

<sup>25</sup> Профессор Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. Изд. 1. М., 1999. С. 51.

<sup>26</sup> Там же. С. 53.

<sup>27</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 521 (38).

<sup>28</sup> Профессор Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. Изд. 1. М., 1999. С. 55.

<sup>29</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 15 (39).

<sup>30</sup> Профессор Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. Изд. 1. М., 1999. С. 276.

<sup>31</sup> Там же. С. 304.

<sup>32</sup> Профессор Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. Изд. 1. М., 1999. С. 278.

<sup>33</sup> Там же. С. 49.

<sup>19</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 515 (7).

<sup>20</sup> Там же. С. 515 (10).

<sup>21</sup> Профессор Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. Изд. 1. М., 1999. С. 391.

<sup>22</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 295 (79).

<sup>23</sup> Шейх Мухаммад Салих аль Мунаджид. Фетва об искусственном оплодотворении (Электронный ресурс) // Ислам: вопрос и ответ (Официальный сайт) – 1997-2013. – URL <http://islamda.com/tu/ref/3474>.

<sup>24</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 501 (71).

Врач, как человек, влияющий на судьбу других людей, должен быть искренним и сердечным в отношении своих пациентов, уже потому, что его «религия есть проявление искренности». Он должен быть праведным и благочестивым, то есть таким, кто «верно исполняют обязательства, какими обязывают себя»<sup>34</sup>. Посланик сказал: «Будьте вестниками радости, а не отталкивайте от себя, облегчайте, а не создавайте затруднений»<sup>35</sup>. Более того врач, как любой мусульманин, обязан оказывать помощь нуждающимся независимо от их социального положения, так как Пророк говорил, «мусульманин мусульманину брат, и он не должен ни притеснять его, ни оставлять его без помощи»<sup>36</sup>. Следует отметить, что и в Коране, и в высказываниях Пророка нет запрета на то, чтобы помощь оказывалась и людям иной веры.

Известно, что в Коране говорится о том, что люди могут употреблять в пищу, а что запрещено: «люди! из тех благ, какие есть на земле, ешьте только разрешенные в пищу»<sup>37</sup>. Однако, видимо, в вопросах необходимой диеты, питания больного, врач может отступить от такого правила, ибо сказано в Коране: «но кто принужден будет к такой пище, не будучи своевольником, нечестивцем, на том не будет греха...»<sup>38</sup>. Врач в своих предписаниях о питании больного может не придерживаться правил священного поста (месяц Рамазан) и руководствоваться следующим положением Корана: «но кто из вас будет болен или в путешествии: тому поститься такое же число дней в другое время»<sup>39</sup>. В исламе есть понимание того, что неумеренная «еда и питье» могут привести к болезням: «остерегайтесь переполнять желудок едой и питьем, ибо это вредит телу, приводит к болезням...»<sup>40</sup>, потреблять следует столько, сколько оказывается достаточно для поддержания здоровья, сил и активности: «вам следует быть умеренными в еде и питье, ибо это больше подходит для тела и дальше от излишества»<sup>41</sup>.

В Коране и суннах говорится о необходимости личной гигиены – тот, кто следит за чистотой тела, тот истинный мусульманин. Пророк наставлял совершать полное омовение и умащать себя благовониями. Он сказал: «Совершайте в пятницу полное омовение, мойте голову, даже если вы не осквернены, и умащайтесь благовониями»<sup>42</sup>, также говорится о чистоте рта, зубов и волос. Есть немало хадисов о чистоте тела, одежды мусульманина, о его приятном благоухании.

В Коране есть указания на то, как обеспечить здоровье и полноценное развитие новорожденных, отмечается, что «родительницы грудью кормить детей своих полные два года, если кто захочет, чтобы кормление грудью было законченным». И далее отмечается, что «если оба они с общего согласия и совета захотят отнять от кормления грудью матери, на них не будет греха»<sup>43</sup>. Здесь также присутствует один из главных принципов ислама – необходимость превыше всего.

Может ли применять эвтаназию врач мусульманин? В исламе жизнь человека священна. По этому поводу в Коране ясно говорится, что «кто убьет верующего умышленно, тому воздаянием будет геенна, в которой он

будет вечно»<sup>44</sup>. Но возможна смерть пациента в результате врачебной ошибки, возможность ошибки признается в Коране: «Верующему не подобает убивать верующего, разве только по ошибке»<sup>45</sup>. «Грех на вас не в ошибке, какую сделаете вы, но в умысле, какой скрывают в себе сердца ваши»<sup>46</sup>. И дальше, что тот, кто по ошибке, убьет верующего, должен «заплатить полную пеню» его родственникам, кто не может этого сделать «...тому поститься два месяца, сряду один за другим, принося покаяния Богу»<sup>47</sup>. В Коране говорится, что «на все воля Аллаха – давать жизнь или посылать смерть», поэтому эвтаназия невозможна ни при каких обстоятельствах. Для мусульман должно быть сделано все возможное, чтобы предотвратить преждевременную смерть. Однако это не должно делаться любой ценой, и можно прекращать или воздерживаться от поддерживающего жизнь лечения у терминальных больных мусульман, когда врачи точно уверены в неизбежности смерти, и когда нет никакого лечения, которое может улучшить состояние пациента или качество его жизни. Решение об отмене лечения – это решение позволить наступление естественной смерти. Однако это должно быть коллективным решением, принятым на основе информированного согласия и требующим консультации с семьей пациента, сотрудниками служб здравоохранения, в том числе и лечащего врача (трех врачей, если речь, например, идет о смерти мозга). Это также касается пациентов, которые находятся в стойком вегетативном состоянии<sup>48</sup>.

Ислам не признает клонирования, ибо только Аллах является творцом и все творения существуют по его воле. Клонирование в этом плане предстает как неестественный репродуктивный процесс, естественный тот, который определил для человека Аллах, для этого он создал мужчину и женщину, которые должны состоять в браке. «Бог дает вам супруга из среды вас самих, и от супруга дает вам сыновей и внуков и насыщает вас благами»<sup>49</sup>. «Бог сотворил вас... делает вас супругами: женский пол носит во чреве и родит только по его видению»<sup>50</sup>. Клонирование ставит под сомнение процесс постоянного божественного творения, ибо сказано в Коране: «Он творит вас в утробах матерей ваших, в тройных мраках производя одно творение после другого творения...»<sup>51</sup>, и делает бессмысленным следующую заповедь: «Человеку Мы заповедали делать добро своим родителям»<sup>52</sup>. Отсюда ясно, что клонирование не соответствует важнейшим положениям Корана о творении, материнстве, отцовстве, родственных отношениях, об обязанностях детей по отношению к родителям, супружестве и другим. Клонирование нарушает волю Аллаха, тем самым создает сложные социальные, нравственные и правовые проблемы.

В современных условиях, когда биомедицинские технологии все больше меняют возможности медицины, в исламских странах происходят дискуссии по ряду направлений развития биоэтики. В ряде исламских государств существуют институты биоэтики, исследовательские центры: Иран, Пакистан, Египта, Турция и Малайзия. В Саудовской Аравии, Кувейте, Турции, Иране, Египте, Иордании, Сирии осуществляют трансплантацию органов: почек, поджелудочной железы, сердца. В марте 1990 г. в Кувейте проходил второй международный конгресс Ближневосточного общества трансплантации органов. Там

<sup>34</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 49 (172).

<sup>35</sup> Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. М., 1999. С. 217.

<sup>36</sup> Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. М., 1999. С. 277.

<sup>37</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 47 (163).

<sup>38</sup> Там же. С. 48–49 (168).

<sup>39</sup> Там же. С. 51 (179).

<sup>40</sup> Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. М., 1999. С. 41.

<sup>41</sup> Там же.

<sup>42</sup> Там же. С. 42.

<sup>43</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 69 (233).

<sup>44</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 169 (95).

<sup>45</sup> Там же. С. 167 (94).

<sup>46</sup> Там же. С. 779 (5).

<sup>47</sup> Там же. С. 169 (94).

<sup>48</sup> Ebrahim AFH (2000) The living will (Wasiyat Al-Hayy): a study of its legality in the light of Islamic jurisprudence. Med Law. P. 35.

<sup>49</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 501 (74).

<sup>50</sup> Там же. С. 815 (12).

<sup>51</sup> Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). 3-е изд. Казань, 1907. С. 863 (8).

<sup>52</sup> Там же. С. 951 (14).

установили, трансплантация органов умершего человека допускается с согласия близких покойного и при условии, что: а) смерть установлена консилиумом, б) покойный при жизни не возражал против этого. Продавать, покупать, дарить любой орган запрещается. Трансплантация органов может производиться только в медицинских центрах, официально признанных министерством здравоохранения.

Умершим считается человек, у которого констатировали смерть мозга. Поскольку в Коране нет ответа относительно смерти мозга, то ее констатацию поручают консилиуму врачей специалистов. Но дискуссии продолжаются, так как многие мусульманские эксперты считают, если в исламе нет дозволения на определенные действия, то нет смысла их обсуждать и они должны быть запрещены. Например, донорство эмбриона, суррогатное материнство и донорство спермы во многих мусульманских странах запрещены. Но поскольку в исламе ценность человеческой жизни превышает все, видимо следует ожидать, что в исламских странах деятельность по трансплантации органов будет развиваться, тем более что в ряде стран уже имеется необходимая законодательная база, разрешающая извлечение органов из тела пациента, у которого констатирована смерть мозга. С точки зрения классического ислама, такие действия недопустимы, ибо нет на то божественного разрешения, поэтому подобные деяния подрывают основы ислама. Но необходимо помнить, в источниках ислама неоднократно говорится о священности человеческой жизни, о том, что спасение жизни одного человека равнозначно спасению всего человечества.

Аборт является сложным и неоднозначным вопросом в любом обществе, каждая религия относится к абортам по-своему. По этому вопросу во взглядах исламских правовых школ нет единого мнения. Но обратившись к Корану, мы видим, что там четко говорится

о времени одушевления плода – первая неделя четвертого месяца. Следовательно, до этого времени аборт возможен, но только в случае, когда продолжение беременности угрожает жизни матери. Поэтому в исламской юриспруденции со времени одушевления плода аборт запрещен. Опять здесь выступает один из главных принципов ислама – сохранение жизни. Все исламские правоведы и богословы не допускают аборт после того, как Бог вдохнул в плод душу.

Еще один актуальный вопрос – искусственное деторождение. Шариат разрешает его, но при условии, что донором спермы является законный супруг. Соблюдение этого условия обязательно для искусственного оплодотворения. Вынашивание чужого ребенка разрешается второй жене. Таким образом, мусульманская религия, чтобы исключить кровосмешение и обеспечить законную родственную связь, разрешает прибегать к искусственному деторождению только законным супругам и с взаимного их согласия.

Поводя итог, отметим, что этика и биоэтика классического ислама носят социально ориентированный, практический характер. Основными принципами являются справедливость, гуманизм, священность человеческой жизни, общественная польза, общее благо, благополучие и т. п. Ислам стремится удерживать людей от зла, от дурного и вредного ради всеобщей пользы и благополучия. Любые научные успехи и достижения в области медицинских технологий, как признают все мусульмане, не должны вступать в противоречие с источниками ислама – Кораном и Сунной, ибо «Бог ниспослал самое лучшее учение – писание с иносказательными, с повторяющимися чтениями» [5, с. 867 (24)].

Таким образом, в исламском мире нравственно-этические нормы определяются религиозными представлениями, которые являются доминантой всей социальной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов А. Социальная доктрина ислама. – М.: Политическая литература, 1982.
2. Массэ А. Ислам. Изд. 3-е. – М., 1982.
3. Давид Р. Основные правовые системы современности (сравнительное право). – М., 1967.
4. Ebrahim AFH (2000) The living will (Wasiyat Al-Hayy): a study of its legality in the light of Islamic jurisprudence. Med Law 19:147-160.
5. Коран / пер. с араб. Г.С. Саблуков. 3-е изд. – Казань, 1907.
6. Малоковский М.В. Журнал «Аль-Манар» как источник для изучения мусульманской реформации в Египте // Краткие сообщения Института востоковедения. Вып. XIX. – М., 1956.
7. Мухаммад али аль-Хашими. Личность мусульманина. – М., 1999.
8. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник / Н.Н. Седова. – М.: KNORUS, 2016.
9. Шейх Мухаммад Салих аль Мунаджид. Фетва об искусственном оплодотворении (Электронный ресурс) // Ислам: вопрос и ответ (Официальный сайт) – 1997–2013. – URL [http //islamda/ com/ru/ref/3474](http://islamda.com/ru/ref/3474).

REFERENCES

1. Akhmedov A. Sotsialnaya doktrina islama. M.: Politicheskaya literature, 1982.
2. Masse A. Islam. Izd. 3-e. M., 1982.
3. David R. Osnovnyye pravovyye sistemy sovremennosti (sravnitelnoye pravo). M., 1967.
4. Ebrahim AFH (2000) The living will (Wasiyat Al-Hayy): a study of its legality in the light of Islamic jurisprudence. Med Law 19:147-160.
5. Koran / per. s arab. G.S. Sablukov. 3-e izd. Kazan, 1907.
6. Malyukovskiy M.V. Zhurnal «Al-Manar» kak istochnik dlya izucheniya musulmanskoj reformatsii v Egipte. Kратkiye soobshcheniya Institutа vostokovedeniya. Vyp. KhKh. M., 1956.
7. Mukhammad ali al-Khashimi. Lichnost musulmanina. M., 1999.
8. Sedova N.N. Bioetika: uchebnik / N.N. Sedova. M.: KNORUS, 2016.
9. Sheykh Mukhammad Salikh al Munadzhid. Fetva ob iskusstvennom oplodotvorenii (Elektronnyy resurs) // Islam: vopros i otvet (Ofits. Sayt) – 1997–2013. – URL [http //islamda/ com/ru/ref/3474](http://islamda.com/ru/ref/3474).

УДК 618.2+316.7

## СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ЖЕНСКОГО В БИОМЕДИЦИНЕ: ВЕКТОРЫ ТРАНСФОРМАЦИИ

Б. Б. Дондокова

к. филос. н., доцент, преподаватель кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин, Военно-Медицинская академия им. С. М. Кирова. Санкт-Петербург, [lira-81@mail.ru](mailto:lira-81@mail.ru)

В статье описываются социокультурные основания репрезентации женского в биомедицине. Актуальность темы связана с расширением медицинского вмешательства в воспроизводство человека и распространением вспомогательных репродуктивных технологий. Эти тенденции опираются на достаточно укорененную социокультурную трактовку женского начала как пассивного, страдательного материального начала. Антропология женского тела сводится только к ее способности к деторождению. Трансформация подобного отношения к женской способности к деторождению отражается в работе Ирины Аристарховой «Гостеприимство матрицы». Основным вектором преобразования выступает позиция восстановления субъектности женщины в ее телесном воплощении. Автором подчеркивается важность многообразия женской субъектности во всем богатстве возможного опыта.

**Ключевые слова:** матрица, деторождение, женщина, телесность, субъектность.

## SOCIO-CULTURAL REPRESENTATIONS OF FEMALE IN BIOMEDICINE: TRANSFORMATION VECTORS

**B. B. Dondokova**

*Candidate of Philosophical Sciences, associate professor, teacher of the department of social science, Military Medical Academy named after S. M. Kirov, St. Petersburg, lira-81@mail.ru*

The article describes the sociocultural basis of representation of the feminine in biomedicine. The relevance of the topic is associated with the expansion of medical intervention in human reproduction and the proliferation of assisted reproductive technologies. These tendencies are based on a rather entrenched sociocultural interpretation of the feminine as a passive material principle. The anthropology of the female body is reduced only to its ability to bear children. The transformation of this attitude to the female ability to bear children is reflected in the work «Hospitality of the Matrix» by Irina Aristarkhova. The main vector of transformation is the position of restoring the subjectivity of a woman in her corporal incarnation. The author emphasizes the importance of the diversity of female subjectivity in all the richness of corporal experience.

**Key words:** matrix, childbearing, woman, corporality, subjectivity.

Еще Георг Зиммель, рассуждая о существовании и предназначении автономной женской культуры, сформулировал знаковый для двадцатого века исторический вопрос: что могут создать женщины и чего не могут создать мужчины? В двадцатом столетии женское движение стремилось к выражению творческой субъектности путем создания собственной культурной системы. Нередко это стремление приобретало довольно устойчивую форму протеста и бунта против традиционных сфер общественной жизни и культуры, где женщина может себя проявить как творческий субъект, – медицины, воспитания, домохозяйства, духовного материнства. Женщины активно доказывали свою самостоятельность и дееспособность в мужских сферах деятельности – армии, политике, науке, технике. Оценивая результаты этого движения, невозможно не заметить, что женщины потерпели своеобразное поражение. Об этом свидетельствует и статистика, и многочисленные социологические исследования. Здесь сложно не согласиться с М. Мид в том, что «вклад женской одаренности представляет собой очень сомнительную ценность, если приход женщин в те сферы, которые определялись как мужские, пугает мужчин, лишает женщин женственности, заглушает и искажает тот вклад, который женщины могли бы внести, – их присутствие либо исключает мужчин из профессии, либо меняет свойства мужчин, которые в нее приходят»<sup>1</sup>. Тем самым женское движение лишь подчеркнуло особое, маркированное положение мужчины и некоторую несамостоятельность субъектной позиции женщины. Последствия сопутствовали исчезновению культурных практик сакрализации пола и, соответственно, вели к разрушению традиционной культуры. В современном обществе принцип фаллокрации, основанный на жесткой оппозиции мужского и женского, конкурирует с принципом половой неопределенности. О сложившейся ситуации Чеснов пишет: «Современная массовая культура ведет титаническую борьбу за вмещенность телесности всеми доступными средствами против культурно нормированной бестелесности. Широко обсуждаемый кризис состояния общества – философско-антропологический факт, понимание которого ускользает без внимания к тоску телесности»<sup>2</sup>.

Когда гендер воспринимается преимущественно как результат выбора и самоопределения, возникает острая необходимость переописания его социокультурной и биологической репрезентации. Уместна постановка вполне закономерной проблемы возможности самоопределения женщины как субъекта в рамках общей культуры

вне парадигмы конфликта и противостояния мужского и женского. Необходимость формирования творческой субъектности женщины не противоречит единству мужского и женского как всеобщих онтологических оснований физического и социального бытия. Напротив, это способствует преодолению современной неопределенности соотношения мужского и женского и качественному усложнению характера их взаимодействия.

Природная обусловленность женской субъектности проявляется в ее ярко выраженной обусловленности телесностью, конституирующей социальность. Созидание и преобразование женской телесности составляет фундаментальный вектор ее творческой активности. В этом контексте целесообразно проанализировать антропологические основания опыта женской телесности. Проблема телесности в философско-антропологическом контексте исследуется в трудах М. Мерло-Понти, В. Подороги, Я. В. Чеснова, П. Д. Тищенко. Телесность как культурный феномен изучается в трудах М. Фуко, М. Бахтина, Д. В. Михеля и др. Важнейшим выводом в данных исследованиях является понимание, что антропологические основания того, как тело мыслит само себя, влияют на снижение субъектности и входят в противоречие с ее классическим пониманием. Телесность в данных исследованиях агональна, страдательна, перформативна, виртуальна, обладает скрытой ценностью, нестабильна, динамична и относительно независима. Наконец, телесность титанична. В то же время: «женская телесность вторична по отношению к каменно-скальной световой телесности мужского породительного начала»<sup>3</sup>. Гипотетичными в этом ракурсе являются предположения об отрицании в телесности женщины ее субъектности и глубокой обусловленности ее субъектности телесностью.

Фундаментальным тезисом, выдвигаемым в исследовании женской телесности в культурно-антропологических изысканиях, является постулат о целостности телесности женщины в противовес функционально определенной телесности мужчины. Чеснов пишет, что женское тело обладает целостностью в отличие от мужского тела, которое обладает большей функциональностью и в деятельности проявляет различным образом в зависимости от типа и места действия. «Антропология женского тела иная – оно цельное, а не разъятое. Оно может в себя включать несоматические части на манер костяной ноги у Бабы-Яги, но при этом оставаться единым объемом»<sup>4</sup>. Эта целостность обеспечивается ее традиционной сосредоточенностью и локализацией в доме. Ее жизнепорождающая функция делает ее одним органом. Способность даровать жизнь отожествляет ее с потенциальной бесконечностью, требующей установления пределов и сдерживания инфляции.

<sup>1</sup> Мид, М. Мужское и женское. Исследования полового вопроса в изменяющемся мире. М.: РОССПЭН, 2004. С. 345

<sup>2</sup> Чеснов, Я.В. Телесность человека: философско-антропологическое понимание / Я.В. Чеснов; Рос. акад. наук, Ин-т философии. М.: ИФ РАН, 2007. С. 201.

<sup>3</sup> Там же. С. 199.

<sup>4</sup> Там же. С. 93.

Соответственно здесь внимание исследователей при обсуждении женской субъектности сосредотачивается при обсуждении детородной функции женщины преимущественно на физиологических основаниях. В современной биомедицине эта функция рассматривается в контексте изучения и последующего воспроизведения органической среды, в которой возникают и развиваются клетки/органы/организмы. Мать в биотехнологических манипуляциях предстает как порождающее пространство – матрица, ценность которого сводится к его способности давать начало производству и материи как таковых.

Такое видение является весьма характерным для античной традиции толкования мужского и женского начал. Довольно точно эта традиция воспроизведена В.В. Бибихиным в работе «Лес», где мужское – идеальное, историческое, эйдетическое, а женское – материя, мать. Материя нуждается в мужском, как в неуловимом, последнем штрихе, придающем материи полноту эйдоса – формы. В современной биомедицинской практике место мужского занимает исследователь в комплексе взаимосвязей с технологическим инструментарием и опытом специальных знаний, воздействующим на материю. Пассивность материнского безусловна. Вопрос о возможности женской субъектности становится невозможным в заданной системе понятий. Несколькими иная трактовка содержания фундаментальных понятий разрабатывается Ириной Аристарховой в работе «Гостеприимство матрицы». Она рассматривает триаду понятий материя – мать – матрица в их генезисе и внутренних связях, обуславливающих различные возможные интерпретации.

Матрица интерпретируется как точка отсчета, изначальное место – пространство возникновения и становления. Как указывает Аристархова, «матрица является не только порождающей как пространство, но в своих обновленных отношениях, порождает пространство, делая его возможным для других»<sup>5</sup>. В своих исходных состояниях матрица и ее порождающая способность рассматриваются не только как пассивная данность, проявляющаяся в функциональной определенности центрального органа женского организма – матке, но и как деятельная способность и, собственно, активная позиция гостеприимства по отношению к плоду. Аристархова пишет, что «мать является родительницей не только ребенка, но самого пространства порождения, то есть самой себя как порождающего пространства, до и после рождения ребенка»<sup>6</sup>. Необходимо уточнить, что гостеприимство – это не естественная данность, а именно действенная стратегия материнского отношения, создаваемая целенаправленно самой матерью.

Итак, телесность в ее материнской ипостаси создается самой женщиной, это порождает ситуацию множественности возможных образов телесности. В этом смысле, женская телесность отнюдь не пассивна, не обязательно целостна.

Представления об отсутствии целостности женской телесности присутствуют и на уровне социокультурных моделей пола. Так, в женских даосских практиках культивируется представление о различиях мужского и женского тела не только на уровне половых органов и вторичных половых признаков, но и на энергетическом уровне. Тело в даосизме рассматривается как форма, состояние которой определяет баланс энергий инь и ян. Недостаток или избыток этих энергий вызывает «пустоту» или «полноту», что влияет на особенности ощущения тела. Так переизбыток энергии инь, которая сжимается внутри тела, вызывает потерю ощущения у женщины целостности тела. Это состояние обуславлива-

ет компенсацию усилиями женщины восстановить целостность на внешнем уровне. Это проявляется в нередко гипертрофированном стремлении украшать свое тело извне (косметика, одежда, украшения).

Таким образом, очевидно, что «телесность предстает как динамический мысле-образ, меняющий свою символику при четкой вписанности в пространство и время»<sup>7</sup>. Феномен мыслимого тела трактуется Чесновым как антропологическая нравственная конфигурация, которая создается на основе культурных образов телесности. Последние, в свою очередь, представляют относительно самостоятельные позиции в антропологической реальности культуры. Необходимо понимать, что культура достраивает телесность на уровне символических связей между конкретным телом, мышлением тела и социокультурным образом телесности, поскольку фрагментарность восприятия тела требует своего преодоления. Соответственно опыт телесности женщины нельзя рассматривать только как пассивный, обусловленный биологической достоверностью жизнепорождающей способности. Поэтому так важны культурные образы женской субъектности, достраивающую женскую телесность именно в этой ее фундаментальной ипостаси.

Очевидно, что деятельностная характеристика материнства расширяет и углубляет традиционную трактовку целостности и природной пассивности женской телесности. Выявленный вектор трансформации представлений о женской телесности направляется на воссоздание субъектной позиции женщины в рамках общей культуры. Созидательная способность женской телесности требует своего полноценного осмысления в единстве природной и деятельностной интенций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аристархова И. Гостеприимство матрицы: философия, биомедицина, культура / Пер. с англ. Д. Жайворонка; вступит. ст. А. Митрофановой. – СПб.: Издательство Ивана Лимбаха, 2017. – 368 с.
2. Бибихин В. В. Лес. – СПб.: Наука, 2011. – 425 с.
3. Мид, М. Мужское и женское. Исследования полового вопроса в изменяющемся мире. – М.: РОССПЭН, 2004. – 416 с.
4. Чеснов, Я.В. Телесность человека: философско-антропологическое понимание / Я.В. Чеснов; Рос. акад. наук, Ин-т философии. – М.: ИФ РАН, 2007. – 216 с.

#### REFERENCES

1. Aristarhova I. Gostepriimstvo matricy: filosofiya, biomedicina, kul'tura. Per. s angl. D. Zhajvoronka; Vstupit. st. A. Mitrofanovoj. SPb.: Izdatel'stvo Ivana Limbaha, 2017. 368 s.
2. Bibihin V. V. Les. SPb.: Nauka, 2011. 425 s.
3. Mid, M. Muzhskoe i zhenskoe. Issledovaniya polovogo voprosa v izmenyayushchemsya mire. M.: ROSSPEHN, 2004. 416 s.
4. Chesnov, YA.V. Telesnost' cheloveka: filosofsko-antropologicheskoe ponimanie. YA.V. Chesnov; Ros. akad. nauk, In-t filosofii. M.: IF RAN, 2007. 216 s.

<sup>5</sup> Аристархова И. Гостеприимство матрицы: философия, биомедицина, культура / Пер. с англ. Д. Жайворонка; вступит. ст. А. Митрофановой. СПб.: Издательство Ивана Лимбаха, 2017. С. 28.

<sup>6</sup> Там же. С. 28–29.

<sup>7</sup> Чеснов, Я.В. Телесность человека: философско-антропологическое понимание / Я.В. Чеснов; Рос. акад. наук, Ин-т философии. М.: ИФ РАН, 2007. С. 200.

УДК 316.758:316.455

**СОВРЕМЕННЫЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОСТРАНСТВА МЕДИЦИНЫ  
ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ****И. Л. Кром**

*доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, руководитель Центра медико-социологических исследований, irina.crom@yandex.ru*

**М. В. Еругина**

*доктор медицинских наук, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, lab48@yandex.ru*

**М. Г. Ерёмкина**

*кандидат медицинских наук, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, 913693@mail.ru*

**Е. П. Ковалев**

*аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, kovalevgeni2005@yandex.ru*

**М. В. Власова**

*кандидат социологических наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, vmv-22@yandex.ru*

Трансформации медицины в современной России характеризуются переходом к рынку медицинских услуг, который, по мнению авторов, является одной из причин относительной статусной инфляции, падения престижа профессии врача. Определяющим является расхождение в деятельности и статусе данной профессиональной группы.

Современный процесс институционализации медицины реализуется в изменении статуса и маргинализации социально-профессиональных групп института медицины.

Процесс маргинализации врачей объясняется, по мнению авторов статьи, предложенной Г. Ленски «концепцией статусной неконсистентности».

**Ключевые слова:** медицинская помощь, медицинская услуга, социально-профессиональная группа врачей, социальный статус, престиж профессии врача, маргинальность, концепция статусной неконсистентности.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-27-29

**MODERN TRANSFORMATIONS OF MEDICINE SPACE  
FROM MEDICAL CARE TO A MEDICAL SERVICE****I. L. Krom**

*Doctor of Medical Sciences, Professor of the Health Organization and Public Health Department (the courses of Law and History of Medicine), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head of the Centre of Medico-social Research, irina.crom@yandex.ru*

**M. V. Yerugina**

*Doctor of Medical Sciences, Head of the Health Organization and Public Health Department (the courses of Law and History of Medicine), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, lab48@yandex.ru*

**M. G. Eremina**

*Candidate of Medical Sciences, aspirant of the Health Organization and Public Health Department (the courses of Law and History of Medicine), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 913693@mail.ru*

**E. P. Kovalev**

*graduate student of the Health Organization and Public Health Department (the courses of Law and History of Medicine), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, kovalevgeni2005@yandex.ru*

**M. V. Vlasova**

*Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor of the Health Organization and Public Health Department (the courses of Law and History of Medicine), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, vmv-22@yandex.ru*

According to the authors, transformations in medicine in modern Russia are characterized by the transition to the market of medical services, which is considered as one of the causes of a relative status inflation, a decline in the prestige of the profession of a doctor. The discrepancy in the activity and status of this professional group is a determinant moment.

Modern process of institutionalization of medicine is realizing in the change of the status and the marginalization of social-professional groups of the Institute of Medicine.

In the opinion of the authors the process of marginalization of doctors is explained by the «concept of status inconsistency» proposed by G. Lensky.

**Key words:** medical care, medical service, social and professional group of doctors, social status, prestige of the profession of a doctor, marginality, the concept of status inconsistency.

Трансформации пространства медицины в современной России характеризуются переходом к рынку медицинских услуг [1]. О.П. Щепин [2], характеризуя современное состояние медицины, отмечает сведение медицинской помощи к понятию «товар». Медицинская помощь, которую оказывает врач, в современной России законодательно приравнена к набору услуг (ч. 2 ст. 779 ГК РФ «Правила настоящей главы применяются к договорам оказания услуг связи, медицинских, ветеринарных, аудиторских, консультационных, информационных услуг») [3].

Определения медицинской помощи и медицинской услуги предлагает Федеральный закон (ст. 2) от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4]:

– «медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг»;

– «медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение».

Современный процесс институционализации медицины «реализуется в качественных изменениях ее структуры, одними из основных элементов которой являются социально-профессиональные группы, состоящие из субъектов со сходным социальным статусом» [5].

Н. Н. Седова [6], определяя «особый социальный статус врача», отмечает, что «врач является носителем характерных черт, обуславливающих его роль, которую общество признает за ним».

В процессе медицинского обслуживания, как модели социальной интеракции, фиксируется определенная структура ролей, возникают социальные роли в новом контексте, который строится по принципам рыночной экономики [7].

Трансформация пространства медицины от медицинской помощи к медицинской услуге является одной из причин падения престижа профессии врача.

Престиж относится к основным индикаторам, определяющим позицию социальной группы в современной стратификационной иерархии [8]. Известны исследования, доказывающие, что профессия врача традиционно занимает верхние ранговые позиции в иерархии профессий. Д. Трейман в работе «Престиж профессии в сравнительном ракурсе» рассматривает престиж профессии в ракурсе социальной стратификации. Начиная с 1925 г., в последующие десятилетия в США не претерпели существенных изменений оценки профессионального престижа – врачи по-прежнему занимают самые высокие позиции в профессиональной пирамиде, «чистильщики обуви и уборщики – по-прежнему занимают место у ее основания» [9].

С конца 1980-х гг. в России возникает относительная статусная инфляция профессии врача. Определяющим является рассогласование в деятельности и статусе данной профессиональной группы, изменение иерархии [10], «понижением статуса социальных групп» [11] (выделено нами). Как правило, «это группы, характеризующиеся

маргинальным поведением и соответствующей жизненной стратегией» [12].

В современной России врачи заняли низшую статусную ступень среди беднейших слоев населения. Происходит трансформация содержания профессии врача, его приверженности этическим принципам профессии [13, 14, 15]. Недооценка обществом сложности и рискованности содержания и условий профессиональной врачебной деятельности приводит к незаинтересованности врача в квалифицированном оказании медицинской помощи [16, 17].

«В настоящее время эксплицирован ряд возможных сценариев депрофессионализации в медицине, наиболее распространенный из которых заключается в том, что 29,3 % выпускников медицинских вузов не работают по специальности» [18].

Феномен профессиональной маргинальности рассматривается как «поведенческий и концептуальный антагонист профессиональной идентичности» [19].

Маргинальность можно интерпретировать как «промежуточность» и «пограничность». Актуальность феномена маргинальности возникла в России в 90-е годы XX века в связи с разрушением или трансформацией стабильных экономических, социальных и духовных структур в результате кризиса и реформ, а элементы, образующие структуры (институты, социальные группы и субъекты), оказались в промежуточном, переходном состоянии. Вследствие чего, по мнению Н. П. Романовой [20], «маргинальность стала характеристикой сложных социально-стратификационных процессов в российском обществе».

При этом «существенно изменяются характеристики, положения и роли социальных субъектов, приобретающих маргинальный статус» [21].

Маргинализация профессиональной группы врачей обсуждается нами [22] в ракурсе предложенной Г. Ленски [23] «концепции статусной неконсистентности» или «концепции статусных рассогласований». Автор отмечает, что «... в сложной социальной структуре параллельно сосуществуют несколько вертикальных иерархий, как правило, не полностью соотнесенных между собой. Одни единицы могут иметь более или менее консистентный статус, а другие – сочетать высокое положение по одним статусным переменным с низким по другим». Степень статусных рассогласований может выступать предиктором поведения субъекта. По мнению Г. Ленски, «субъект с низкоконтингентным статусом, сочетающий высокий уровень образования и низкий доход – это маргинал».

В последние годы в условиях нестабильной социальной среды инициировано развитие «концепции статусной неконсистентности» в связи со значительным увеличением диапазона статусных рассогласований [20].

Полагаем, что современные трансформации пространства медицины определили процесс понижения статуса и маргинализации врачей, которая может быть эксплицирована в контексте предложенной Г. Ленски «концепции статусной неконсистентности».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Козина И. Усиление влияния неформальных механизмов распределения ресурсов как следствие трансформации системы

здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pandia.ru/text/77/433/15275.php> (дата обращения: 25.08.2018).

2. Щепин О.П., Коротких Р.В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23. № 6. – С. 3–6.

3. «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 29.07.2018) // Официальный сайт компании Консультант Плюс. – Режим доступа [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_9027/a397ec4ca2dd0c96c211ee4e4436628f0cf581a3/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9027/a397ec4ca2dd0c96c211ee4e4436628f0cf581a3/).

4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Официальный сайт компании Консультант Плюс. – Режим доступа [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).

5. Радаев В. В., Шкартан О. И. Социальная стратификация. – М.: Аспект-Пресс, 1996. – 318 с.

6. Биоэтика: учебник / Н.Н. Седова. – М.: КНОРУС, 2016. – 216 с.

7. Колесникова И.С. Новации в социологии медицины и здоровья // Социологические исследования. – 2008. – № 4.

8. Шкартан О. И. Социология неравенства. Теория и реальность. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. – 526 с.

9. Цык В.А. Социально-профессиональный статус личности и престиж профессии // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2009.

10. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Социология профессиональных групп: история становления и перспективы // Вестник Института социологии. – 2013. – № 7. – С. 91–106.

11. Громова Р. Г. Социальная мобильность в России: 1985–1993 годы // Социологический журнал. – 1998. – № 1–2. – С. 15–38.

12. Конышева К.В., Струк Н.М. Теоретические подходы к анализу новых маргинальных групп // Вестник Иркутского государственного технического университета. – 2014. – Т. 2. № 85. – С. 215–219.

13. Сёмина Т.В. Социологические аспекты дисбаланса взаимоотношений медицины и населения в современной России // Вестник РУДН, серия Социология. – 2015. – Т. 15, № 3. – С. 70–79.

14. Озерова В.А., Доника А.Д. Медицинский профессионализм как контракт медицины и общества // Международный журнал экспериментального образования. – 2017. – № 4–1. – С. 56.

15. Петров В.И. Биоэтика и персонализированная медицина // Биоэтика. – 2014. – № 2 (14). – С. 5–6.

16. Соколов С. В. Социология. – М.: ФОРУМ, 2013.

17. Систематизация факторов формирования социальных девиаций / Ю.А. Шатыр, И.Г. Мулик, И.В. Улесикова, В.В. Деларю, А.Б. Мулик // Logos et Praxis. – 2017. – Т. 16, № 3. – С. 136–144.

18. Доника А.Д., Карпович А.В. Кадровые проблемы в медицине: современные тенденции // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 6–1. – С. 22.

19. Волкова О.А. Проблемы профессиональной идентичности и маргинальности индивидов и социальных групп // Известия ВГПУ. – 2007. – № 3. – С. 45–48.

20. Романова Н.П. Феномен статусной неконсистентности // Вестник Забайкальского государственного университета. – 2009. – № 4. – С. 212–217.

21. Попова И.П. Новые маргинальные группы в российском обществе (теоретические аспекты исследования) // Социологические исследования. – 1999. – № 7. – С. 62–71.

22. Маргинализация профессиональных групп института здравоохранения: социальный подход / И.Л. Кром, М.В. Еругина, Е.П. Ковалёв, М.Г. Ерёмина, М.В. Власова, Е.М. Долгова, Г. Н. Бочкарёва // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, № 4. – С. 854–856.

23. Ленски Г. Статусная кристаллизация: невертикальное измерение социального статуса // Социологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 126–140.

## REFERENCES

1. Kozina I. Usilenie vliyaniya neformal'nyh mekhanizmov raspredeleniya resursov kak posledstvie transformacii sistemy zdravooxraneniya [EHlektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: <https://pandia.ru/text/77/433/15275.php> (data obrashcheniya: 25.08.2018).

2. SHCHepin O.P., Korotkih R.V. Perspektivy razvitiya zdravooxraneniya Rossijskoj Fede-racii // Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny. 2015. T. 23. № 6. S. 3–6.

3. «Grazhdanskij kodeks Rossijskoj Federacii (chast' vtoraya)» ot 26.01.1996 № 14-FZ (red. ot 29.07.2018) // Oficial'nyj sajt kompanii Konsul'tant Plyus. – Rezhim dostupa [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_9027/a397ec4ca2dd0c96c211ee4e4436628f0cf581a3/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9027/a397ec4ca2dd0c96c211ee4e4436628f0cf581a3/).

4. Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ (red. ot 07.03.2018) «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» // Oficial'nyj sajt kompanii Konsul'tant Plyus. – Rezhim dostupa [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).

5. Radaev V. V., SHkaratan O. I. Social'naya stratifikaciya. M.: Aspekt-Press, 1996. 318 s.

6. Bioehtika: uchebnik / N.N. Sedova. M.: KNORUS, 2016. 216 s.

7. Kolesnikova I.S. Novacii v sociologii mediciny i zdorov'ya // Sociologicheskie issledovaniya. 2008. № 4.

8. SHkaratan O. I. Sociologiya neravenstva. Teoriya i real'nost'. Nac. issled. un-t «Vysshaya shkola ehkonomiki». M.: Izd. dom Vysshej shkoly ehkonomiki, 2012. 526 s.

9. Cvyk V.A. Social'no-professional'nyj status lichnosti i prestizh professii // Vestnik Tyumenskogo gosudarstvennogo universiteta. Social'no-ehkonomicheskie i pravovye issledovaniya. 2009.

10. Mansurov V.A., YUrchenko O.V. Sociologiya professional'nyh grupp: istoriya stanovleniya i perspektivy // Vestnik Instituta sociologii. 2013. № 7. S. 91–106.

11. Gromova R. G. Social'naya mobil'nost' v Rossii: 1985–1993 gody // Sociologicheskij zhurnal 1998. № 1–2. S. 15–38.

12. Konysheva K.V., Struk N.M. Teoreticheskie podhody k analizu novyh marginal'nyh grupp // Vestnik Irkutskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta. 2014. T. 2. № 85. S. 215–219.

13. Syomina T.V. Sociologicheskie aspekty disbalansa vzaimootnoshenij mediciny i na-seleniya v sovremennoj Rossii // Vestnik RUDN, seriya Sociologiya. 2015. T. 15, № 3. S. 70–79.

14. Ozerova V.A., Donika A.D. Medicinskij professionalizm kak kontrakt mediciny i obshchestva // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. 2017. № 4–1. S. 56.

15. Petrov V.I. Bioehtika i personalizirovannaya medicina // Bioehtika. 2014. № 2 (14). S. 5–6.

16. Sokolov S. V. Sociologiya. M.: FORUM, 2013.

17. Sistematizaciya faktorov formirovaniya social'nyh deviacij / YU.A. SHatyry, I.G. Mulik, I.V. Ulesikova, V.V. Delaryu, A.B. Mulik // Logos et Praxis. 2017. T. 16, № 3. S. 136–144.

18. Donika A.D., Karpovich A.V. Kadrovye problemy v medicine: sovremennye tenden-cii // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. 2016. № 6–1. S. 22.

19. Volkova O.A. Problemy professional'noj identichnosti i marginal'nosti individov i social'nyh grupp // Izvestiya VGPU. 2007. № 3. S. 45–48.

20. Romanova N.P. Fenomen statusnoj nekonsistentnosti // Vestnik Zabajkal'skogo go-sudarstvennogo universiteta. 2009. № 4. S. 212–217.

21. Popova I.P. Novye marginal'nye gruppy v rossijskom obshchestve (teoreticheskie as-pekty issledovaniya) // Sociologicheskie issledovaniya. 1999. № 7. S. 62–71.

22. Marginalizaciya professional'nyh grupp instituta zdravooxraneniya: societal'nyj podhod / I.L. Krom, M.V. Erugina, E.P. Kovalyov, M.G. Eryomina, M.V. Vlasova, E.M. Dolgova, G. N. Bochkaryova // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2017. T. 13, № 4. S. 854–856.

23. Lenski G. Statusnaya kristallizaciya: nevertikal'noe izmerenie social'nogo statusa // Sociologicheskij zhurnal. 2003. № 4. S. 126–140.

## ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ

**Т. Г. Светличная**

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

**Е. А. Смирнова**

*кандидат социологических наук, специалист БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1», г. Череповец, smirnova56@yandex.ru ORCID: 0000-0002-9383-0649*

**М. А. Сухоручко**

*аспирант, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, biosoc@yandex.ru*

В статье изложены результаты исследования комплементарности ценностных ориентаций медицинских работников и пациентов как условия формирования партнерских отношений в медицине. Полученные данные позволили установить принципиальное сходство в мировоззренческих взглядах медицинских работников и пациентов. Большинство медицинских работников (85,4 %) и пациентов (71,7 %) осознают свою принадлежность к православной культуре и признают необходимость сохранения в России традиционных религиозных ценностей (88,5 % и 72,1 % соответственно). На практике применение норм религиозной морали допускает лишь очень малое их число – 9,7 % медицинских работников и 19,5 % пациентов. Различия в духовно-нравственных ориентирах заключаются лишь в разной степени распространенности основных жизненных позиций и нравственных убеждений. Выявленное единство духовно-нравственных ориентиров медицинских работников и пациентов позволяет надеяться на успешное формирование в будущем новой, партнерской модели моральных отношений в медицине.

**Ключевые слова:** духовно-нравственные ориентиры, этические представления, партнерские отношения, медицинские работники, пациенты.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-30-35

## SPIRITUAL-MORAL COMPASS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND PATIENTS

**T. G. Svetlichnaya**

*Doctor of medical Sciences, Professor, 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*

**E. A. Smirnova**

*Candidate of sociological Sciences, Specialist Vologda Regional Psychoneurological Dispensary №1, Cherepovets, smirnova56@yandex.ru ORCID: 0000-0002-9383-0649*

**M. A. Sukhoruchko**

*Post-graduate student, Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia biosoc@yandex.ru*

The article outlines the results of the research aimed at complementarity of the value-based orientations of healthcare professionals and patients as conditions for shaping partnership relations in medicine. The received data allowed to ascertain the crucial similarity in the worldview beliefs of healthcare professional and patients. Most healthcare professionals (85,4 %) and patients (71,7 %) perceive their belonging to the Orthodox ethics and recognise the need to preserve the traditional religious values in Russia (88,5 % and 72,1 % respectively). In practice, the application of rules of religious morale is admitted by only a negligible number of them – 9,7 % of healthcare professionals and 19,5 % of patients. The differences in the spiritual-moral compass are only contained in a varying breadth of principal life philosophy and moral values. The revealed unity of spiritual-moral compass of healthcare professionals and patients allows hoping for the successful formation of a new, collaborating model of ethical relations in medicine in the future.

**Key words:** spiritual-moral compass, ethical beliefs, partnership relations, healthcare professionals, patients.

Проводимые в отечественном здравоохранении с середины прошлого века структурные и функциональные изменения с быстрым внедрением в медицинскую практику достижений научно-технического прогресса актуализировали проблему обеспечения населения качественной и безопасной медицинской помощью. Оказание медицинской помощи в условиях многоуровневой и многокомпонентной системы здравоохранения с широким кругом вовлеченных в этот процесс специалистов стало одной из причин повышения «риска возникновения неблагоприятных последствий медицинских вмешательств» [6, с. 23]. Другая важная причина связана с отставанием духовно-нравственного развития современного человека от быстрых темпов информационно-технологического прогресса, что в медицине вызвало появление разрыва между технической и этической компетентностью медицинских

работников. Недостаточный уровень биоэтического образования, низкая коммуникативная и этическая компетентность медицинских работников [5, с. 5] обусловили «рост напряженности в отношениях» с пациентами [8, с. 154]. Вместе с тем, этическое сознание в условиях применения передовых биомедицинских технологий необходимо не только медицинским работникам, но «и тем, кто эти технологии использует, то есть рядовым гражданам» [9, с. 9]. От степени подготовленности врачей и пациентов к осуществлению эффективного социального взаимодействия, построенного на взаимном понимании, уважении и доверии, зависит результативность функционирования всей системы «потребитель – производитель конкретной медицинской услуги» в целом [1, с. 159].

Изучение этической компетентности медицинских работников и пациентов приобретает особо важное

прикладное значение в контексте формирования новой модели моральных отношений в медицине – партнерского типа социального взаимодействия [2, с. 58]. Все вышесказанное и определило актуальность темы исследования: изучение ценностных ориентаций основных участников лечебно-диагностического процесса – медицинских работников и пациентов, комплементарность духовно-нравственных ценностей, которая является одной из предпосылок формирования партнерских отношений в медицине. Решение данной проблемы явилось целью настоящего медико-социологического исследования.

**Методы.** Предметом исследования являются духовно-нравственные ориентиры медицинских работников и пациентов. Программа исследования представлена статистическими картами «Анкета для изучения биоэтических представлений медицинских работников» и «Анкета для изучения биоэтических представлений пациентов». Они разработаны на основе методики, предложенной сотрудниками кафедры биомедицинской этики РГМУ (г. Москва) Л. Б. Ляущ, В. И. Сабуровой, И. В. Силюяновой, Н. А. Сушков 2002 г. и представленной 20-пунктным опросником [3]. Модифицированная версия анкеты включает три основных части и заключительную (паспортную) часть, характеризующую статус опрашиваемых (5 вопросов). Первая часть анкеты посвящена определению религиозной и конфессиональной принадлежности (2 вопроса), вторая – морально-нравственной характеристике (15 вопросов), третья – отношению к биомедицинским технологиям (18 вопросов). Всего 40 вопросов. По характеру проведения исследование является не экспериментальным, аналитическим, с использованием индивидуальных данных, по времени – поперечным, одномоментным.

Изучение ценностных ориентаций пациентов проведено выборочным методом путем анкетирования лиц старше 18 лет, обратившихся в 10 амбулаторно-поликлинических учреждений г. Архангельска и Архангельской области в марте 2015 года и давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Включение респондентов в выборочную совокупность осуществлялось методом простой случайной выборки. Сбор статистического материала проводился независимыми интервьюерами, имеющими незаконченное высшее медицинское образование. После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов программы в исследование было включено 513 анкет.

Половой состав опрошенных пациентов преимущественно представлен женщинами (62,0 %; 95%-й ДИ 57,7–66,1). По возрастным группам они распределились следующим образом: до 30 лет – 26,7 %; 30–39 лет – 23,2 %; 40–49 лет – 20,1 %; 50–59 лет – 12,9%; 60 лет и старше – 27,1 %. Средний возраст пациентов составил 41,5 лет. Каждый второй пациент является семейным

(51,3 %; 95%-й ДИ 47,0–55,6), работающим (53,8 %; 95%-й ДИ 49,5–58,1) человеком. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: среднее общее – 35,5 %, среднее профессиональное – 40,5 %, высшее – 24,0 %.

Для изучения ценностных ориентаций медицинских работников выборочным методом в марте 2016 года было проведено анкетирование врачей и медицинских сестер, работавших в 10 государственных медицинских организациях системы первичной медико-санитарной помощи 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 профессиональное (52,0 %) медицинское образование. Место работы участников исследования явились областные, городские (83,9 %) и сельские (16,1 %) больницы.

Статистический анализ проводился с помощью расчета количественных и качественных переменных. Различия в этических установках медицинских работников и пациентов определялись на основании статистически значимых различий методом Хи-квадрат Пирсона. 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 только 43,3 % медицинских работников (пациенты – 53,0 %), однако православное христианство как основу своих мировоззренческих взглядов избрало вдвое большее число – 85,4 % (пациенты – 71,7 %).

Таблица 1

## Религиозная и конфессиональная принадлежность медицинских работников и пациентов (% , 95%-й ДИ)

Религиозная и конфессиональная принадлежность	Медработники 1-я группа, n = 485	Пациенты 2-я группа, n = 513	$\chi^2$ p-уровень
<i>1. Религиозность</i>			
да*	43,3 (39,0–47,7)	53,0 (48,7–57,3)	$\chi^2=9,43, p=0,002$
нет	30,5 (26,6–34,8)	31,2 (27,3–35,3)	$\chi^2=0,05, p=0,81$
затруднились ответить*	26,2 (22,5–30,3)	15,8 (12,9–19,2)	$\chi^2=16,33, p=0,00$
<i>2. Религиозное (атеистическое) мировосприятие как основа мировоззрения</i>			
православие*	85,4 (81,9–88,2)	71,7 (67,7–75,5)	$\chi^2=27,2, p=0,00$
другие религиозные конфессии	2,9 (1,7–4,8)	2,5 (1,5–4,3)	$\chi^2=0,118, p=0,732$
атеизм	3,3 (2,0–5,3)	5,7 (4,0–8,0)	$\chi^2=3,2, p=0,07$
затруднились ответить*	8,4 (6,3–11,3)	20,1 (16,8–23,8)	$\chi^2=27,2, p=0,00$
Всего	100,0	100,0	

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

Для характеристики духовно-нравственного состояния личности медицинских работников и пациентов мы использовали 15 переменных, объединенных в 2 блока. Первый

блок включал 8 переменных и отражал наиболее общие этические представления медицинских работников и пациентов о взаимосвязи религии, морали и медицины (табл. 2).

Таблица 2

**Этические представления медицинских работников и пациентов о религии, морали и медицине (%; 95%-й ДИ)**

Этические представления и их вариации	Медработники 1-я группа, n = 485	Пациенты 2-я группа, n = 513	$\chi^2$ p-уровень
<i>1. Проблемы морали являются предметом постоянных размышлений</i>			
да*	70,5 (66,3–74,4)	55,4 (51,0–59,6)	$\chi^2 = 24,48, p = 0,001$
иногда*	24,1 (20,5–28,1)	31,4 (27,5–35,5)	$\chi^2 = 6,53, p = 0,01$
нет*	2,7 (1,6–4,5)	6,0 (4,3–8,5)	$\chi^2 = 6,68, p = 0,01$
затруднились ответить*	2,7 (1,6–4,5)	7,2 (5,2–9,7)	$\chi^2 = 10,76, p = 0,001$
<i>2. Добрачное целомудрие является достоинством человека</i>			
да*	48,5 (44,0–52,9)	57,7 (53,4–61,9)	$\chi^2 = 8,561, p = 0,003$
нет	31,7 (27,8–36,0)	26,7 (23,1–30,7)	$\chi^2 = 3,074, p = 0,08$
затруднились ответить	15,6 (12,7–18,9)	19,8 (16,5–23,6)	$\chi^2 = 3,027, p = 0,082$
<i>3. Жизнь человека начинается с момента зачатия</i>			
да	68,9 (64,6–72,8)	64,5 (60,3–68,5)	$\chi^2 = 2,116, p = 0,146$
нет*	23,1 (19,6–27,1)	30,6 (26,8–34,7)	$\chi^2 = 7,144, p = 0,008$
затруднились ответить*	8,0 (5,9–10,8)	4,9 (3,3–7,1)	$\chi^2 = 4,169, p = 0,041$
<i>4. Происхождение морали имеет божественную природу</i>			
да*	12,6 (9,9–15,8)	21,3 (17,9–25,0)	$\chi^2 = 13,26, p = 0,000$
нет*	59,0 (54,5–63,3)	46,8 (42,5–51,1)	$\chi^2 = 14,85, p = 0,000$
никогда не задумывались	17,5 (14,4–21,2)	18,1 (15,0–21,7)	$\chi^2 = 0,062, p = 0,804$
затруднились ответить	10,9 (8,4–14,0)	13,8 (11,1–17,1)	$\chi^2 = 1,943, p = 0,163$
<i>5. Мораль и религия тесно связаны между собой</i>			
да	52,4 (47,9–56,8)	48,0 (43,7–52,3)	$\chi^2 = 1,946, p = 0,163$
нет	33,8 (29,8–38,1)	29,6 (25,8–33,7)	$\chi^2 = 2,018, p = 0,155$
затруднились ответить*	13,8 (11,0–17,2)	22,4 (19,0–26,2)	$\chi^2 = 12,37, p = 0,000$
<i>6. Медицина связана с моралью и зависит от моральных установок общества</i>			
да*	51,5 (47,1–56,0)	42,1 (37,9–46,4)	$\chi^2 = 8,928, p = 0,003$
нет*	26,4 (22,7–30,5)	35,7 (31,7–39,9)	$\chi^2 = 10,01, p = 0,002$
затруднились ответить	22,1 (18,6–25,9)	22,2 (18,8–26,0)	$\chi^2 = 0,004, p = 0,951$
<i>7. Религия должна вмешиваться в медицину</i>			
да*	9,7 (7,4–12,7)	19,5 (16,3–23,1)	$\chi^2 = 19,07, p = 0,000$
нет	74,0 (69,9–77,7)	70,4 (66,3–74,2)	$\chi^2 = 1,653, p = 0,199$
затруднились ответить*	16,3 (13,3–19,8)	10,1 (7,8–13,0)	$\chi^2 = 8,275, p = 0,004$
<i>8. Собственные религиозные взгляды влияют на принятие решений, связанных с оказанием (использованием) медицинских услуг</i>			
да	20,8 (17,5–24,7)	24,8 (21,2–28,7)	$\chi^2 = 2,186, p = 0,139$
нет	67,4 (63,1–71,4)	64,9 (60,7–68,9)	$\chi^2 = 0,701, p = 0,402$
затруднились ответить	11,8 (9,2–14,9)	10,3 (7,9–13,3)	$\chi^2 = 0,513, p = 0,474$
Всего	100,0	100,0	

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

Духовно-нравственное состояние личности медицинских работников отличает устойчивый интерес к проблемам морали. О них постоянно размышляет большинство (70,5 %) медицинских работников и только 55,4% пациентов. И хотя происхождение морали медицинские работники склонны объяснять человеческой – 59,0 % (пациенты – 46,8 %), а не божественной природой – 12,6 % (пациенты – 21,3 %), однако связь морали и религии признает каждый второй медицинский работник (52,4 %) и пациент (48,0 %). Примерно такое же число медицинских работников (51,5 %) и пациентов (42,1 %) обнаруживают связь медицины и морали. Вместе с тем, большинство медицинских работников (74,0 %) и пациентов (70,0 %) единодушно выступают против вмешательства религии в медицину, принимая медицинские решения без учета своих религиозных взглядов (медицинские работники – 67,4; пациенты – 64,9 %). Большинство медицинских работников

и пациентов считают, что жизнь человека начинается с момента зачатия (68,9 % и 64,5 % соответственно), и примерно каждый второй (48,5 % и 57,7 % соответственно) воспринимает добрачное целомудрие как достоинство человека.

Второй блок второй части анкеты включал 7 переменных и отражал этические оценки относительно состояния российского общества и здравоохранения (табл. 3).

Практически все медицинские работники (88,5 %) и большинство пациентов (72,1 %) считают необходимым сохранение в России традиционных религиозных ценностей. При этом каждый второй медицинский работник (52,2 %) и пациент (47,0 %) обращает внимание на проводимую в российском обществе средствами масс-медиа пропаганду гедонизма и потребления. И хотя большинство (медицинские работники – 58,8 %; пациенты – 60,0 %) связывает неблагоприятное положение дел в отечественной медицине с недостатком

материальных ресурсов, каждый второй медицинский работник (49,9 %) и каждый третий пациент (34,7 %)

основную причину этого видит в духовно-нравственном кризисе российского общества.

Таблица 3

**Этические оценки медицинских работников и пациентов относительно состояния российского общества и здравоохранения (%; 95%-й ДИ)**

Этические оценки и их вариации	Медработники 1-я группа, n = 485	Пациенты 2-я группа, n = 513	$\chi^2$ p-уровень
<i>1. Сохранение традиционных религиозных ценностей является необходимым условием развития российского общества</i>			
да*	88,5 (85,3–91,0)	72,1 (68,1–75,8)	$\chi^2 = 41,639, p = 0,000$
нет*	3,5 (2,2–5,5)	17,4 (14,3–20,9)	$\chi^2 = 50,33, p = 0,000$
затруднились ответить	8,0 (5,9–10,8)	10,5 (8,0–13,3)	$\chi^2 = 1,562, p = 0,211$
<i>2. Российские средства масс-медиа активно внедряют в общественное сознание идеи потребления и гедонистические ценности</i>			
да	52,2 (47,7–56,6)	47,0 (42,7–51,3)	$\chi^2 = 2,68, p = 0,101$
нет	16,9 (13,8–20,5)	17,9 (14,9–21,5)	$\chi^2 = 0,18, p = 0,669$
затруднились ответить	30,9 (27,0–35,2)	35,1 (31,1–39,3)	$\chi^2 = 1,95, p = 0,163$
<i>3. Основная причина неблагоприятного положения дел в отечественной медицине заключается в недостатке материальных ресурсов здравоохранения, а не в духовно-нравственном кризисе общества</i>			
да	58,8 (54,3–63,1)	60,0 (55,7–64,2)	$\chi^2 = 0,17, p = 0,682$
нет*	49,9 (45,5–54,3)	34,7 (30,7–38,9)	$\chi^2 = 29,63, p = 0,000$
затруднились ответить*	8,9 (6,7–11,7)	15,2 (12,4–18,6)	$\chi^2 = 9,40, p = 0,002$
<i>4. Медицинский профессионализм предполагает наличие у медицинских работников моральных качеств и этических знаний</i>			
да*	84,7 (81,3–87,7)	66,7 (62,5–70,6)	$\chi^2 = 43,976, p = 0,000$
нет*	6,0 (4,2–8,5)	14,4 (11,7–17,1)	$\chi^2 = 19,213, p = 0,000$
затруднились ответить*	9,3 (7,0–12,2)	18,9 (15,8–22,5)	$\chi^2 = 18,944, p = 0,000$
<i>5. Принятие клятвы врача выпускниками медицинских вузов является необходимым условием медицинской деятельности</i>			
да	77,9 (74,0–81,4)	78,6 (74,8–81,9)	$\chi^2 = 0,056, p = 0,813$
нет	12,0 (9,4–15,2)	14,4 (11,7–17,7)	$\chi^2 = 1,321, p = 0,25$
затруднились ответить	10,1 (7,7–13,1)	7,0 (5,1–9,6)	$\chi^2 = 3,046, p = 0,08$
<i>6. Преподавание будущим врачам ряда тем биомедицинской этики (жизнь как ценность, смерть) следует передать священнослужителям</i>			
да*	34,0 (29,9–38,4)	24,6 (21,0–28,5)	$\chi^2 = 0,799, p = 0,001$
нет	36,1 (31,9–40,5)	38,8 (34,7–43,1)	$\chi^2 = 0,781, p = 0,377$
затруднились ответить*	29,9 (26,0–34,1)	36,6 (32,6–40,9)	$\chi^2 = 5,109, p = 0,024$
<i>7. При предоставлении возможности выбора места работы в России или за рубежом единственно верным является выбор своей страны</i>			
да*	67,2 (62,9–71,2)	60,0 (55,7–64,2)	$\chi^2 = 5,543, p = 0,019$
нет*	17,7 (14,6–21,4)	23,6 (20,1–27,5)	$\chi^2 = 5,198, p = 0,023$
затруднились ответить	15,1 (12,1–18,5)	16,4 (13,4–19,8)	$\chi^2 = 0,329, p = 0,566$
Всего	100,0	100,0	

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

Медицинские работники (84,7 %) чаще, чем пациенты (66,7 %) связывают медицинский профессионализм с наличием моральных качеств и этических знаний. И те, и другие единодушно признают необходимость принятия клятвы врача (77,9 % и 78,6 % соответственно). Однако идею передачи преподавания ряда тем биомедицинской этики (жизнь как ценность, смерть) священнослужителям поддерживает лишь каждый третий медицинский работник (34,0 %) и каждый четвертый пациент (24,6 %). При предоставлении возможности выбора места работы в России или за рубежом большинство медицинских работников и пациентов предпочтут жить и работать в своей стране (67,2 % и 60,0 % соответственно).

**Обсуждение результатов.** Основной формой моральных отношений как совокупности зависимостей и связей, возникающих в процессе нравственной деятельности, является общение людей друг с другом. Именно в общении раскрываются, становятся реальными те во многом трудноуловимые зависимости и связи, которые обозначаются понятием отношения. Особой сферой человеческих отношений является медицина, где моральным отношениям отводится особенно важная роль, которая по своей значимости может быть сопоставима лишь с профессиональной грамотностью и мастерством.

Переход к информационному обществу требует создания в здравоохранении новой устойчивой модели взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами, основанной на договорной (совещательной, или партнерской) модели отношений, в которой медицинский работник и пациент договариваются действовать совместно, объединив свои знания, усилия и волю, для борьбы с болезнью. Этот тип отношений строится на взаимопонимании, уважении и доверии, результатом которых является терапевтическое сотрудничество. Однако его достижению препятствуют, с одной стороны, «недостаточная коммуникативная и эмоциональная компетентность работников здравоохранения и низкий уровень развития навыков взаимодействия с пациентами» [7, с. 94], а с другой – «усиление требовательности пациентов к врачам» [8, с. 154] при недостаточном строгом выполнении ими врачебных рекомендаций. Даже среди больных туберкулезом полностью соблюдают врачебные рекомендации только 76,5 % пациентов, но лишь 4,3 % фтизиатров и 2,8 % терапевтов подтверждают этот факт [10, с. 741].

Можно предположить, что одна из причин такого положения дел заключается в определенном расхождении мировоззренческих взглядов медицинских работников и пациентов и обусловленных этими взглядами различий

в основных жизненных позициях и ценностных ориентациях. Медицинские работники значимо чаще в сравнении с пациентами осознают свою историко-культурную принадлежность к православному христианству (85,4 % и 71,7 % соответственно) и единодушны в признании начала жизни человека с момента зачатия (68,9 % и 64,5 % соответственно). Они значимо чаще убеждены в необходимости сохранения в России традиционных религиозных ценностей (88,5 % и 72,1 % соответственно) и чаще считают духовно-нравственный кризис российского общества основной причиной неблагополучного положения дел в медицине (49,9 % и 34,7 % соответственно). Медицинские работники чаще размышляют над проблемами морали (70,5 % и 55,4 % соответственно) и признают связь медицины и морали (51,5 % и 42,1 % соответственно). Они чаще связывают наличие моральных качеств и этических знаний с профессиональной грамотностью и мастерством (84,7 % и 66,7 % соответственно), однако единодушны с пациентами в необходимости принятия выпускниками медицинских вузов клятвы врача (77,9 % и 78,6 % соответственно). При предоставлении возможности выбора места работы в России или за рубежом медицинские работники значимо чаще в сравнении с пациентами выберут свою страну (67,2 % и 60,0 % соответственно).

Вместе с тем, в медицинском сообществе наблюдается намного более редкое распространение религиозности в сравнении с пациентской средой (43,3 % и 53,0 % соответственно), что может быть расценено, прежде всего, как результат естественнонаучной направленности медицинского образования как основы формирования материалистического мировоззрения.

Однако нельзя исключить влияния «секуляризма – мировоззрения, на основе которого строится современное секулярное, т. е. безрелигиозное, общество», главная суть которого заключается в выступлении «против того, чтобы церковь влияла на общественные процессы, взаимодействовала с миром политики, искусства, науки и культуры» [4, с. 561]. В секулярном мировоззрении религия заменяется либо другим мировоззрением, либо совсем вытесняется за пределы практической жизни. Секуляризационный процесс как процесс перехода от религиозных ценностей к светским (нерелигиозным) отношениям и светскому устройству жизни, построенному на рациональных нормах, происходит во всех сферах общественной жизни; он наблюдается также в медицине и здравоохранении. Об этом свидетельствует, в частности, относительно низкая частота влияния религиозных взглядов на принятие медицинских решений как медицинскими работниками, так и пациентами (20,8 % и 24,8 % соответственно). Причем большинство медицинских работников (74,0 %) и пациентов (70,0 %) выступают против вмешательства религии в медицину. Такую возможность допускает лишь очень малое их число (9,7 % и 19,5 % соответственно). И хотя связь морали и религии признает каждый второй медицинский работник и пациент (52,4 % и 48,0 % соответственно), божественное происхождение морали является очевидным лишь для существенно меньшего их числа (12,6 % и 21,3 % соответственно). Несмотря на то, что связь добрачного целомудрия и здоровья общества является очевидной, его признает как достоинство человека значимо меньшее число медицинских работников (48,5 %) в сравнении с пациентами (57,7 %). Идею передачи преподавания ряда тем биомедицинской этики (жизнь как ценность, смерть) священнослужителям поддерживает лишь 34,0 % медицинских работников и 24,6 % пациентов.

**Заключение.** Таким образом, исследование духовно-нравственных ориентаций медицинских работников и пациентов позволило установить принципиальное сходство в их мировоззренческих взглядах и ценностных ориентациях. Большинство медицинских работников (85,4 %)

и пациентов (71,7 %) осознают свою принадлежность к православной культуре и признают необходимость сохранения в России традиционных религиозных ценностей (88,5 % и 72,1 % соответственно). Однако применение на практике норм религиозной морали допускает лишь очень малое их число: 9,7 % медицинских работников и 19,5 % пациентов. Выявленные различия в духовно-нравственных ориентирах медицинских работников и пациентов заключаются лишь в степени распространенности основных жизненных позиций и нравственных убеждений, которые объясняются, с одной стороны, разным уровнем и содержанием полученного образования представителями сравниваемых групп, а с другой – секуляризацией российского общества и распространением во всех социальных слоях секулярного мировоззрения. Вместе с тем, единство духовно-нравственных ориентиров медицинских работников и пациентов позволяет надеяться на успешное формирование в будущем новой, партнерской, модели моральных отношений в медицине, построенной на взаимопонимании, уважении и доверии. А духовно-нравственное воспитание населения, осуществляемое на всех уровнях системы образования, будет способствовать развитию этих отношений, выступая важным фактором этической регуляции всей совокупности медицинских практик.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Груздева А.А., Мушников Д.Л., Харитоновна Е.А. Подготовленность потребителей и производителей медицинских услуг к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – № 1 (57). – С. 159–162.
2. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – № 1 (15). – С. 58–60.
3. Ляуш Л.Б., Сабурова В.И., Силуянова И.В., Сущко Н.А. Мировоззрение и биоэтические представления российских студентов-медиков // Медицинское право и этика. – 2002. – № 2. – С. 67–82.
4. Митрополит Иларион (Алфеев). Иисус Христос. Жизнь и учение: В 6 кн. – Кн. 2: Нагорная проповедь. – М.: Изд-во Сретенского монастыря; Эксмо; Общечерковная аспирантура и докторантура, 2016. – 616 с.
5. Седова Н.Н. Судьба биоэтики в медицинском образовании современной России под угрозой // Биоэтика. – 2018. – № 1 (21). – С. 5–6.
6. Фоменко А.Г. Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи в Республике Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – № 2. – С. 23–31.
7. Чертухина О.Б., Хашина О.А., Есина М.В., Хозяинова О.Е. Использование инновационных образовательных технологий для повышения качества взаимодействия медицинского персонала и пациентов // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – № 1. – С. 94–97.
8. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России // Мир России. – 2014. – № 2. – С. 154–182.
9. Юдин Б.Г. Человек как объект преобразования и познания // Наука и инновации. – 2012. – № 7 (13). – С. 9–12.
10. Юдин С.А., Борзенко А.С., Деларю В.В., Калужнина А.А. Выполнение больными туберкулезом врачебных рекомендаций и трудности, возникающие при проведении лечения // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9, № 4. – С. 741–743.

#### REFERENCES

1. Gruzdeva A.A., Mushnikov D.L., Haritonova E.A. Podgotovlennoost' potrebitel'ej i proizvoditelej medicinskih uslug k profilaktike serdechno-sosudistyh zabozevanij // Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii. 2017. № 1(57). S. 159–162.
2. Donika A.D. Problema formirovaniya ehticheskikh reguljatorov professional'noj deya-tel'nosti vracha // Bioehtika. 2015. № 1 (15). S. 58–60.
3. Lyaush L.B., Saburova V.I., Siluyanov I.V., Sushko N.A. Mirovozzrenie i bioehticheskie predstavleniya rossijskikh studentov-medikov // Medicinskoje pravo i ehtika. 2002. № 2. S. 67–82.

4. Mitropolit Ilarion (Alfeev). Iisus Hristos. Zhizn' i uchenie: V 6 kn. Kn. 2: Na-gornaya propoved'. M.: Izd-vo Sretenskogo monastyrya; EHksmo; Obshchecerkovnaya aspirantura i doktorantura, 2016. 616 s.

5. Sedova N.N. Sud'ba bioetiki v medicinskom obrazovanii sovremennoj Rossii pod ugrozoy // Bioetika. 2018. № 1 (21). S. 5–6.

6. Fomenko A.G. Bezopasnost' pacientov kak vazhnejshee uslovie obespecheniya kachestva medicinskoj pomoshchi v Respublike Belarus' // Voprosy organizacii i informatizacii zdoravohraneniya. 2007. № 2. S. 23–31.

7. SHertuhina O.B., Hashina O.A., Esina M.V., Hozyainova O.E. Ispol'zovanie innovacionnyh obrazovatel'nyh tekhnologij

dlya povysheniya kachestva vzaimodejstviya medicinskogo personala i pacientov // Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshchi. 2014. № 1. S. 94–97.

8. SHirikova A.E., SHishkin S.V. Vzaimodejstvie vrachej i pacientov v sovremennoj Rossii // Mir Rossii. 2014. № 2. S. 154–182.

9. YUdin B.G. CHelovek kak ob"ekt preobrazovaniya i poznaniya // Nauka i innovacii. – 2012. № 7 (13). S. 9–12.

10. YUdin S.A., Borzenko A.S., Delaryu V V., Kaluzhenina A.A. Vypolnenie bol'nymi tuberkulezom vrachebnyh rekomendacij i trudnosti, vznikayushchie pri provedenii lecheniya // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2013. T. 9, № 4. S. 741–743.

УДК 17.023

## НАИБОЛЕЕ УЯЗВИМЫЕ ПАЦИЕНТЫ КАК КАТЕГОРИЯ БИОЭТИКИ И ПРАВА\*

**А. А. Мохов**

*доктор юридических наук, профессор, главный научный сотрудник Института государства и права Российской академии наук, г. Москва, civilaw@igpran.ru*

Настоящая статья посвящена анализу категорий «уязвимые лица» и «наиболее уязвимые пациенты» или «особо уязвимые пациенты». Анализируются международные и национальные этические и правовые акты с позиций упоминания в них отдельных групп уязвимых лиц. Автором доказывается, что отдельные группы пациентов могут быть отнесены к категории наиболее уязвимых в силу: возраста, наличия отдельных заболеваний; возникшей трудной жизненной ситуации, в которую они попали; привлечения в качестве испытуемых. Утверждение и более широкое использование словосочетания «наиболее уязвимые пациенты» необходимо для дальнейшего уточнения каталога их прав, а также принятия дополнительных мер их защиты.

**Ключевые слова:** биоэтика, право, уязвимые лица, наиболее уязвимые пациенты, защита прав пациентов.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-35-38

## PARTICULARLY VULNERABLE PATIENTS AS A CATEGORY OF BIOETHICS AND LAW

**A. A. Mokhov**

*Doctor of Law, Professor, chief researcher of the civil law sector, civil and arbitration process of the Institute of State and Law of the Russian Academy of Sciences (RAS), civilaw@igpran.ru*

This article is devoted to the analysis of the categories of "vulnerable persons" and "particularly vulnerable patients." International and national ethical and legal acts are analyzed from the standpoint of mentioning certain groups of vulnerable persons. The author proves that certain groups of patients can be classified as the most vulnerable due to: age, presence of certain diseases; the difficult life situation; attracting as trial subjects. The approval and wider use of the phrase "particularly vulnerable patients" is necessary to further clarify the catalog of their rights, as well as to take additional measures to protect them.

**Key words:** bioethics, law, vulnerable persons, particularly vulnerable patients, protection of patients' rights.

Категория «уязвимые лица» и производные от нее все шире и шире используются в международных биоэтических, нормативных и иных документах, а также в материалах судебной практики. В последние годы также стали встречаться прямые или косвенные упоминания данной дефиниции и в национальных актах и постановлениях судебных инстанций. Часть из них имеет прямую или опосредованную связь с защитой прав некоторых групп пациентов.

Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1990 г.<sup>1</sup> для своих целей под уязвимыми лицами понимает трудящихся-мигрантов и членов их семей.

\* Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ НИР «Правовое регулирование геномных исследований и внедрение их результатов в медицинской практике» (18-29-14063/18).

<sup>1</sup> Россия в настоящей Конвенции не участвует.

Рекомендация Международной Организации Труда от 15 июня 2006 г. № 198 «О трудовом правоотношении» к уязвимым наряду с трудящимися-мигрантами также относит: молодых работников, пожилых работников, работников неформальной экономики, трудящихся-инвалидов.

Об уязвимости отдельных категорий (групп) работников можно найти упоминания и в других международных документах, материалах судебной практики, а также в национальных актах. Например, в Постановлении Правительства РФ от 24 июля 1998 г. № 828 «О Федеральной целевой программе содействия занятости населения Российской Федерации на 1998–2000 годы» говорится о наиболее уязвимых на рынке труда этнических группах населения.

Физические лица, чьи трудовые права нарушаются, в случае их заболевания или травмы, в зависимости от модели здравоохранения и условий финансирования медицинских услуг, принятых в той или иной стране, могут стать наиболее уязвимыми.

В России реализация права на бесплатную медицинскую помощь, а также медицинскую помощь в границах

обязательного медицинского страхования, обусловлена целым рядом юридических фактов: наличием (отсутствием) гражданства; наличием (отсутствием) полиса обязательного медицинского страхования; характером имеющегося (возникшего) заболевания, травмы и др.

В соответствии с ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об основах охраны здоровья) отказ в оказании медицинской помощи без взимания платы за нее не допускается. Однако в этой статье речь идет, во-первых, лишь о гражданах; во-вторых – об оказании медицинской помощи в объеме, предусмотренном программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В ч. 2 ст. 1 Закона об основах охраны здоровья говорится о бесплатном оказании уже медицинской помощи лишь в экстренной форме.

Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории страны, устанавливается законодательством России и соответствующими международными договорами.

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к субъектам обязательного медицинского страхования относит застрахованных лиц. Их исчерпывающий перечень дается в ч. 1 ст. 10 этого акта. Далеко не все физические лица, в т. ч. фактически занятые, подпадают под него.

Инвалиды, как трудящиеся, так и нет, как правило, также в ряде случаев могут быть отнесены к уязвимым лицам, чьи права нуждаются в адекватной их потребностям защите.

Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г.<sup>2</sup> прямо не оперирует словом «уязвимость» и производными от него, но закрепляет принцип не дискриминации по признаку инвалидности. При этом компетентные международные органы трактуют положения документа с позиций необходимой защиты уязвимых лиц, в т. ч. и по причине их инвалидности.

В национальных нормативных правовых актах и иных документах также можно найти упоминания об уязвимости инвалидов. Например, в Приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. № 681н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере"» говорится о предоставлении комплексной реабилитационной помощи уязвимым категориям граждан.

В отечественной доктрине также встречается упоминание на уязвимость инвалидов как социальной группы и необходимость обеспечения защиты их прав[1].

В связи с изложенным, представляет несомненный интерес инициатива Министерства труда и социальной защиты РФ [2] по внесению изменения в п. 3 ст. 179 ГК РФ в следующей редакции: «Сделка на крайне невыгодных условиях, которую лицо было вынуждено совершить вследствие стечения тяжелых обстоятельств, либо уязвимости своего положения (инвалидность, пожилой возраст, несовершеннолетие), чем другая сторона воспользовалась (кабальная сделка), может быть признана судом недействительной по иску потерпевшего».

Как можно убедиться, государственный регулятор предложил ввести в ГК РФ дефиницию «уязвимое положение» и закрепить перечень лиц, являющихся уязвимыми. На наш взгляд, предлагаемый перечень уязвимых лиц является правильным, но нуждается в расширении. Кроме того, вряд ли он должен быть сформулирован как закрытый.

Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей от 30 сентября 1990 г.<sup>3</sup> исходит из уязвимости и особых потребностей детей.

Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 10 мая 2002 г. № S-27/2 «Мир, пригодный для жизни детей»<sup>4</sup> преследует цель снижения уязвимости детей посредством решения комплекса задач по вопросам укрепления охраны репродуктивного и сексуального здоровья, осуществлению программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и др.

Указание на уязвимость несовершеннолетних (в связи с их возрастом, незрелостью, отсутствием опыта и др.) встречается в последние годы и в отечественной литературе [3].

Ребенок, страдающий тем или иным заболеванием, становится еще более уязвимым, в связи с чем ему (как субъекту отношений по медицинской помощи, медицинскому обслуживанию и проч.) должен предоставляться более высокий уровень защиты.

В связи с изложенным, выглядит логичным закрепление в Конвенции о правах ребенка от 20 ноября 1989 г.<sup>5</sup> положения о том, что государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка. При этом в ст. 24 Конвенции признается право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья.

В ст. 4 и 7 Закона об основах охраны здоровья закрепляется принцип приоритета охраны здоровья детей, однако своего дальнейшего развития в законодательстве об охране здоровья он не получает. Имеются лишь точечные особенности оказания медицинской помощи несовершеннолетним в сравнении с взрослым населением страны.

В связи с изложенным, предпринимались попытки по внесению изменений и дополнений в действующее законодательство [4].

В юридической литературе обращается внимание на недостатки правовой регламентации получения несовершеннолетними медицинской помощи в рамках договорных отношений [5], отсутствие в доктрине целостного представления о гражданско-правовом положении несовершеннолетних пациентов [6].

Однако наиболее часто категория уязвимости или наибольшей или особой уязвимости отдельных групп физических лиц увязывается не только и не столько с их социальным статусом (мигранты, инвалиды и др.), возникшей трудной жизненной ситуацией, либо с их возрастом (например, детский возраст), сколько с состоянием их здоровья, возможностью полноценной реализации ими прав как субъектов (участников) отношений, возникающих в связи с осуществляемыми медицинскими вмешательствами, медицинской помощью.

В широком понимании – любой пациент – уязвимое лицо. Именно этим, на наш взгляд, обусловлено повышенное внимание законодателя к правам пациентов, а правоприменителя – к их обеспечению.

Закрепленная на законодательном уровне партнерская модель отношений в медицине, сменившая советскую патерналистскую, также оказалась пока далекой от идеала. В ней имеется ряд упрощений и допущений, не все из которых могут быть однозначно приняты как пациентами, так и врачебным сообществом. Пациент (особенно если речь идет о больном человеке) не в полной мере обладает автономией воли для совершения сделки – заключения полноценного договора возмездного оказания услуг (отсутствует необходимое время для принятия решения;

<sup>3</sup> Россия подписала Декларацию 31 января 1992 г.

<sup>4</sup> Текст документа официально опубликован не был.

<sup>5</sup> Конвенция подписана от имени СССР 26 января 1990 г., ратифицирована Постановлением ВС СССР от 13 июня 1990 г. № 1559-1 // ВСНД и ВС СССР. 1990. № 45. Ст. 955.

<sup>2</sup> Российская Федерация подписала Конвенцию 24 сентября 2008 г., ратифицировала Федеральным законом от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ.

имеется недостаток доступной, достаточно полной и достоверной информации о существовании услуги, ее особенностях, преимуществах, недостатках, рисках; отсутствуют достаточные знания у граждан-пациентов). Добавим к этому экономические (рыночные) стимулы современной медицины (получить больного как клиента любой ценой, лечить, а не вылечить и др.) и мы получим довольно удручающую картину в виде гипердиагностики, неверной диагностики, лавинообразного роста числа различных исследований, назначений и др. Такая повышенная врачебная активность ведет к росту дефектов медицинской помощи, ошибок, ятрогенных заболеваний. Современный рынок медицинских услуг дает предложение, которое значительно превышает спрос, а пациент нередко сам провоцирует расширение доли медицинских вмешательств. Многие социальные проблемы воспринимаются гражданами и обществом в целом как медицинские проблемы отдельных лиц, требующие соответствующих медицинских вмешательств. В этой связи социологи бьют тревогу относительно феномена «медицинского империализма» [7]. Юристы же в основном ставят вопрос о защите слабой стороне в договоре, в т. ч. в договоре возмездного оказания медицинских услуг, механизмах такой защиты, гарантиях прав слабой стороны. Хотя дефиниции «уязвимое лицо», «уязвимый пациент», «слабая сторона в договоре» и являются взаимосвязанными, но они не тождественны. Медицинская помощь не сводима к оказанию медицинских услуг (за ее пределами находятся медицинские вмешательства, осуществляемые в силу закона, а не договора). Слабой стороной договора возмездного оказания услуг может быть практически любой гражданин (пациент), особенно если речь идет о «повседневных», «типичных» отношениях (договоры присоединения, заключаемые между медицинскими организациями и гражданами-пациентами в большинстве клинических случаев). Уязвимым же или особо уязвимым пациентом становится не любой участник рассматриваемых отношений, а тот, который наряду с общими характеристиками как пациента, обладает рядом особенностей, в силу которых и признается таковым. Именно в этом направлении, на наш взгляд, развивается международное и национальное законодательство.

Конвенция о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г.<sup>6</sup> закрепляет ряд фундаментальных прав человека, в т. ч. право на эффективное средство правовой защиты.

Судебная практика трактует положения конвенции с позиций не дискриминации и уязвимости отдельных групп граждан, в т. ч. больных. Например, в Постановлении Европейского Суда по правам человека от 2 октября 2012 г. [8] суд отметил, что посягательство на конвенционные права лиц, относящиеся к особенно уязвимым группам, таким как психиатрические пациенты, может быть оправдано только весьма вескими причинами.

В официально опубликованном Докладе Уполномоченного по правам человека в РФ за 2005 год наиболее уязвимой категорией граждан также были названы лица, страдающие психическими расстройствами. В отношении них, по данным Уполномоченного, получили широкое распространение нарушения прав на наивысший достижимый уровень психического здоровья и на получение адекватной психиатрической помощи.

Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 г. № S-26/2 «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом»<sup>7</sup> говорит о необходимости обеспечения недискриминации, полного и равного осуществления

всех прав человека посредством пропаганды активной и транспарентной политики реабилитации в глазах общественности детей, ставших сиротами и попавших в уязвимое положение из-за ВИЧ/СПИДа.

В Постановлении Европейского Суда по правам человека от 10 марта 2011 г. по делу «Кьютин против России» (жалоба № 2700/10) со ссылкой на изложенную выше декларацию, затрагивается проблема дискриминации физического лица по признаку его состояния здоровья, а именно, отказ национальных властей страны в разрешении иностранному ВИЧ-инфицированному гражданину на временное проживание на территории России.

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека от 19 октября 2005 г.<sup>8</sup> исходит из того, что в процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует учитывать уязвимость человека. При этом акцентируется внимание на обеспечении защиты особо уязвимых лиц и групп.

Модельный закон «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах – участниках СНГ»<sup>9</sup> содержит ряд важных положений об уязвимых контингентах применительно к вопросам проведения биомедицинских исследований. К таким лицам документ относит: несовершеннолетних; лиц с психическими и ментальными расстройствами; беременных и кормящих женщин; лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы; военнослужащих; мигрантов; иных лиц, находящихся в различных условиях финансовой, административной, национальной, религиозной, расовой и другой зависимости.

Названный выше акт закрепляет принципы проведения исследований с участием уязвимых контингентов (проведение исследования исключительно в интересах этих лиц; невозможность проведения на иных лицах, не отнесенных к категории уязвимых; риски и неудобства незначительны в сравнении с перспективой непосредственной пользы для здоровья данных лиц). Особо подчеркивается, что сама возможность проведения и специальный порядок осуществления биомедицинского исследования с участием таких контингентов должны определяться законодательством. При этом в нем должны предусматриваться особые условия защиты лиц, неспособных дать осознанное информированное согласие.

Названные выше документы приобретают особую актуальность в связи с развитием генетических исследований и технологий в России, необходимостью создания ее правовых основ. Действующий Федеральный закон от 5 июля 1996 г. № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» в целом не регулирует порядок осуществления генно-инженерной деятельности и применения ее методов к человеку, тканям и клеткам в составе его организма (за исключением генодиагностики и генотерапии). В нем полностью отсутствуют нормы, направленные на обеспечение защиты прав человека как объекта генно-инженерной деятельности.

Отдельные положения международных документов без прямого указания на уязвимость или наибольшую, особую уязвимость пациентов нашли закрепление в национальном законодательстве.

Например, в ч. 5 ст. 26 и ч. 7 ст. 36.1 Закона об основах охраны здоровья содержится запрет на проведение клинической апробации, испытаний лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств на отдельных группах пациентов.

<sup>8</sup> Резолюция 36, принятая Генеральной конференцией ЮНЕСКО на 33-й сессии // Текст резолюции официально опубликован не был.

<sup>9</sup> Принят на двадцать шестом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ (постановление № 26-10 от 18 ноября 2005 г.) // Текст документа официально опубликован не был.

<sup>6</sup> Конвенция ратифицирована Российской Федерацией Федеральным законом от 30 марта 1998 г. № 54-ФЗ, с оговоркой и заявлениями.

<sup>7</sup> Текст документа официально опубликован не был.

В Федеральном законе от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» в целом дублируются применительно к клиническим исследованиям лекарственных препаратов ранее сформулированные в ч. 7 ст. 36.1 Закона об основах охраны здоровья запреты на участие некоторых групп пациентов в клинической апробации (с отдельными особенностями и дополнениями).

Федеральный закон от 23 июня 2016 г. № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» также содержит запрет на проведение клинического исследования биомедицинского клеточного продукта с участием в качестве пациентов ряда категорий граждан.

Однако названные выше федеральные законы учитывают довольно узкий круг наиболее уязвимых пациентов, чьи права и охраняемые законом интересы нуждаются в дополнительной защите.

Каталог уже проводимых исследований, испытаний, апробаций, экспериментов с лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и иными товарами медицинского назначения, медицинскими технологиями и др. довольно широк. Действующая нормативная правовая база здесь фрагментарна. С перспективными исследованиями и разработками дело обстоит еще сложнее. Здесь нет даже устоявшейся терминологии, не говоря уж об определении основных принципов, подходов к их осуществлению. С одной стороны, в целях развития медицины, повышения качества и продолжительности жизни, формирования инновационной экономики, необходимо создавать наиболее комфортные условия для научной и инновационной деятельности в медицине, что немалозначимо без широкого проведения на пациентах различного рода исследований, испытаний, с другой – необходимо обеспечивать эффективную защиту прав пациентов, особенно их наиболее уязвимых групп в новых, только складывающихся общественных отношениях.

При этом следует учитывать, что право и законодательство как регуляторы наиболее важных, значимых, ключевых отношений, не могут решить всех проблем в сфере защиты прав наиболее уязвимых пациентов, особенно в связи с внедрением новых технологий. Как минимум, законодатель «запаздывает» с принятием значимых для общества и государства решений. В этой связи в качестве самостоятельного на повестку дня ставится вопрос об адекватной современным вызовам и угрозам этике, в т. ч. научной этике. Однако если мы обратимся к тексту Федерального закона от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике», то мы не увидим в нем упоминаний о научной или какой-либо иной этике вообще. Не закрепляет он и каких-либо особенностей осуществления научной, экспериментальной деятельности с участием в качестве испытуемого (объекта исследований) человека. Часть 7 ст. 7 Закона содержит в самом общем виде обязанность научного работника осуществлять деятельность без нарушения прав и свобод человека, без причинения вреда его жизни и здоровью. Следует также заметить, что данный акт является документом преимущественно общедозволительной направленности, он в основном направлен на стимулирование научной деятельности. Необходимо упомянуть ст. 10 Федерального закона от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике», в силу которой правительством РФ может устанавливаться порядок проведения научных исследований, которые могут создавать угрозу здоровью граждан. В настоящее время специальный порядок осуществления научной деятельности с участием человека в медицине, биомедицине, не установлен. Таким образом, перед нами с позиций этической и правовой институционализации исследуемой группы наиболее уязвимых пациентов, имеется целый пласт нерешенных проблем, нуждающихся в разрешении.

Завершая изложенное, представляется возможным сделать следующие выводы.

Во-первых, наиболее уязвимые пациенты или особо уязвимые пациенты имеют в биоэтике, праве и законодательстве право на жизнь и нуждаются в дальнейшей институционализации.

Во-вторых, отдельные категории (группы) пациентов могут быть отнесены к категории наиболее уязвимых в силу: возраста; наличия у них некоторых заболеваний (психических, ВИЧ-инфекции, заболеваний, приводящих к инвалидности и др.); имеющейся трудной жизненной ситуации; привлечения в качестве испытуемых (при различных исследованиях, экспериментах и др.).

В-третьих, фактическая реализация прав и охраняемых законом интересов наиболее уязвимых пациентов нередко сопряжена со значительными трудностями, что обуславливает необходимость повышенного внимания к ним со стороны государства, общества, профессионального сообщества.

В-четвертых, внедрение в право и законодательство словосочетания «наиболее уязвимые пациенты» необходимо с целью уточнения каталога их прав, а также принятия дополнительных мер их защиты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бессарабов В., Синельщикова Е. Прокурорский надзор за соблюдением конституционных прав и свобод инвалидов в Российской Федерации // Законность. – 2015. – № 8. – С. 8–13.
2. Пояснительная записка к проекту Федерального закона «О внесении изменения в статью 179 Гражданского кодекса Российской Федерации» (подготовлен Минтрудом России 19 июля 2017 г.) // СПС Гарант.
3. Нагорная И.И. Обеспечение прав и законных интересов несовершеннолетних средствами уголовного закона // Право. Журнал Высшей школы экономики. – 2018. – № 2. – С. 84–102.
4. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Концепция Законопроекта «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» // Медицинское право и этика. – 2003. – № 3. – С. 5–7.
5. Сагалаева Е.С. Правовое регулирование оказания медицинских услуг несовершеннолетним: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2007. – 22 с.
6. Хамитова Г.М. Гражданско-правовое положение несовершеннолетних пациентов в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2018. – 21 с.
7. Седова Н.Н., Варгина С.А., Вавренчук А.В. «Медицинский империализм» как социальная проблема // Философия социальных коммуникаций. – 2010. – № 2. – С. 85–91.
8. Дело «Плешо против Венгрии» (жалоба № 41242/08) // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание. – 2013. – № 3.

#### REFERENCES

1. Bessarabov V. Sinelshchikova E. Prokurorskiy nadzor za soblyudeniym konstitutsionnykh prav i svobod invalidov v Rossiyskoy Federatsii // Zakonnost. 2015. № 8. S. 8–13.
2. Poyasnitel'naya zapiska k proyektu Federal'nogo zakona «O vnesenii izmeneniya v statyu 179 Grazhdanskogo kodeksa Rossiyskoy Federatsii» (podgotovlen Mintrudom Rossii 19 iyulya 2017 g.) // SPS Garant.
3. Nagornaya I.I. Obespecheniye prav i zakonnykh interesov nesovershennoletnikh sredstvami ugovnogo zakona // Pravo. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki. 2018. № 2. S. 84–102.
4. Baranov A.A. Lapin Yu.E. Kontseptsiya Zakonproyektta «Ob okhrane zdorovia detey v Rossiyskoy Federatsii» // Meditsinskoye pravo i etika. 2003. № 3. S. 5–7.
5. Sagalayeva E.S. Pravovoye regulirovaniye okazaniya meditsinskikh uslug nesovershennoletnim: Avtoref. dis. ... kand. yurid. nauk. M., 2007. 22 s.
6. Khamitova G.M. Grazhdansko-pravovoye polozheniye nesovershennoletnikh patsiyentov v Rossiyskoy Federatsii: Avtoref. dis. ... kand. yurid. nauk. Kazan, 2018. – 21 s.
7. Sedova N.N. Vargina S.A. Vavrenchuk A.V. «Meditsinskiy imperializm» kak sotsial'naya problema // Filosofiya sotsialnykh kommunikatsiy. 2010. № 2. S. 85–91.
8. Delo «Plesho protiv Vengrii» (zhaloba № 41242/08) // Byulleten Evropeyskogo Suda po pravam cheloveka. Rossiyskoye izdaniye. 2013. № 3.

## ЭВТАНАЗИЯ КАК ФОРМА РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ЧЕЛОВЕКА НА СМЕРТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

**М. Э. Гурылева**

*д. м. н., профессор, профессор кафедры биоэтики, медицинского права и истории медицины  
Казанского государственного медицинского университета, Meg4478@mail.ru*

**Г. М. Хамитова**

*к. филос. н., Казанский государственный аграрный университет, зав. кафедрой философии и права  
Казанского государственного медицинского университета, gulnarakgmu@mail.ru*

Эвтаназия – процедура остановки процесса жизнедеятельности испытывающего боль и страдания больного человека. Отношение к ней зависит от культурных, религиозных, этических ценностей представителей различных стран. Поскольку проблемы помощи умирающим пациентам, испытывающим хроническую боль, имеют место на всех континентах, обсуждение правовых и этических проблем эвтаназии актуально для всего человечества. В представленной статье рассматривается проблема проведения эвтаназии как формы реализации права человека на смерть. Авторы, изучая проблемы старения населения, статистики роста числа больных с онкологическими заболеваниями, тяжелыми формами неизлечимой патологии, сопровождающейся страданиями пациентов, существенным ухудшением качества их жизни, неконтролируемостью болевого синдрома, остро ставят вопрос о реализации права каждого больного на достойное окончание жизни и всенародное обсуждение возможности разрешения эвтаназии в нашей стране. Проведен анализ действующего законодательства Российской Федерации по поставленной проблеме, в частности соотношение таких нормативных положений, как конституционное право человека на жизнь (Конституция РФ) и законодательное запрещение на проведение эвтаназии (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), и сделан вывод о необходимости разработки специального правового акта, регламентирующего порядок проведения этой процедуры в Российской Федерации. В статье изложены принципы и условия для проведения эвтаназии, которые должны быть закреплены законодательно при положительном решении вопроса. В качестве примера приводится опыт Нидерландов, Швейцарии и Германии.

**Ключевые слова:** эвтаназия; право на смерть; легализация эвтаназии.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-39-42

## EVTANAZIA AS A FORM OF IMPLEMENTATION OF HUMAN RIGHTS TO DEATH IN THE RUSSIAN FEDERATION: ETHICAL AND LEGAL ASPECTS

**M. E. Guryleva**

*MD, Professor of the Department of Bioethics, Medical Law and History of Medicine,  
Kazan State Medical University, Meg4478@mail.ru*

**G. M. Khamitova**

*PhD of philosophy, Department of Bioethics, Medical Law and History of Medicine,  
Kazan State Medical University, gulnarakgmu@mail.ru*

Euthanasia is a procedure for stopping the life of a person experiencing pain and suffering. Attitude towards it depends on cultural, religious, ethical values. In connection with the problems that arise in all continents, the discussion of legal and ethical problems that are relevant to all mankind. The article deals with the problem of euthanasia, as a form of realization of the human right to death. The authors study the problems of population aging, statistics of growth in the number of patients with cancer, severe forms of incurable pathology, accompanied by the suffering of patients, a significant deterioration in their quality of life, and uncontrollable pain syndrome. The authors raise the question of the realization of the patient's right to a dignified end to life and suggest holding a nationwide discussion on the possibility of resolving euthanasia in our country. The article analyzes the current legislation of the Russian Federation on the problem of a decent death, in particular, the ratio of such regulations as the constitutional right to life and the legislative ban on euthanasia. The authors conclude on the need to develop a special legal act regulating the procedure for conducting this procedure in the Russian Federation. The article contains the principles and conditions for conducting euthanasia, which should be enshrined in law with a positive decision of the issue. The experience of the Netherlands, Switzerland and Germany is given as an example.

**Key words:** euthanasia; the right to die; the legalization of euthanasia.

Сегодня, в связи с старением населения во всем мире, особенно в развитых странах, проблема здорового долголетия и медицинских аспектов качества жизни людей становится все более актуальной. Поэтому тема достойного окончания жизни, в частности, вопрос допустимости эвтаназии, неизменно вызывает бурную реакцию общественности и в этой дискуссии участвуют юристы, медики, психологи, социологи, политики, представители религиозных кругов, социальные работники, родственники больных неизлечимыми заболеваниями и сами больные [1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 15, 19, 28, 32, 33, 36].

Последние, к сожалению, составляют значительное число, и если ориентироваться на цифры статистики только по онкологическим заболеваниям, то необходимо констатировать их высокий показатель и постоянный рост. По данным Минздрава Российской Федерации, на начало

2018 года в территориальных онкологических учреждениях РФ на учете состояли более 3 млн 630 тыс. пациентов, или 2,4 % от всего населения России. За последние 5 лет произошел рост на 17,3 % уровня первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями – с 525 тыс. 931 человека в 2012 году до 617 тыс. 177 человек в 2017 году [21]. По числу больных с не онкологическими заболеваниями, находящимися в терминальной стадии развития болезни и нуждающимся в оказании паллиативной помощи, нет официальной статистики. Это больные с тяжелой хронической сердечной, почечной, печеночной недостаточностью, больные в терминальной стадии развития ВИЧ-инфекции и др. Статистика по числу неизлечимых больных, испытывающих хроническую боль, не ведется. Можно лишь ориентироваться на свидетельства врачей и больных, публикации в СМИ. Так в 2014 году журналисты освещали самоубийства 8 московских пенсионеров, контр-адмирала

Апанасенко – экс-начальника управления ракетно-артиллерийского вооружения военно-морского флота РФ, участника боевых действий в Египте, который по роду деятельности знал, что такое боль и не раз ее превозмогал, в 2015 г. – профессора кардиолога Научного центра им. Бакулева Эдмунд-Михаил Люде и экс-замначальника Свердловской железной дороги Ивана Каменева – героя Отечественной войны. в 2017 г. – телеведущего канала «ТВ Центр» Бориса Ноткина оставившего записку «Я вхожу из жизни добровольно. Устал от мучений». И эта лишь малая толика трагедий, произошедших в связи с тем, что жизнь в таком качестве для больных оказалась невыносимой. По данным диссертационного исследования Н. В. Эккерт «Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению» – одного из немногих в этой области – 75 % пациентов перел смертью нуждались в паллиативной помощи и только 59 % могли ее получить [35, 38].

Вопросы боли, испытываемой больными, и необходимости помощи в ее преодолении, неоднократно поднимала в интервью Нюта Фелермессен – учредитель благотворительного фонда «Вера», член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Департаменте здравоохранения г. Москвы, руководитель московского Центра паллиативной медицины [19].

Так может лучше дать человеку возможность воспользоваться эвтаназией, чем прибегать к самоубийству? [6, 13].

Сегодня в Российской Федерации, как и в большинстве стран мира, эвтаназия запрещена. Этот запрет базируется на правовых нормах, но, возможно, гипертрофия юридических прав пациента в большей мере оборачивается атрофией его возможностей в обеспечении качества жизни, связанного со здоровьем? Не пора ли законодательно закрепить возможность человеку самому определять возможность жизни в том качестве, которое в состоянии обеспечить ему современная наука и современное общество? [20, 30].

Законопроект, разрешающий в России эвтаназию, был подготовлен и передан в Совет Федерации в 2007 году. В случае его принятия неизлечимых больных по их просьбе могли бы лишать жизни, если такое решение утвердит консилдум врачей, а затем и комиссия, состоящая из медиков, адвокатов и представителей прокуратуры [3, 37]. Проект не был принят. Официальная позиция Минздравсоцразвития РФ в 2007 г. была резко отрицательной: «Наше общество, мягко говоря, не готово к принятию такого законопроекта».

Прошло время. 5 сентября 2016 года во время встречи со студентами юридического факультета МГУ Татьяна Москалькова, уполномоченный по правам человека РФ, представляя свою позицию, а не позицию омбудсмена, как она подчеркнула, рассказала о своем отношении к эвтаназии: «Мне кажется, это очень гуманно, если сам человек хочет уйти из жизни и его жизнь не имеет шансов на проживание, если он страдает, и если его близкие и родственники вот в единой гармонии пришли к тому, чтобы прекратить эти страдания...». Мы считаем возможным вернуться к этой проблеме и дать свои предложения по регламентации эвтаназии в нашей стране. И мы не одиноки в своем стремлении [3, 7, 14, 18, 22, 23, 26].

Эвтаназия в Российской Федерации запрещена Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 45 закона запрещает врачебному персоналу осуществлять эвтаназию – удовлетворять просьбы об ускорении смерти больного какими-либо действиями или средствами, а также прекращать искусственные мероприятия по поддержанию жизни больного [34]. Человек, осознанно побуждающий больного к совершению данной процедуры и (или) осуществляющий эвтаназию, понесет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ. Таким образом, современное законодательство отвергает наличие полномочий на право добровольного отказа человека от жизни.

Рассуждая логически, право на жизнь, прописанное в части 1 статьи 20 [16], должно предполагать и наличие права на смерть. Все чаще возникает вопрос о смене такого убеждения, как «гуманность», на избавление от мучений

больного человека с помощью эвтаназии. Ведь сохранение жизни умирающего любыми средствами, только продлевающими его мучения, совсем не имеет с этим понятием ничего общего.

Действия врача должны быть направлены на улучшение состояния пациента [11]. Медицинскому персоналу прекращать меры по поддержанию жизни пациента запрещено. Законодательство РФ приравнивает эвтаназию к убийству. Именно поэтому, если врачом будет принято решение о проведении данной процедуры, то он понесет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ. Тем не менее, другая норма этого же закона гласит о том, что граждане все же имеют право отказаться от какого-либо медицинского вмешательства при объяснении всех возможных последствий, что можно сравнить с одной из форм облегчения предсмертных страданий – пассивной эвтаназией.

Очевидно, что из-за указанных противоречий нужен специальный законодательный акт о порядке проведения эвтаназии в РФ, чтобы определить все понятия, связанные с данной процедурой и установить рамки ответственности, ведь при отсутствии должной медицинской помощи это побуждает смертельно больных людей на самоубийство, а их близких, помогающих прекратить страдания, превращает в преступников [25, 29].

Историческая справка: Первой страной, легализовавшей эвтаназию, стали Нидерланды. Закон «О прекращении жизни по требованию и помощи в совершении самоубийства» вступил в действие в апреле 2002 года. При этом эвтаназия ограничивается строгим набором условий:

1. Человек должен страдать от неизлечимого заболевания.
2. Страдать от «невыносимой» боли и не иметь ни единого шанса на выздоровление.
3. Больной должен высказать свое желание умереть, находясь в полном сознании, а также продолжать настаивать на этом на протяжении определенного промежутка времени.

Швейцария, пожалуй, является самой известной страной, право на эвтаназию в которой закреплено законом. В стране законодательно разрешена помощь в совершении самоубийства, но только в тех случаях, когда у «приходящего на помощь» нет корыстных помыслов.

Уголовное законодательство наказывает помощь в совершении самоубийства лишь в тех случаях, когда пациента уговаривают совершить самоубийство, чтобы, к примеру, не платить за его уход и лечение, освободиться от бремени заботы о нем или скорее получить наследство. Если ничего из выше перечисленного доказать не удастся, то и уголовное дело не возбуждается. Для того чтобы избежать уголовного наказания, человек, помогающий больному в совершении эвтаназии, должен доказать, что: 1. Больной был в здравом уме и знал, что он делает. 2. Несколько раз на протяжении определенного промежутка времени высказывал желание о проведении данной процедуры.

При этом эвтаназия как таковая, то есть когда пациент не убивает себя сам, а ему делает укол или дает лекарство врач или родственник, является незаконной.

В Германии закон об эвтаназии действует уже несколько лет [5]. Процедура в этой стране официально разрешена, но помогать уходить из жизни врачи могут только при соблюдении целого ряда условий:

1. Неизлечимость заболевания пациента.
2. Наличие сильных болей и страданий, которые невозможно облегчить.
3. Его добровольное согласие (также согласие близких родственников).
4. Положительное решение врачей и психологов [27].

Относительно эвтаназии несовершеннолетних: в Бельгии с 2014 года разрешена эвтаназия несовершеннолетних всех возрастов – это единственная страна мира, где это законодательно закреплено. В Нидерландах эвтаназии могут быть подвергнуты лишь дети старше 12 лет.

С точки зрения закона, эвтаназии можно рассматривать как право на свободу и достоинство. Согласно статье 22 Конституции РФ «Каждый имеет право на свободу», статье 21 «Достоинство личности охраняется государством». То есть, опираясь на эти два пункта,

можно обосновать право человека на добровольный уход из жизни медицинским путем, в случаях, когда его страдания настолько мучительны или состояние настолько тяжелое, что подобное положение унижает его достоинство [16].

Для легализации эвтаназии в РФ назрела необходимость принятия специального законодательного акта, в котором будут точно определены все понятия, связанные с облегчением предсмертных страданий, установлены рамки ответственности и исключено проведение данной процедуры в корыстных целях [24].

Для этого целесообразно проанализировать законопроекты тех стран, где «легкая смерть» практикуется, а также необходимо внести собственные поправки, обусловленные менталитетом граждан Российской Федерации.

Так как главным противником эвтаназии выступает церковь и менталитет граждан РФ, необходимо пояснить, что в Конституции РФ глава 1 «Основы конституционного строя» говорится о том, что Российская Федерация – светское государство. Никакая религия не может устанавливаться в качестве государственной или обязательной. Человек – личность свободная, имеющая право принимать решения, касающиеся распоряжения своей жизни (по достижению 18 лет) самостоятельно. На наш взгляд, церковь и общество не должны забирать это право, ведь если сам человек по-настоящему верующий, он будет руководствоваться религиозными устоями, а если гражданин против введения данной процедуры из-за собственного мировосприятия, он примет решение за себя согласно собственному мировосприятию, а не будет вынуждать человека испытывать мучения только из-за собственных убеждений. Не получится иметь ответственное общество, не доверяя гражданам никакой ответственности. В этом отношении общество должно становиться более гуманным.

Из всего вышесказанного следует, что соответствующий закон должен содержать ряд условий, а именно:

1. Человек принимает решение согласно собственным убеждениям.

2. Человек должен страдать от неизлечимого заболевания (не имея при этом ни единого шанса на выздоровление) и испытывать мучения.

3. Лекарства от этой болезни нет, и, вероятнее всего, оно не будет найдено за то время, пока человек жив.

4. Больному, выразившему желание на проведение эвтаназии и настаивавшему на этом в течение некоторого времени, необходима консультация клинического психолога (так как многие люди, узнав о своем страшном диагнозе, впадают в депрессию, весь мир предстает перед ними в черном цвете, отпадает желание жить).

5. Пациент должен сам принять решение о проведении ему данной процедуры, находясь в полном сознании, и неоднократно высказать свое желание перед врачом и представителем правоохранительного органа в устном и письменном виде (важно, что не только в письменном).

6. Лицо, помогающее совершению данной процедуры, не имеет права взимать плату с больного.

7. Лицо, помогающее больному в совершении эвтаназии, должно доказать представителю правоохранительного органа (в присутствии больного) отсутствие побуждений в совершении данной процедуры только ради собственной выгоды: назвать цель совершения данной процедуры, в устном и письменном виде обязаться не взимать плату за совершении данной процедуры.

8. Человек, который ради получения собственной выгоды (зарабатывая таким образом деньги, желание скорейшего получения наследства, нежелание ухаживать за больным или платить за его уход) принуждает больного совершить эвтаназию, должен быть привлечен к уголовной ответственности.

Тщательно разработанный законопроект о проведении эвтаназии, а именно, разрешение осуществлять данную процедуру при соблюдении вышеуказанных условий, помогло бы решению поставленной проблемы. Ну, а пока... пока для тех, кто хочет чего-то «более цивилизованного», Россия может предложить смерть-туризм. Весной 2017 года фирма «Мегаполис-курорт» заявила о планах по созданию «Эвтаназия-туров» в Швейцарию. Туда – на самолете, обратно – в виде урны с кремированным прахом [31].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуразакова М.А., Мусаева А.А. Эвтаназия: убийство или милосердие? // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. – 2016. – № 12–3(119). – С. 25–29.
2. Алабердеева Г.Р. Отношение к эвтаназии (опыт анализа общественного мнения) // Социологические исследования. – 2013. – № 5. – С. 141–144.
3. Алехин Э.Н. О законодательном применении эвтаназии и ее правовых последствиях // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2011. – № 75. – С. 147–151.
4. Букаева М.О., Баренкова Е.А. Эвтаназия как право на выбор «качественной» смерти / В сб. Проблемы повышения качества жизни населения в регионах Российской Федерации IV Сухаревские чтения. – М., 2015. – С. 212–215.
5. Валерия ПЕРАССО «Об эвтаназии в мире» [Электронный ресурс] // ДемоскопWeekly. Институт демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0655/gazeta040.php> (дата обращения: 09.03.2018).
6. Волкова Т.И. Рецепция боли и болевое поведение // Человек. – 2012. – № 5. – С. 92–107.
7. Волуевич В.В. Осуществление законного права как обстоятельство, исключающее преступность деяния / В сб. Право, общество, государство: история, современные тенденции и перспективы развития. – М., 2017. – С. 525–528.
8. Герасименко Н.С. Дискуссионные вопросы осуществления права человека на жизнь – эвтаназия, самоубийство как право человека на смерть // Вестник Евразийской академии административных наук. – 2012. – № 1. – С. 140–146.
9. Гурылева М.Э. Еще раз об эвтаназии // Здоровье человека в 21 веке. Российская научно-практическая конференция: сборник научных статей. – Казань, 2017. – С. 152–156.
10. Гурылева М.Э. Социальная работа в здравоохранении: учебник / Под ред. Л.М. Мухарямовой, И.Б. Кузнецовой-Моренко. – Н.Новгород: Издательство Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского, 2011. – С. 328 с. (Глава 8. Социальная работа с умирающими больными. С. 278–320).
11. Гурылева М.Э. Умиравший больной // Передовые технологии и биоэтика: сборник тезисов 8 конференции Международного общества клинической биоэтики. Россия, Москва, 7–8 сентября 2011 г. – С. 12–13.
12. Дегтярева О.В. Феномен эвтаназии в контексте проблемы «другого» // Перспективы науки. – 2013. – № 10 (43). – С. 99–101.
13. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях // Тюменский медицинский журнал. – 2017. – Т. 19, №1. – С. 3–24.
14. Исаев Ю.С., Алексеев И.В., Жоголев П.В., Ободенко Н.П. Проблемы правовой регламентации эвтаназии в России // Пролог: журнал о праве. – 2014. – № 2 (6). – С. 25–29.
15. Кокамбо Ю.Д. Эвтаназия: право или табу? / В сб. Основные парадигмы современного социально-гуманитарного знания. – 2013. – С. 139–143.
16. Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) «Консультант Плюс» – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 09.03.2018).
17. Международный кодекс медицинской этики [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека. Демографии, изданные в издательстве Российской Академии Естествознания. – URL: <https://monographies.ru/en/book/section?id=654> (дата обращения: 09.03.2018).
18. Мельникова К.А., Сафронов В.В. Правовые аспекты эвтаназии // Основные тенденции развития Российского законодательства. – 2013. – № 8. – С. 82–83.
19. Федермессер Н., Ремизова Е., Ремизова Катя. В мире без боли / 1.07.2016 <https://www.pravmir.ru/katya-remizova-v-mire-bez-boli/> (дата обращения 1.07.2018)
20. Науменко Ю.О. Эвтаназия. Этическая сторона вопроса // В сб. Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. – М., 2017. – С. 92–97.
21. Онкологические заболевания в России. Досье. [Электронный ресурс] // Новости обо всем URL: [https://newsae.ru/novosti/07-06-2018/onkologicheskie\\_zabolevaniya\\_v\\_rossii\\_dose/](https://newsae.ru/novosti/07-06-2018/onkologicheskie_zabolevaniya_v_rossii_dose/) (дата обращения 01.07.2018).
22. Полиди А.А. Нужна ли России эвтаназия? // Символ науки. – 2015. – № 3. – С. 164–166.
23. Порох В.И., Каргунов В.А., Засыпкина Е.В. Юридические и медико-этические аспекты эвтаназии и перспективы ее легализации в России // Современное право. – 2013. – № 2. – С. 62–65.
24. Роксин К. Уголовно-правовая оценка эвтаназии // В сб.: Современное медицинское право в России и за рубежом. – М., 2003. – С. 361–377.
25. Сальников В.П., Кузнецов Э.В., Старовойтова О.Э. Право на смерть в системе соматических прав человека // В сб. Современное медицинское право в России и за рубежом. – М., 2003. – С. 339–360.

26. Селезнева Н.А., Токарь А.В. К вопросу о легализации эвтаназии в уголовном праве // В сб. Актуальные проблемы уголовного права и процесса в условиях реформирования законодательства. – М., 2014. – С. 235–242.

27. Семенов В.Е. Эвтаназия как тема для биоэтического дискурса // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2015. – № 1 (23). – С. 135–134.

28. Сидорова А.Д. Изучение отражения проблемы эвтаназии в законодательстве Российской Федерации // В сб. Инновационные подходы в современной науке. – 2017. – С. 385–388.

29. Симанович Л.Н. Самоубийство и эвтаназия – соотношение и правовые аспекты // В сб. World science: problems and innovations. – 2018. – С. 175–179.

30. Сискович А.Э., Бутенко Н.А. Эвтаназия – благо или величайшее преступление? // Научно-исследовательские публикации. – 2014. – № 8 (12). – С. 180–184.

31. Суицидальный туризм: куда ездят за смертью? – URL: <http://theopenasia.net/articles/detail/> (дата обращения 22.10.2016)

32. Таляр А.И. Правовые аспекты эвтаназии в современном обществе // В сб. Актуальные проблемы правового, социального и политического развития России. – 2017. – С. 275–278.

33. Умирать нельзя лечить: когда в России разрешат эвтаназию [Электронный ресурс] // Новые известия от 12 ноября 2017 г. – URL: <https://newizv.ru/news/society/12-11-2017/umeret-nelzya-ubivat-kogda-v-rossii-razreshat-evtanaziyu> (дата обращения: 01.07.2018).

34. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // «Консультант Плюс» – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 09.03.2018)

35. Хетагурова А.К., Эккерт Н.В. Организация паллиативной помощи в Российской Федерации // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 3–4.

36. Худяков Ю.А. Эвтаназия – правовые и моральные аспекты // В сб. Современная юриспруденция: актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2017. – С. 83–86.

37. Чернышева Ю.А. Легализация эвтаназии в России // Общество и право. – 2008. – № 2 (20). – С. 150–162.

38. Эккерт Н.В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению: дис. ... доктора медицинских наук: 14.02.03 / Эккерт Наталья Владимировна; [Место защиты: ГОУВПО «Московская медицинская академия»]. – М., 2010. – 408 с.

#### REFERENCES

1. Abdurzakova M.A., Musaeva A.A. EHVtanaziya: ubijstvo ili miloserdie? // Novaya nauka: Opyt, tradicii, innovacii. 2016. № 12–3(119). S. 25–29.

2. Alaberdeeva G.R. Otnoshenie k ehvtanazii (opyt analiza obshchestvennogo mneniya) // So-ciologicalicheskie issledovaniya. 2013. № 5. S. 141–144.

3. Alekhin E.H.N. O zakonodatel'nom primenenii ehvtanazii i ee pravovyh posledstviy // Vestnik Volzhskogo universiteta im. V.N. Tatishcheva. 2011. № 75. S. 147–151.

4. Bukaeva M.O., Barenkova E.A. EHVtanaziya kak pravo na vybor «kachestvennoy» smerti / V sb. Problemy povysheniya kachestva zhizni naseleniya v regionalah Rossijskoj Federacii IV Suharevskie chteniya. M., 2015. S. 212–215.

5. Valeriya PÉRASSO «Ob ehvtanazii v mire» [EHlektronnyj resurs] // DemoskopWeekly. Institut demografii Nacional'nogo issledovatel'skogo universiteta «Vysshaya shkola ehkonomiki». – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0655/gazeta040.php> (data obra-shcheniya: 09.03.2018).

6. Volkova T.I. Recepciya boli i bolevoe povedenie // CHE-lovek. 2012. № 5. S. 92–107.

7. Voluevich V.V. Osushchestvlenie zakonnogo prava kak obstoyatel'stvo, isklyuchayushchee pre-stupnost' deyaniya / V sb. Pravo, obshchestvo, gosudarstvo: istoriya, sovremennye tendencii i perspektivy razvitiya. M., 2017. S. 525–528.

8. Gerasimenko N.S. Diskussionnye voprosy osushchestvleniya prava cheloveka na zhizn' – ehvtanaziya, samoubijstvo kak pravo cheloveka na smert' // Vestnik Evrazijskoj akademii administrativnyh nauk. 2012. № 1. S. 140–146.

9. Guryleva M.E.H. Eshe raz ob ehvtanazii // Zdorov'e cheloveka v 21 veke. Rossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya: sbornik nauchnyh statej. Kazan', 2017. S. 152–156.

10. Guryleva M.E.H. Social'naya rabota v zdavoohranenii: uchebnik / Pod red. L.M. Muha-ryamovoj, I.B.Kuznecovoj-Morenko. N.Novgorod: Izdatel'stvo Nizhegorodskogo gosuniversiteta im. N.I. Lobachevskogo, 2011. 328 s. (Glava 8. Social'naya rabota s umirayushchimi bol'nymi. S. 278–320).

11. Guryleva M.E.H. Umirayushchij bol'noj // Peredovyie tekhnologii i bioehtika: sbornik tezisev 8 konferencii Mezhdunarodnogo obshchestva klinicheskoy bioehtiki. Moskva, 7–8 sentyabrya 2011 g. S. 12–13.

12. Degtyareva O.V. Fenomen ehvtanazii v kontekste problemy «drugogo» // Perspektivy nauki. 2013. № 10 (43). S. 99–101.

13. Zotov P.B., Lyubov E.B. Suicidal'noe povedenie pri somaticheskikh i nevrologicheskikh boleznyah // Tyumenskij medicinskij zhurnal. 2017. T. 19, №1. S. 3–24.

14. Isaev YU.S., Alekseev I.V., ZHogolev P.V., Obodenko N.P. Problemy pravovoj reglamentacii ehvtanazii v Rossii // Prolog: zhurnal o prave. 2014. № 2 (6). S. 25–29.

15. Kokambo YU.D. EHVtanaziya: pravo ili tabu? / V sb. Osnovnye paradigmy sovremennogo social'no-gumanitarnogo znaniya. 2013. S. 139–143.

16. Konstituciya Rossijskoj Federacii (s uchetom popravok, vnesennyh Zakonami RF o popravkah k Konstitucii RF ot 30.12.2008 № 6-FKZ, ot 30.12.2008 № 7-FKZ, ot 05.02.2014 № 2-FKZ, ot 21.07.2014 № 11-FKZ) «Konsultant Plyus» – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (data obrashcheniya: 09.03.2018).

17. Mezhdunarodnyj kodeks medicinskoj ehтики [EHlektronnyj resurs] // Nauchnaya ehlektronnaya biblioteka. Monografii, izdannye v izdatel'stve Rossijskoj Akademii Estestvoznaniya. – URL: <https://monographs.ru/en/book/section?id=654> (data obrashcheniya: 09.03.2018).

18. Mel'nikova K.A., Safronov V.V. Pravovye aspekty ehvtanazii // Osnovnye tendencii razvitiya Rossijskogo zakonodatel'stva. 2013. № 8. S. 82–83.

19. Federmesser N., Remizova E., Remizova Katya. V mire bez boli / 1.07.2016 <https://www.ppravmir.ru/katya-remizova-v-mire-bez-boli/> (data obrashcheniya 1.07.2018)

20. Naumenko YU.O. EHVtanaziya. EHticheskaya storona voprosa / V sb. Fundamental'nye i prikladnye issledovaniya: problemy i rezultaty. M., 2017. S. 92–97.

21. Onkologicheskie zabolevaniya v Rossii. Dos'e. [EHlektronnyj resurs] // Novosti obo vsem URL: [https://newsae.ru/novosti/07-06-2018/onkologicheskie\\_zabolevaniya\\_v\\_rossii\\_dose/](https://newsae.ru/novosti/07-06-2018/onkologicheskie_zabolevaniya_v_rossii_dose/) (data obrashcheniya 01.07.2018).

22. Polidi A.A. Nuzhna li Rossii ehvtanaziya? // Simvol nauki. 2015. № 3. S. 164–166.

23. Poroh V.I., Kartunov V.A., Zasyupkina E.V. YUridicheskie i mediko-ehlicheskie aspekty ehvtanazii i perspektivy ee legalizacii v Rossii // Sovremennoe pravo. 2013. № 2. S. 62–65.

24. Roksin K. Ugolovno-pravovaya ocenka ehvtanazii // V sb.: Sovremennoe medicinsko pravo v Rossii i za rubezhom. M., 2003. S. 361–377.

25. Sal'nikov V.P., Kuznecov E.H.V., Starovojtova O.E.H. Pravo na smert' v sisteme somaticheskikh prav cheloveka // V sb. Sovremennoe medicinsko pravo v Rossii i za rubezhom. M., 2003. S. 339–360.

26. Selezneva N.A., Tokar' A.V. K voprosu o legalizacii ehvtanazii v ugovolnom prave // V sb. Aktual'nye problemy ugovolnogo prava i processa v usloviyah reformirovaniya zakonodatel'stva. M., 2014. S. 235–242.

27. Semenkov V.E. EHVtanaziya kak tema dlya bioehticheskogo diskursa // Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psihologii i social'noj raboty. 2015. № 1 (23). S. 135–134.

28. Sidorova A.D. Izuchenie otrazheniya problemy ehvtanazii v zakonodatel'stve Rossijskoj Federacii // V sb. Innovacionnye podhody v sovremennoj nauke. 2017. S. 385–388.

29. Simanovich L.N. Samoubijstvo i ehvtanaziya – sootnoshenie i pravovye aspekty // V sb. World science: problems and innovations. 2018. S. 175–179.

30. Sis'kovich A.E.H., Butenko N.A. EHVtanaziya – blago ili velichajshhee prestuplenie? // Nauchno-issledovatel'skie publikacii. 2014. № 8 (12). S. 180–184.

31. Suicidal'nyj turizm: kuda ezdyat za smert'yu? – URL: <http://theopenasia.net/articles/detail/> (data obrashcheniya 22.10.2016)

32. Talyar A.I. Pravovye aspekty ehvtanazii v sovremennom obshchestve // V sb. Aktual'nye problemy pravovogo, social'nogo i politicheskogo razvitiya Rossii. 2017. S. 275–278.

33. Umirat' nel'zya lechit': kogda v Rossii razreshat ehvtanaziyu [EHlektronnyj resurs] // Novye izvestiya ot 12 noyabrya 2017 g. – URL: <https://newizv.ru/news/society/12-11-2017/umeret-nelzya-ubivat-kogda-v-rossii-razreshat-evtanaziyu> (data obrashcheniya: 01.07.2018).

34. Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ (red. ot 07.03.2018) «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» [EHlektronnyj resurs] // «Konsultant Plyus» – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (data obrashcheniya: 09.03.2018)

35. Hetaгурова А.К., ЕНккерт Н.В. Организация паллиативной помощи в Российской Федерации // Российский медицинский журнал. 2009. № 2. S. 3–4.

36. Худяков Ю.А. Эвтаназия – правовые и моральные аспекты // В сб. Современная юриспруденция: актуальные вопросы, достижения и инновации. 2017. S. 83–86.

37. Чернышева Ю.А. Легализация эвтаназии в России // Обshchestvo i pravo. 2008. № 2 (20). S. 150–162.

38. ЕНккерт Н.В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению : дис. ... доктора медицинских наук : 14.02.03 / ЕНккерт Наталья Владимировна; [Место зашchity: ГОУВПО «Московская медицинская академия»]. – М., 2010. – 408 с.

УДК 378.661:616.31+614.253

## ОПЫТ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ ПРИНЦИПОВ ВРАЧЕБНОЙ ДЕОНТОЛОГИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**Н. Ф. Алёшина**

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград; alyoshinanf@yandex.ru*

**Н. В. Питерская**

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград; piterskij.k@yandex.ru*

**И. В. Старикова**

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград; innastarikova29@yandex.ru*

**Т. Н. Радышевская**

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград; radyshevska@mail.ru*

Внедрение принципов врачебной деонтологии при обучении студентов проводится сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии на практических занятиях, лекциях, во время работы студенческих научных кружков и вечерней студенческой поликлиники, а также во внеаудиторное время в процессе кураторской работы преподавателей. На практических занятиях преподаватель уделяет внимание усвоению студентами не только теоретических знаний и практических навыков, но и деонтологических принципов по отношению к пациенту: уважение, вежливое обращение, которое помогает завоевать доверие пациента, установить хороший контакт, во многом помогающий успешно провести обследование пациента, поставить правильный диагноз и назначить эффективное лечение. Решение ситуационных задач выявляет способность студентов к обобщению результатов, проведению дифференциальной диагностики со схожими заболеваниями, назначению дополнительных методов обследования, что развивает клиническое мышление, умение тактично и грамотно составить вопросы для выявления анамнеза и жалоб пациента с учетом его эмоционального состояния и результатов объективного обследования. Цель такого обучения направлена на воспитание у студентов чувства долга и ответственности перед пациентами и коллегами.

Закрепление и углубление знаний по деонтологии достигается не только с помощью решения ситуационных задач, но и решением тестовых заданий, работы над рефератами по предложенной теме под руководством преподавателя, а также при подготовке к выступлениям на студенческих научно-практических конференциях и участии в студенческих Олимпиадах.

Интерактивные методы обучения способствуют улучшению качества подготовки будущих специалистов, позволяют учиться взаимодействовать между собой. С помощью таких методик преподавания происходит формирование познавательных и профессиональных мотивов, развитие системного мышления будущего врача-стоматолога в соответствии с основными компетенциями.

**Ключевые слова:** деонтология, ролевые игры, студенты, интерактивные методы обучения.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-43-45

## EXPERIENCE OF PEDAGOGICAL WORK ON IMPLEMENTATION OF PRINCIPLES OF MEDICAL DEONTOLOGY AT TRAINING OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

**N. F. Alyoshina**

*Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Therapeutic Dentistry of Volgograd State Medical University, Volgograd; alyoshinanf@yandex.ru*

**N. V. Piterskaya**

*Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Therapeutic Dentistry of Volgograd State Medical University, Volgograd; piterskij.k@yandex.ru*

**I. V. Starikova**

*Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Therapeutic Dentistry of Volgograd State Medical University, Volgograd; innastarikova29@yandex.ru*

**T. N. Radyshevskaya**

*Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Therapeutic Dentistry of Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia; Volgograd; radyshevska@mail.ru*

The introduction of the principles of medical ethics in teaching students is carried out by the staff of the Department of Therapeutic Dentistry in practical classes, lectures, during the work of student scientific circles and evening student polyclinics, as well as during extracurricular time in the process of curatorial work of teachers. During practical classes, the teacher pays attention to students not only theoretical

knowledge and practical skills, but also deontological principles in relation to the patient: respect, polite treatment, which helps to gain the patient's trust, to establish good contact, in many respects helping to conduct a successful examination of the patient, to put the right diagnosis and prescribe effective treatment. Solving situational problems reveals the ability of students to generalize results, conduct differential diagnostics with similar diseases, assign additional examination methods, which develops clinical thinking, the ability to tactfully and competently compose questions to identify the patient's history and complaints, taking into account his emotional state and the results of an objective examination. The purpose of such training is aimed at educating students of a sense of duty and responsibility towards patients and colleagues.

The consolidation and deepening of knowledge in deontology is achieved not only by solving situational problems, but also by solving test tasks, working on essays on the proposed topic under the guidance of a teacher, as well as preparing for performances at student scientific and practical conferences and participating in student Olympiads.

Interactive teaching methods contribute to the improvement of the quality of training of future specialists, allow learning to interact with each other. With the help of such teaching methods, the formation of cognitive and professional motives, the development of systemic thinking of the future dentist in accordance with the core competencies, takes place.

**Key words:** deontology, role-playing games, students, interactive teaching methods.

Важной задачей высшего медицинского образования является воспитание грамотного, гармоничного, знающего специалиста, способного на высоком уровне осуществлять свою деятельность с учетом современных требований научно-технического прогресса [1]. Профессия врача является одной из самых гуманных, поэтому обучение студентов включает не только освоение специальных знаний, но и воспитание у них принципов медицинской этики.

Воспитание у учащихся чувства доброты, любви к людям, сопереживания, готовности прийти на помощь определяет дальнейший успех врачебной деятельности [2]. В понятие «врачебной» деонтологии входит комплекс этических правил, норм, принципов, которыми должен руководствоваться врач для исполнения врачебного долга.

Профессорско-преподавательский коллектив нашей кафедры во время практических занятий, лекций, работы студентов в научных кружках и вечерней поликлинике внедряет деонтологические принципы в процесс обучения [3].

В каждой лекции прослеживается значимость излагаемого материала для будущего специалиста, необходимость глубокого понимания проблемы студентами для формирования у них клинического мышления, заинтересованности в постоянном пополнении знаний для успешной их реализации в дальнейшей работе с пользой для пациента. На лекции демонстрируются примеры общения с пациентами, коллегами для установления контакта и хорошего взаимопонимания. Цель такого обучения направлена на воспитание у студентов чувства долга и ответственности перед пациентами, коллегами [4].

На практических занятиях преподаватель уделяет внимание усвоению студентами не только теоретических знаний и практических навыков, но и деонтологических принципов по отношению к пациенту: уважение, вежливое обращение, которое помогает завоевать доверие пациента, установить хороший контакт, во многом помогающий успешно провести обследование пациента, поставить правильный диагноз и назначить эффективное лечение.

Проявление грубости, фамильярности по отношению к больному, коллегам приводит к потере авторитета врача. Заинтересованность врача в выздоровлении пациента благоприятно сказывается на результатах лечения [1, 2]. Бережное отношение к пациенту предполагает безболезненное обследование и проведение премедикации и анестезии перед стоматологическим вмешательством.

Преподаватель на занятиях демонстрирует правила общения с окружающими в соответствии с деонтологическими принципами по отношению к коллегам, старшему и младшему медицинскому персоналу: тактичность и требовательность, взаимоуважение и взаимопонимание, соблюдение субординации и этикета – все необходимые качества для успешного лечения и культурного обслуживания пациентов. В современных условиях некоторые

отрасли отечественного здравоохранения, в том числе и стоматология, перешли на коммерческую основу, поэтому в процессе обучения следует обращать внимание студентов, что главным должна быть не коммерческая заинтересованность врача, а забота о здоровье человека [7].

Закрепление и углубление знаний по деонтологии достигается с помощью решения ситуационных задач, тестовых заданий, работы над рефератами по предложенной теме под руководством преподавателя, а также при подготовке к выступлениям на студенческих научно-практических конференциях и участии в студенческих Олимпиадах [6].

При решении студентами ситуационных задач определяются не только усвоенные знания по данной теме, но и умение тактично и грамотно составить вопросы для выявления анамнеза и жалоб пациента с учетом его эмоционального состояния и результатов объективного обследования. Решение таких задач выявляет способность студентов к обобщению результатов, проведению дифференциальной диагностики со схожими заболеваниями, назначению дополнительных методов обследования, что развивает клиническое мышление, помогает правильно поставить диагноз и назначить эффективное лечение.

Интерактивные методы обучения способствуют улучшению качества подготовки будущих специалистов, позволяют учиться взаимодействовать между собой. Эти методы наиболее соответствуют лично-ориентированному подходу, так как предполагают сообучение (обучение в сотрудничестве), причем и обучающийся, и педагог являются субъектами учебного процесса [5].

На нашей кафедре накоплен богатый опыт работы с использованием игровых технологий, целью которых является формирование познавательных и профессиональных мотивов, системного мышления будущего врача-стоматолога в соответствии с основными компетенциями. Ролевая игра предполагает моделирование клинических ситуаций: обследование, постановка диагноза, составление протокола лечения. Разыгрываемая клиническая ситуация приближена к будущей профессиональной деятельности, что повышает мотивацию студента к изучению темы занятия и лучшему усвоению теоретического материала. Во время проведения игры студенты должны соблюдать основные принципы этики и деонтологии [5]. Преподаватель в процессе ролевой игры оценивает уровень теоретической подготовки студента, умение вести диалог с пациентом, его взаимоотношение с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.

Таким образом, формированию гармоничной высокообразованной личности на профессиональном уровне способствует использование в работе будущего врача деонтологических принципов. Каждая врачебная специальность имеет свои специфические морально-этические особенности. Формирование будущего медика должно начинаться с первых лет обучения.

## ЛИТЕРАТУРА

## REFERENCES

1. Гречкин В.И., Сапронов Г.И., Пахоленко О.А. Формирование у студентов медицинского вуза этико-деонтологических принципов взаимоотношений врача и пациента // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XL междунар. науч.-практ. конф. № 5 (40).* – Новосибирск: СибАК, 2014.
2. Костомарова, Е.В. Деонтологическая компетентность студента-медика как фактор успешности профессиональной деятельности врача // *Известия Волгоградского государственного педагогического университета.* – 2014. – № 4 (89). – С. 134–138.
3. Крайнов С.В., Попова А.Н., Алешина Н.Ф., Старикова И.В. Современные подходы к преподаванию стоматологических дисциплин // В сборнике: Информационные технологии науки нового времени. Сборник статей Международной научно-практической конференции. – Курган, 2016. – С. 160–163.
4. Скибицкий В.В., Запеева В.В., Звягинцева Ю.Г. и др. О роли врачебной этики и деонтологии в формировании личности врача-интерниста // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2016. – № 4–1. – С. 273–276.
5. Старикова И.В., Алешина Н.Ф., Радышевская Т.Н. Сравнение традиционного и интерактивного обучения в медицинском вузе // *Colloquium-journal.* – 2018. – Т. 4, № 6 (17). – С. 25–27.
6. Старикова И.В., Питерская Н.В., Радышевская Т.Н. Научно-исследовательская работа студентов как часть подготовки высококвалифицированных специалистов // *Colloquium-journal.* – 2018. – Т. 5, № 7 (18). – С. 34–35.
7. Седова Н.Н. Перспективы изучения биоэтики в медицинских вузах России // *Биоэтика.* – 2012. – № 1 (9). – С. 4–5.

1. Grechkin V.I., Sapronov G.I., Paholenko O.A. Formirovanie u studentov medicinskogo vuza etiko-deontologicheskikh principov vzaimootnoshenij vracha i pacienta // *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psihologii: sb. st. po mater. XL mezhdunar. nauch.-prakt. konf. № 5 (40).* Novosibirsk: SibAK, 2014.
2. Kostomarova, E.V. Deontologicheskaya kompetentnost' studenta-medika kak faktor uspešnosti professional'noj deyatel'nosti vracha // *Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta.* 2014. No 4 89). S. 134–138.
3. Krajnov S.V., Popova A.N., Aleshina N.F., Starikova I.V. Sovremennye podhody k prepodavaniju stomatologicheskikh discipline // V sbornike: Informacionnye tekhnologii nauki novogo vremeni. Sbornik statej Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. Kurgan. 2016. S. 160–163.
4. Skibickij V.V., Zapevina V.V., Zvyaginetsva YU.G i dr. O roli vrachebnoj etiki i deontologii v formirovanii lichnosti vracha-internista // *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovaniy.* 2016. № 4–1. S. 273–276.
5. Starikova I.V., Alyoshina N.F., Radyshevskaya T.N. Sravnenie tradicionnogo i interaktivnogo obucheniya v medicinskom vuze // *Colloquium-journal.* 2018. T. 4. № 6 (17). S. 25–27.
6. Starikova I.V., Piteriskaya N.V., Radyshevskaya T.N. Nauchno-issledovatel'skaya rabota studentov kak chast' podgotovki vysokokvalificirovannyh specialistov // *Colloquium-journal.* 2018. T. 5, № 7 (18). S. 34–35.
7. Sedova N.N. Perspektivy izucheniya bioetiki v medicinskih vuzah Rossii // *Bioetika.* 2012. № 1 (9). S. 4–5.

УДК 614.2

## ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ К ПОСМЕРТНОМУ ОРГАНОМУ ДОНОРСТВУ И ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ЕГО ФОРМИРОВАНИИ

С. В. Романов

кандидат медицинских наук, директор Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, г. Нижний Новгород  
8(8314)218282, e-mail: info@pomc.ru

О. П. Абаева

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)», Москва, 89107925507, e-mail: abaevaop@inbox.ru г.

Настоящее исследование посвящено необходимости формирования у населения России позиции поддержки развития программы посмертного органного донорства. Целью работы явилось изучение отношения населения к посмертному органному донорству и определение источников информации, участвующих в его формировании. Исследование проводилось по материалам опроса 250 пациентов федерального медицинского центра, где выполняются операции по пересадке органов. Анализ свидетельствует о многоэтапности процесса формирования позиции поддержки посмертного органного донорства у населения – от понимания гуманности данной деятельности до конкретных шагов по его поддержке. При этом важна пропаганда органного донорства путем привлечения средств массовой информации, ресурсов системы образования, научных профессиональных сообществ. В России необходимо начинать информационно-разъяснительную работу с населением об органном донорстве с первого этапа, формирования понимания необходимости его развития для спасения жизни тяжело больных людей, в связи с чем необходима систематическая работа с использованием возможностей, в первую очередь, телевидения и интернет-источников.

**Ключевые слова:** посмертное органное донорство, источники информации для населения.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-45-48

## ATTITUDE OF THE POPULATION OF RUSSIA TOWARDS THE POST-MORTEM ORGAN DONATION AND THE SOURCES OF INFORMATION INVOLVED IN ITS SHAPING

S. V. Romanov

director of the Federal budgetary institution of health care «Volga district medical center» Nizhny Novgorod, Russian Federation, 8(8312)4218282 e-mail: info@pomc.ru

O. P. Abaeva

Doctor of medical sciences, Professor of the Department of Sociology of Medicine, Health Economics and Medical Insurance Sechenov University Moscow, Russian Federation 89107925507, e-mail: abaevaop@inbox.ru

This study focuses on the need to shape attitude of the Russian people to support the development of the post-mortem organ donation program. The aim of the work was to study the attitude of the population to the post-mortem organ donation and to determine the sources of information involved in its shaping. The study was based on the results of a survey of 250 patients at the federal medical center where organ transplant operations are performed. The analysis demonstrates the multi-stage process of shaping a position of support for the post-mortem organ donation among the population – from understanding the humanity of this activity to concrete steps to support it. At the same time, propaganda of organ donation is important through the involvement of the media, educational system resources, and scientific professional communities. In Russia, it is necessary to start outreach with the population concerning organ donation from the first stage, to facilitate an understanding of the need for its development in order to save the lives of seriously ill people, and therefore systematic work is needed using opportunities primarily from television and Internet sources.

**Key words:** post-mortem organ donation, sources of information for the public.

**Введение.** Согласно концепции о самодостаточности в трансплантологии, принятой ВОЗ в Мадриде в 2010 году, формирование у населения позитивного отношения к органному донорству и трансплантации органов является важнейшей задачей каждого государства, стремящегося к развитию данных программ высокотехнологичной медицинской помощи. В Российской Федерации в настоящее время операции по пересадке органов человека, помимо специализированных центров гг. Москвы и С.-Петербурга, выполняются только в каждом четвертом регионе страны, при этом системы взаимодействия между участниками программ трансплантации и донорства органов в субъектах РФ имеют индивидуальные особенности [3]. Соответственно информационно-разъяснительная работа с населением, направленная на пропаганду органного донорства, должна учитывать как этнические и религиозные характеристики жителей, так и особенности организации данного вида медицинской помощи в регионе. Одним из субъектов РФ, успешно развивающих программы донорства и трансплантации органов, является Нижегородская область, где на базе Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, выполняются пересадки почки, печени, поджелудочной железы [3]. При этом основной проблемой, ограничивающей рост числа операций, является дефицит донорских органов, который обусловлен, в том числе, и высокой частотой отказов родственников посмертных доноров от изъятия органов.

В связи с вышеизложенным целью настоящей работы стало изучение отношения населения к посмертному органному донорству и определение источников информации, участвующих в его формировании.

**Задачи исследования:**

- провести анализ отношения группы населения региона России, в котором выполняются пересадки органов человека, к возможности участия в программах посмертного органного донорства,

- установить значение разных источников информации, влияющих на формирование общественного мнения о проблемах органного донорства.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось по материалам анкетного опроса 250 пациентов хирургических ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России. Выбор группы респондентов обусловлен тем, что пациенты имели личный опыт проблем со здоровьем, физических страданий, снижения качества жизни, что, по нашему мнению, делало для них более актуальным, чем для популяции в целом, обсуждение проблем, связанных с лечением тяжелых заболеваний. Среди респондентов были представители возрастных групп от 18 до 79 лет. Пациентам предлагалось ответить на вопросы:

- считаете ли вы, что посмертное изъятие органов должно осуществляться (варианты ответа: при наличии прижизненного согласия донора, при наличии согласия донора или его родственников, независимо от согласия донора или его родственников);

- при обращении к Вам с предложением оформить согласие на посмертное органное донорство, Вы бы ответили (варианты ответа: согласием, отказом, затрудняюсь ответить);

- выберите, пожалуйста, источники информации, из которых Вам приходилось получать сведения о трансплантации органов (варианты ответа: телевидение, интернет-источники, газеты, радио и прочее, предусматривалась возможность указать любые иные источники информации).

Сравнительный анализ проводился при помощи расчета критерия хи-квадрат Пирсона, попарные сравнения – с учетом поправки Бонферрони.

Результаты нашего исследования показали, показали, что только (14,0 ± 2,2) % респондентов поддерживают презумпцию согласия на посмертное изъятие органов, регламентированную отечественным законодательством; (34,0 ± 3,0) % считают, что необходимым условием посмертного донорства органов должно быть прижизненное согласие человека; большинство, (52,0 ± 3,2) %, приемлют возможность как получения прижизненного согласия донора, так и посмертного согласия его родственников. При этом (40,8 ± 3,1) % заявили, что подписали бы согласие на посмертное донорство органов, если бы к ним обратились с таким предложением, (54,8 ± 3,2) % дали отказ, остальные затруднились ответить. Среди возможного фактора, который бы мог повлиять на их решение, (24,4 ± 2,7) % отметили мнение представителя религиозной конфессии, (4,4 ± 1,3) % – финансовые стимулы и (45,6 ± 3,2) % – информацию о человеке, которого могли бы спасти.

Анализ результатов опроса позволил определить перечень источников информации, участвующих в формировании мнения респондентов по вопросам органного донорства. Нами были выделены четыре группы опрошенных: первая группа, наиболее многочисленная, указала единственный источник информации – телевизионные программы, доля данной группы составила (42,4 ± 3,1) %, вторая по числу участников группа, (20,8 ± 2,6) %, предпочла также один источник – интернет-сайты, третью группу составили (12,0 ± 2,1) % респондентов, указавших в качестве источников информации несколько средств массовой информации (телевидение, радио, газеты), четвертую – (13,2 ± 2,1) % респондентов, получающих информацию из всех перечисленных выше источников (телевидение, радио, газеты, Интернет). Доли остальных групп участников опроса, получавших информацию из иных источников, например – из медицинской литературы, статистической значимости не имели.

Сравнительный анализ не позволил установить зависимости возможности оформления согласия участников опроса на посмертное донорство органов от предпочитаемого источника информации ( $\chi^2=7,4$  при критическом значении 12,6). Проведенные попарные сравнения также не позволили выявить статистически значимых результатов.

**Обсуждение.** Понимание обществом гуманности и безопасности органного донорства является залогом успеха реализации данных программ в национальном здравоохранении. Результаты проведенного нами опроса, при общем соответствии, имеют ряд отличий от аналогичного исследования Левада-центр 2013 года, в котором больше половины респондентов затруднились ответить на вопрос о возможности оформления согласия на посмертное органное донорство, каждый четвертый заявил о готовности подписать согласие и 13 % опрошенных сообщили о своем отказе [4]. В нашем исследовании анализировалось мнение пациентов больницы, то есть группы населения,

имеющей больший интерес к проблемам, связанным с оказанием помощи страдающим людям, чем популяция в целом. Соответственно большими оказались группы, имеющие четко сформированную позицию согласия или отказа от посмертного органного донорства.

При этом, как подчеркивают специалисты, положительный ответ на вопрос анкеты, аналогичной нашей, отнюдь не является гарантией реального оформления человеком согласия на посмертное изъятие органов. Так 75 % респондентов Турции заявили о готовности на донорское пожертвование после смерти, при этом реально согласие оформляют только 24 % жителей страны [9]. Такая же тенденция отмечена и в Иране, где по данным опроса 78 % жителей страны благоприятно относятся к вопросам органного донорства, но лишь 25 % оформили донорскую карту [6], а также в Италии, где 95 % участников опроса высказались о поддержке посмертного донорства, но реально из них только 22 % это согласие официально зарегистрировали [12]. В Великобритании при всеобщем понимании необходимости развития донорских программ, лишь 57 % семей ответили согласием на вопрос о возможном пожертвовании и только 30 % населения зарегистрировались на официальном портале как возможные доноры [10, 13]. В Китае 67 % опрошенных заявили о готовности пожертвовать почку после своей смерти, но только 53 % отметили, что согласны зарегистрировать свое согласие в реестре [11]. В Нигерии 47,3 % участников опроса имели положительное отношение к посмертному донорству и только четверть высказали готовность стать донорами почки после смерти [8]. Таким образом, формирование принятия органного донорства человеком представляет собой сложный многоэтапный процесс, от понимания актуальности данной темы до действенной ее поддержки.

Ведущим фактором, способным повлиять на решение респондентов, оказалась информация о человеке, которого можно спасти путем пересадки органов. Вышеизложенное еще раз подчеркивает значение информационно-разъяснительной работы с населением. Анализ актуальных для респондентов источников информации по данной теме показал, при определенной роли каждого из них, приоритетное значение интернет-источников и телевидения. В то же время отсутствие какого-либо отличия в отношении к посмертному донорству у лиц, получающих информацию из разных источников, свидетельствует о единообразии их подхода к освещению данной проблемы. Полученные нами результаты совпадают с данными зарубежных специалистов, отмечающих приоритетную роль средств массовой информации в формировании общественного мнения по рассматриваемой теме [1, 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15].

Заключение. Результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости проведения систематической информационно-разъяснительной работы с населением нашей страны, направленной на формирование у россиян понимания гуманности органного донорства. Подобная деятельность должна осуществляться путем использования всех возможных источников информации, в первую очередь, телевидения и интернет-сайтов, иметь системный характер на территории страны и координироваться профессиональным медицинским сообществом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В.Л. Актуальные вопросы органного донорства. Введение. Лекция / В.Л. Виноградов // Трансплантология. – 2013. – № 4. – С. 15–23.
2. Виноградов В.Л. Опыт Израиля в организации программы органного донорства. Интервью с трансплант-координатором Кириллом Грозовским / В.Л. Виноградов // Трансплантология. – 2015. – № 2. – С. 20–25.
3. Готье С.В. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2017 году. X сообщение регистра Российского трансплантологического общества / С.В. Готье, С.М. Хомяков //

Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2018. – Т. 20, № 2. – С. 6–28. doi:10.15825/1995-1191-2018-2-6-28

4. Донорство и пересадка органов в общественном мнении россиян / редакционная статья // Трансплантология. – 2014. – № 1. – С. 8–19.

5. 20-Year Analysis of Kidney Transplantation: A Single Center in Japan / M. Tasaki, K. Saito, Y. Nakagawa [et al.] // Transplantation Proceedings. – 2014. – Vol. 46, № 2. – P. 437–441. doi: 10.1016/j.transproceed.2013.10.052

6. Attitudes of medical students and staff toward organ donation in cases of brain death: a survey at Shiraz University of Medical Sciences / Zahmatkeshan, M., Fallahzadeh E., Moghtaderi M. [et al.] // Progress in Transplantation. – 2014. – Vol. 24, № 1. – P. 91–96. doi: 10.7182/pit2014248

7. Boratyńska M. Transplantology: Challenges for Today / M. Boratyńska, D. Patrzalek // Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentali. – 2016. – Vol. 64, № 1. – P. 37–45. doi: 10.1007/s00005-016-0439-1

8. Caregivers and Healthcare Workers' Willingness to Donate Kidney in Three Tertiary Institutions in Southern Nigeria / M.T. Abiodun, A.U. Solarin, O.A. Adejumo [et al.] // Transplantation Proceedings. – 2015. – Vol. 47, № 10. – P. 2810–2815 doi: 10.1016/j.transproceed.2015.10.05

9. Can F. Organ Donation: A Comparison of Donating and Nondonating Families in Turkey / F. Can, S. Hovardaoglu // Transplantation Proceedings. – 2017. – Vol. 49, № 9. – P. 1969–1974 doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.032

10. Ensuring fair allocation of organs / Editorial // The Lancet. – 2013. – Vol. 382, № 9888. – P. 181 doi: 10.1016/S0140-6736(13)61582-2

11. Impact Factors and Attitudes Toward Organ Donation Among Transplantation Patients and Their Caregivers in China / Q.-X. Zhang, J.F. Xie, J.D. Zhou [et al.] // Transplantation Proceedings. – 2017. – Vol. 49 (9). – P. 1975–1981 doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.022

12. Knowledge and Attitudes Toward Organ Donation in Health Care Undergraduate Students in Italy / F. Fontana, M. Massari, L. Giovannini [et al.] // Transplantation Proceedings. – 2017. – Vol. 49, № 9. – P. 1982–1987 doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.029

13. Murphy P.G. Towards a framework for organ donation in the UK / P.G. Murphy, M. Smith // British Journal of Anaesthesia. – 2012. – Vol. 108, № 1. – P. i56–i67, doi:10.1093/bja/aer402

14. Organ Transplantation in Iran: Current State and Challenges with a View on Ethical Consideration / M. Kiani, M. Abbasi, M. Ahmadi [et al.] // Journal of Clinical Medicine. – 2018. – V. 7 (3). – P. 45 doi:10.3390/jcm7030045

15. Public Solicitation of Anonymous Organ Donors: A Position Paper by the Canadian Society of Transplantation / M.-C. Fortin, D. Buchman, L. Wright [et al.] // Transplantation. – 2017. – Vol. 101, № 1. – P. 17–20 doi: 10.1097/TP.0000000000001514

#### REFERENCES

1. Vinogradov V.L. Actual issues of organ donation. Introduction. The lecture / V.L. Vinogradov // Transplantologiya. The Russian Journal of Transplantation. 2013. № 4. P. 15–23.
2. Vinogradov V.L. Israel's experience in the organization of the program of organ donation. Interview with transplant coordinator Kirill Grozovskiy Hadassah University Hospital (Jerusalem, Israel) / V.L. Vinogradov // Transplantologiya. The Russian Journal of Transplantation. 2015. № 2. P. 20–25.
3. Gautier S.V. Organ donation and transplantation in Russian Federation in 2017. X report of National Register / S.V. Gautier, S.M. Khomyakov // Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. 2016. Vol. 20, № 2. P. 6–26. doi:10.15825/1995-1191-2018-2-6-28
4. Donation and organ transplantation in public opinion of Russians // Transplantologiya. The Russian Journal of Transplantation. 2014. № 1. – P. 8–19.
5. 20-Year Analysis of Kidney Transplantation: A Single Center in Japan / M. Tasaki, K. Saito, Y. Nakagawa [et al.] // Transplantation Proceedings. 2014. Vol. 46, № 2. P. 437–441. doi: 10.1016/j.transproceed.2013.10.052
6. Attitudes of medical students and staff toward organ donation in cases of brain death: a survey at Shiraz University of Medical Sciences / Zahmatkeshan M., Fallahzadeh E., Moghtaderi M. [et al.] // Progress in Transplantation. 2014. Vol. 24, № 1. P. 91–96. doi: 10.7182/pit2014248

7. Boratyńska M. Transplantology: Challenges for Today / M. Boratyńska, D. Patrzalek // Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis. 2016. Vol. 64, № 1. P. 37–45. doi: 10.1007/s00005-016-0439-1

8. Caregivers and Healthcare Workers' Willingness to Donate Kidney in Three Tertiary Institutions in Southern Nigeria / M.T. Abiodun, A.U. Solarin, O.A. Adejumo [et al.] // Transplantation Proceedings. 2015. Vol. 47, № 10. P. 2810–2815 doi: 10.1016/j.transproceed.2015.10.05

9. Can F. Organ Donation: A Comparison of Donating and Nondonating Families in Turkey / F. Can, S. Hovardaoglu // Transplantation Proceedings. 2017. Vol. 49, № 9. P. 1969–1974 doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.032

10. Ensuring fair allocation of organs / Editorial // The Lancet. 2013. Vol. 382, № 9888. P. 181 doi: 10.1016/S0140-6736(13)61582-2

11. Impact Factors and Attitudes Toward Organ Donation Among Transplantation Patients and Their Caregivers in China / Q.-X. Zhang, J.F. Xie, J.D. Zhou [et al.] // Transplantation

Proceedings. 2017. Vol. 49 (9). P. 1975–1981 doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.022

12. Knowledge and Attitudes Toward Organ Donation in Health Care Undergraduate Students in Italy / F. Fontana, M. Massari, L. Giovannini [et al.] // Transplantation Proceedings. 2017. Vol. 49, № 9. P. 1982–1987 doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.029

13. Murphy P.G. Towards a framework for organ donation in the UK / P.G. Murphy, M. Smith // British Journal of Anaesthesia. 2012. Vol. 108, № 1. P. i56–i67, doi:10.1093/bja/aer402

14. Organ Transplantation in Iran; Current State and Challenges with a View on Ethical Consideration / M. Kiani, M. Abbasi, M. Ahmadi [et al.] // Journal of Clinical Medicine. 2018. V. 7 (3). P. 45 doi:10.3390/jcm7030045

15. Public Solicitation of Anonymous Organ Donors: A Position Paper by the Canadian Society of Transplantation / M.-C. Fortin, D. Buchman, L. Wright [et al.] // Transplantation. 2017. Vol. 101, № 1. P. 17–20 doi: 10.1097/TP.0000000000001514

УДК 614.253:616.31

## ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА

**Е. В. Фомичев**

*доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, fevstom@rambler.ru*

**О. Ю. Афанасьева**

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, afanaseva-olga75@mail.ru*

**С. В. Дронов**

*ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, demsport@yandex.ru*

**С. А. Блюдников**

*врач-стоматолог, Саратовская стоматологическая поликлиника № 3, г. Саратов, bludnikov\_sa@mail.ru*

Развитие системы здравоохранения в Российской Федерации имеет целевую установку в виде повышения качества медицинской помощи. Не последнюю роль в этом играет регулирование отношений в системе «врач – пациент». Эти отношения достаточно трудны и не всегда ясны как для врачей, так и для пациентов. Врачи возвращают пациентам здоровье, но одновременно становятся носителями различной информации личного характера. И эта информация зачастую является крайне чувствительной для пациента, особенно при развитии заболеваний, связанных с внешним видом пациентов. Это особенно очевидно при обращении пациентов к челюстно-лицевым хирургам и хирургам-стоматологам. В статье авторы представили правовую базу, регулиющую понятие врачебной тайны. Была сформулирована цель исследования – определить уровень правовой грамотности стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов, по вопросам, относящимся к врачебной тайне, разработать алгоритм решения спорных моментов, относящихся к ее разглашению. Для решения поставленной цели авторами была разработана анкета и проведено социологическое исследование с соблюдением принципов исследовательской этики. Исследование проводилось в начале 2018 года, в анкетировании приняло участие 25 врачей. Гендерное соотношение было характерно для представителей данных профессий и не обладало какой-либо спецификой, отличающей ее от других регионов Российской Федерации. Проведя анализ собственных данных и обзора нормативной базы, авторы пришли к следующим заключениям и практическим рекомендациям. Врачи в большинстве случаев обладают определенным уровнем знаний о данных, относящихся к врачебной тайне. Но эти сведения требуют конкретизации и более простого изложения, так как врачи не являются носителями юридических знаний.

Необходимо предложить к обсуждению и внедрению в практическое здравоохранение алгоритмы выхода из спорных ситуаций, касающихся врачебной тайны. Представляется целесообразным выносить их на заседания региональных ассоциаций стоматологов.

**Ключевые слова:** врачебная тайна, стоматология, медицинское право, медицинская помощь, здравоохранение.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-48-51

## THE MEDICAL CONFIDENTIALITY IN THE PRACTICE OF SURGICAL DENTISTRY AND MAXILLOFACIAL SURGERY

**E. V. Fomichev**

*MD, Professor, head of the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Volgograd State Medical University, Volgograd, fevstom@rambler.ru*

**O. Yu. Afanasyeva**

*PhD, associate Professor, Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Volgograd State Medical University, Volgograd, afanaseva-olga75@mail.ru*

**S. V. Dronov**

*assistant professor, Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Volgograd State Medical University, Volgograd, demsport@yandex.ru*

S. A. Blyudnikov

dentist, Saratov dental clinic № 3, Saratov, bludnikov\_sa@mail.ru

The way to develop the health care system in the Russian Federation is to improve the quality of medical care. One of the main target is the regulation of relations in the «doctor – patient» system. These relationships are rather difficult and not always clear for both doctors and patients. Doctors treat patients, but at the same time they get acknowledge of various personal information. And this personal information is often extremely important to the patient, especially if patients are treated for the diseases associated with their appearance. This is especially evident when patients are referred to oral and maxillofacial surgeons and dental surgeons.

In the article the authors presented the legal basis regulating the concept of medical confidentiality. The goal of the study was to determine the level of legal literacy of the maxillofacial surgeons, dentists, surgeons on the matter of information related to medical confidentiality, and to develop an algorithm for resolving disputes related to the disclosure of medical confidentiality. To achieve this goal, the authors developed a questionnaire and conducted a sociological study in compliance with the principles of research ethics. The study was conducted at the beginning of 2018, 25 doctors took part in the survey. The gender ratio was typical for representatives of these professions and did not have any specific features that distinguish it from other regions of the Russian Federation. After analyzing the data and reviewing the regulatory framework, the authors came to the following conclusions and practical recommendations. Doctors in most cases gain proper knowledge, according to information related to medical confidentiality. But this information requires specification and simpler presentation, since doctors do not get legal education. It is necessary to discuss and introduce in practice health care algorithms of settling down controversial situations concerning medical confidentiality and other conflict situations at dentists' regional associations meetings.

**Key words:** medical confidentiality, dentistry, medical law, medical aid, health care.

В Российской Федерации права и свободы каждого гражданина закреплены в Конституции РФ, где основным правом является неприкосновенность частной жизни. В статье 23 Конституции РФ раскрывается то, что входит в понятие частная жизнь. Частная жизнь – это личные и семейные тайны, честь и доброе имя, а также информация, являющаяся врачебной тайной.

В статье 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» закреплено право человека на сохранение информации, являющейся врачебной тайной. Гарантом сохранности врачебной тайны выступает государство, обеспечивая создание законодательных запретов и введение юридической ответственности за ее разглашение [1, 12].

Стоматологи-хирурги и челюстно-лицевые хирурги – это медицинские работники, специалисты, которые диагностируют, лечат и проводят профилактику заболеваний челюстно-лицевой области.

Квалификационная характеристика каждой специальности содержит три раздела: «Должностные обязанности», «Должен знать» и «Требования к квалификации». В разделе «Должен знать» содержатся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.

Исходя из представленной юридической нормы, возникла необходимость дать определение врачебной тайны и предоставить врачам четкую информацию о том, кому можно передавать сведения, относящиеся к врачебной тайне, и какие действия запрещены.

Согласно статье 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан»: сведения о факте обращения гражданина за оказанием

медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

**Цель исследования** – определить уровень правовой грамотности врачей-стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов, о сведениях, относящихся к врачебной тайне, разработать алгоритм решения спорных вопросов, относящихся к разглашению врачебной тайне.

#### Задачи исследования:

1. Разработать авторскую анкету для определения уровня правовой грамотности врачей о сведениях, относящихся к врачебной тайне.

2. Провести социологическое исследование респондентов с соблюдением принципов исследовательской этики.

3. Разработать алгоритм решения спорных вопросов по передаче сведений, относящихся к врачебной тайне.

4. Дать рекомендации по повышению уровня правовой грамотности участвующих в системе непрерывного медицинского образования (НМО).

#### Материалы и методы исследования:

Исследование проводилось в феврале 2018 года на территории г. Волгограда и г. Волжского. Врачи, участвующие в исследовании, работали как в государственном секторе здравоохранения, так и в частном секторе. В анкетировании приняли участие 25 врачей, имеющих сертификат стоматолога-хирурга и челюстно-лицевого хирурга или в возрастной группе от 24 до 69 лет. Гендерное соотношение было характерно для представителей данных профессий и не обладало какой-либо спецификой, отличающей ее от других регионов РФ. Социологическое исследование проводилось одномоментно, анонимно с добровольного согласия респондентов. Авторская анкета содержала следующие вопросы (табл. 1).

Таблица 1

**Анкета для определения уровня знаний врачей по сведениям, относящимся к врачебной тайне**

Анкета проводится анонимно с добровольного согласия. Просим Вас ответить на поставленные вопросы.				
Профессия: ЧЛХ стоматолог-хирург		Пол: М Ж		Возраст
№	Вопрос	Владею знаниями в полном объеме	Владею частичными знаниями	Знаниями не владею
1.	Что относится к знаниям, составляющим врачебную тайну?			
2.	Кому возможно передавать сведения составляющие врачебную тайну?			
3.	Какие сведения, составляющие врачебную тайну, запрещены к разглашению и передаче?			
4.	Какая ответственность может наступить для врача за разглашение сведений, относящихся к врачебной тайне?			

**Результаты и их обсуждение.** Проведя социологическое исследование получили следующие результаты: по вопросу «Что относится к знаниям, составляющим врачебную тайну?» 22 респондента ответили, что обладают частичными знаниями по данному вопросу, что составило 88 %. Уверены в своих знаниях были 12 % респондентов, то есть 3 врача. По вопросу «Кому возможно передавать сведения, составляющие врачебную тайну?» 22 респондента (92 % врачей) также считают, что обладают достаточными сведениями, только 8 % врачей считают, что их знания в полном объеме.

По вопросу «Какие сведения, составляющие врачебную тайну, запрещены к разглашению и передаче?» мнения респондентов разделились следующим образом: обладают знаниями в полном объеме 8 % респондентов (2 врача), обладают частичными знаниями 80 % респондентов (20 врачей), не обладают знаниями 12 % респондентов (3 врача). По вопросу «Какая ответственность может наступить для врача за разглашение сведений, относящихся к врачебной тайне?» 76 % респондентов (19 врачей) достаточно уверены в своих знаниях, однако 24 % респондентов (6 врачей) высказали мнение, что не обладают знаниями по данному вопросу.

Хотелось бы отметить, что более уверенными в своих знаниях были респонденты, являющиеся заведующими структурными подразделениями, которые проходили циклы тематического усовершенствования по вопросам

организации здравоохранения. В интервью врачи обращали внимание на то, что информация, содержащаяся в нормативных актах, достаточно трудна для восприятия человеку, не имеющему юридического образования, и требует комментариев в более простой форме. Практически абсолютное большинство врачей выразили желание иметь на руках более простой и четкий алгоритм решения спорных вопросов, касающийся сведений, содержащих врачебную тайну. Получив эти результаты и пожелания врачей, мы попробовали предоставить некоторые комментарии и составить алгоритм действий врача в спорных ситуациях.

Пациенты и иные категории лиц, имеющие право получения сведений, составляющих врачебную тайну, могут получать данную информацию как в устной форме, так и по письменному обращению. Медицинская карта стоматологического больного хранится в регистратуре в течение 5 лет, затем сдается в архив [2]. Согласно статье 12 Федерального закона от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» [9] письменное обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения. Нами был разработан алгоритм решения спорных вопросов, возникающих при передаче сведений, относящихся к врачебной тайне (табл. 2).

Таблица 2

**Сведения, составляющие врачебную тайну и допустимые к передаче**

№	Категория граждан	Характер информации	Нормативное обоснование
1	Пациент	Информация о состоянии здоровья	Ст. 22 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
		Медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у),	Приказ Минздрава от 29.06.2011 г. № 425н [7],
		Копии и выписки из медицинской документации и т.д.	Ст. 22 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, Приказ Минздравсоцразвития от 02.05.2012 г. № 441н [5]
2	Супруг (супруга), один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновитель, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки)	В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация может сообщаться устно в деликатной форме, если пациент не запретил	Ст. 22 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
3	Законные представители (родители (проживающие как совместно, так и отдельно от ребенка), опекуны, попечители и т.д.)	Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего (с информированного добровольного согласия ребенка старше 15 лет) или недееспособного пациента	Ст. 22, 54 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, Приказ Минздрава от 29.06.2011 г. № 425н, Приказ Минздравсоцразвития от 02.05.2012 г. № 441н
		Медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у)	
		Копии и выписки из медицинской документации и т.д.	
4	Доверенные лица, определенные самим пациентом или его законным представителем, в том числе и адвокаты	В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация может сообщаться устно в деликатной форме, если пациент не запретил	Ст. 13, 22 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
5	Военный комиссариат	Сведения, составляющие врачебную тайну, в целях проведения военно-врачебной экспертизы	Ст. 13 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
6	Страховые медицинские организации	Сведения, составляющие врачебную тайну в целях учета и контроля в системе обязательного социального страхования	Ст. 13 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, Ст. 38 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ [11]

В законодательных актах и литературе прописаны и другие случаи категорий лиц, которые вправе получать по запросу сведения, относящиеся к врачебной тайне [1].

Анализируя нормативную базу и судебную практику, необходимо отметить, что имеются определенные действия, запрещающие разглашение врачебной тайны. А именно: предоставлять сведения пациенту при наличии сомнений в подлинности подписи. Предоставлять пациенту по его требованию «непротиворечивую», «соответствующую действительности», «не содержащую

медтерминологии» и прочую информацию о состоянии здоровья (Статья 22 Закона РФ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ).

Обратим внимание еще на одно достаточно новое явление в медицинской деятельности и перейдем к Разъяснениям Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций от 30 августа 2013 г. «Разъяснения по вопросам отнесения фото-, видеоизображений, дактилоскопических данных и иной информации к биометрическим персональным данным и особенностей их обработки» [8].

Как известно и установлено Федеральным законодательством, обработка биометрических персональных данных может осуществляться только при наличии согласия в письменной форме субъекта персональных данных, то есть пациента или его законного представителя.

В соответствии с частью 1 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» [10] к биометрическим персональным данным относятся сведения, характеризующих физиологические и биологические особенности человека, на основании которых оператор может установить личность субъекта персональных данных. Федеральным законодательством четко определено, что относится к биометрическим персональным данным (дактилоскопические данные, радужная оболочка глаз, анализы ДНК, рост, вес и другие), а также иные физиологические или биологические характеристики человека, в том числе изображения человека (фотографии и видеозаписи), которые позволяют установить его личность.

Не являются биометрическими персональными данными материалы с изображениями граждан, полученные в результате видеосъемки в публичных местах и охраняемой территории. Это означает, что до передачи персональных данных для установления личности снятого человека они не являются биометрическими персональными данными, так как не используются оператором (владельцем видеокамеры на мобильном телефоне, видеокамерой и т. д.) для установления личности.

Практически в каждой медицинской организации, как в публичном месте, проводится видеонаблюдение (видеосъемка). Видеонаблюдение может осуществляться только для конкретных мероприятий, заранее определенных целей (антитеррористической, пожарной безопасности), которые установлены в соответствующих локальных нормативных актах медицинского учреждения. В этом случае посетители медицинской организации должны быть заранее предупреждены администрацией о возможности фото-, видеосъемки соответствующими текстовыми и/или графическими предупреждениями. При соблюдении указанных условий, отдельного согласия граждан на проведение съемки в медицинской организации не потребуется.

Проведя анализ собственных данных и обзора нормативной базы, можно сделать следующие **заключения и практические рекомендации**.

Во-первых, врачи в большинстве случаев обладают достаточным уровнем знаний о том, что относится к врачебной тайне. Но эти сведения требуют конкретизации и более простого изложения, так как врачи не являются носителями юридических знаний. Повышение уровня правовой грамотности врачей является одним из возможных механизмов разрешения или нивелирования возможных конфликтов с пациентами.

Во-вторых, необходимо обсудить на заседании региональных ассоциаций стоматологов, в частности Волгоградской ассоциации стоматологов, и внедрить в практическое здравоохранение алгоритмы выхода из спорных ситуаций, касающихся врачебной тайны и других конфликтных ситуаций.

Во-третьих, включить в тематические планы циклов, аккредитованных НМО конкретные вопросы правовой базы оказания медицинской помощи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов, Л. Врачебная тайна. Кому можно передавать сведения о пациенте / Л. Аронов [и др.] // Здравоохранение. – 2018. – № 2. – С. 83–92.
2. Оформление медицинской карты стоматологического больного «хирургический раздел»: методические рекомендации / Сост.: Е.В. Фомичев, В.В. Шкарин, О.Ю. Афанасьева и др. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017. – 108 с.

3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

5. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 г. № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений».

6. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

7. Приказ Минздрава России от 29.06.2016 г. № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

8. Разъяснения Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций от 30.08.2013 г. «Разъяснения по вопросам отнесения фото-, видеоизображений, дактилоскопических данных и иной информации к биометрическим персональным данным и особенностей их обработки».

9. Федеральный закон от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

10. Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

11. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

12. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

#### REFERENCES

1. Aronov, L. Vrabchebnaya tajna. Komu možno peredavat svedeniya o paciente / L. Aronov [i dr.] // Zdravooхранenie. 2018. № 2. S. 83–92.
2. Oformlenie medicinskoj karty stomatologičeskogo bolnogo «hirurgičeskij razdel» metodičeskie rekomendacii / Sost. E.V. Fomichev, V.V. Shkarin, O.Yu. Afanaseva i dr. Volgograd Izd-vo VolgGMU 2017. 108 s.
3. Prikaz Minzdravsocrazvitiya RF ot 23.07.2010 g. № 541n «Ob utverzhenii edinogo kvalifikacionnogo spravocznika dolzhnostej rukovoditelej, specialistov i sluzhaschih, razdel "Kvalifikacionnye harakteristiki dolzhnostej rabotnikov v sfere zdravooхранeniya"».
4. Prikaz Ministerstva zdravooхранeniya i socialnogo razvitiya Rossijskoj Federacii ot 7 dekabrya 2011 g. № 1496n «Ob utverzhenii Poryadka okazaniya medicinskoj pomoschi vzrosłomu naseleniyu pri stomatologičeskij zabolevaniyah».
5. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 02.05.2012 g. № 441n «Ob utverzhenii Poryadka vydachi medicinskimi organizacijami spravok i medicinskih zaklyuchenij».
6. Prikaz Minzdrava Rossii ot 08.10.2015 g. № 707n «Ob utverzhenii Kvalifikacionnyh trebovanij k medicinskim i farmacevtičeskim rabotnikam s vysshim obrazovaniem po napravleniyu podgotovki "Zdravooхранenie i medicinskie nauki"».
7. Prikaz Minzdrava Rossii ot 29.06.2016 g. № 425n «Ob utverzhenii Poryadka oznakomleniya pacienta libo ego zakonnogo predstavitelya s medicinskoj dokumentaciej otrazhayuschej sostoyanie zdorovya pacienta».
8. Razyasneniya Federalnoj sluzhby po nadzoru v sfere svyazi, informacionnyh tehnologij i massovyh kommunikacij ot 30.08.2013 g. «Razyasneniya po voprosam otneseniya foto- videoizobrazhenij daktiloskopičeskijh dannyh i inoj informacii k biometricheskim personalnym dannym i osobennostej ih obrabotki».
9. Federalnyj zakon ot 02.05.2006 g. № 59-FZ «O poryadke rassmotreniya obraschenij grazhdan Rossijskoj Federacii».
10. Federalnyj zakon ot 27.07.2006 g. № 152-FZ «O personalnyh dannyh».
11. Federalnyj zakon ot 29.11.2010 g. № 326-FZ «Ob obyazatelnom medicinskom strahovanii v Rossijskoj Federacii».
12. Federalnyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorovya grazhdan v Rossijskoj Federacii».

## ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ В ВЕТЕРИНАРИИ: ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ СОБАК

Кожевникова Магдалена

кандидат философских наук, научный сотрудник Сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики  
Института философии РАН, г. Москва, kmagdalena@yandex.ru

В статье биоэтика ветеринарии рассматривается как альтернатива профессиональной этике врача-ветеринара. С этой позиции анализируется трансплантация органов в области ветеринарной медицины, сравниваются ее этические проблемы с этическими проблемами трансплантологии в человеческой медицине. Описывается случай двух трансплантаций почек собакам в Польше, сделанных в недавнее время, и общественная реакция на них, а также трансплантации почек собакам в Москве, которые проводятся уже несколько лет. Поднимается проблема донорства органов в области ветеринарии и качества жизни собак-доноров. Автор доказывает, что данные случаи выходят за рамки профессиональной этики и должны рассматриваться более широко, то есть в рамках биоэтики.

**Ключевые слова:** биоэтика, профессиональная этика, ветеринария, медицина, трансплантология.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-52-56

## PROBLEMS OF BIOETHICS IN VETERINARIA: TRANSPLANTATION OF DOGS ORGANS

Kozhevnikova Magdalena

PhD in Philosophy, Researcher in Department of Humanitarian Expertise and Bioethics,  
Institute of Philosophy Russian Academy of Science, Moscow, kmagdalena@yandex.ru

The article reviews the bioethics of veterinary medicine as an alternative to the professional ethics of a veterinarian. From this position the transplantation of organs in the field of veterinary medicine is analyzed, its ethical problems are compared with the ethical problems of transplantology in human medicine. The case of two recent kidney transplantations to dogs in Poland, and the public reaction to them, as well as kidney transplantation to dogs in Moscow, which have been already conducted for several years, are described. The problem of organ donation in the field of veterinary medicine and the quality of life of donor dogs is being raised. The author argues that these cases go beyond professional ethics and should be considered more widely, i.e. in the framework of bioethics.

**Key words:** bioethics, professional ethics, veterinary science, medicine, transplantation.

Введение. Профессиональная ветеринарная этика или биоэтика? Профессия врача ветеринара, вопреки обыденным представлениям, не является феноменом, аналогичным человеческой медицине, в котором место человеческого пациента занимает пациент – животное. В человеческой медицине на первом плане стоит благо пациента, который рассматривается как индивид, наделенный достоинством (то есть некой внутренней ценностью), даже если этот пациент находится без сознания или в терминальной стадии болезни. Лишь затем учитываются интересы его близких, общества и возможная польза для развития медицины. По аналогии, в ветеринарной медицине главной ценностью должно быть здоровье и благо животного-пациента.

Ветеринария не ставит, однако, перед собой цель лечить животных, и не ориентирована на их благо: ветеринария глубоко антропоцентрична и подчинена интересам человеческого сообщества [9, с. 412]. В наши дни ситуация принципиально не изменилась, и ветеринария, в первую очередь, продолжает охранять человечество от заразных заболеваний. Эта цель и значение ветеринарии прописаны на законодательном уровне [4]. Заботу о благое животных как индивидуальных пациентов (нечеловеческих субъектов) можно усмотреть практически только в сфере ветеринарных услуг для животных-компаньонов, и то не во всех отношениях, поскольку решающим фактором здесь является владелец животного, оплачивающий процедуры. Соответственно ветеринария представляет интересы людей.

Несмотря на существование различных кодексов этики ветеринарных врачей в разных странах, сам курс лекций этики в процессе обучения будущих ветеринаров – тема достаточно новая. При этом этические кодексы укрепляют мышление о ветеринарии как о службе человеку, согласно девизу: *Sanitas animalium pro salute homini* [13].

Это доказывает, что профессиональная этика ветеринаров не приводит к выработке надлежащего отношения к животным не только в силу того, что она занимает совсем мало места в учебном процессе, но, прежде всего, из-за своего излишнего антропоцентризма. Биолог и этик животных А. Эльжановски указывает на то, что «медицинское (в том числе ветеринарное) и юридическое обучение само по себе не способствует развитию морального мышления

у учащихся, это происходит только после введения соответствующего курса этики» [9, с. 412]. Более того, процесс изучения медицины и ветеринарии может даже привести к притуплению эмпатии и моральных навыков, то есть инициировать своего рода поворот в сторону ожесточения в морально сложной ситуации [9, с. 413]. Деление животных на тех, с кем «можно», и с кем «нельзя» плохо обращаться – это, конечно, проблема целого общества, однако от врачей ветеринарии стоило бы ожидать более объективного и взвешенного отношения, ведь они обладают знаниями о нервной системе, когнитивных способностях и поведении животных, то есть должны уметь оценивать их реальные психоэмоциональные и интеллектуальные способности за рамками культурного канона (например, несмотря на существующий стереотип о «грязной» и «глупой» свинье, специалистам должно быть известно, что свиньи обладают интеллектом, сравнимым с интеллектом собак [8, 10, 11, 16]). Однако знание нейробиологических основ существования животных не приводит к автоматическому пониманию студентами и даже преподавателями ветеринарии способностей и особенностей психологии животных и не ведут к более этичному отношению к ним. Отсюда и возникает мысль о том, что именно биоэтика, в частности, ветеринарная биоэтика, могла бы стать лучшим и полноценным способом подготовить будущих врачей ветеринарии к более этичному исполнению профессиональных обязанностей.

Как замечает А. Созинов, «биоэтика лишена корпоративной ограниченности медицинской этики, в отличие от биомедицинской этики рассматривает в качестве основной своей категории «жизнь» вообще, а не «жизнь» индивидуальную» [6]. Именно этот «экологический», выходящий за рамки человеческого универсума аспект биоэтики, делает ее такой востребованной в областях взаимодействия людей с другими формами жизни.

Вместе с развитием медицины человека меняется также характер ветеринарии. При всей необходимости лечить животных с помощью новейших и более эффективных средств возможно возникновение ситуаций, в которых применение неких процедур, типичных для человеческой медицины, будет проблемным или даже неприемлемым с этической точки зрения в области ветеринарии. В решении

проблем такого типа биоэтика может быть более полезной, чем традиционная профессиональная этика врача-ветеринара. Свое мнение я постараюсь доказать на примере трансплантологии – ставшей уже рутинной в области человеческой медицины, но, тем не менее, остающейся крайне проблемной в области лечения животных.

Трансплантация почки собаке: казус пса-донора Сатурна. В марте 2018 года польские СМИ сообщили о спорном случае трансплантации почки собаке в одной из ветеринарных клиник Варшавы. В январе 2018 клиника «Ланцет» («Lancet») опубликовала на своем сайте [21] информацию об удачном проведении трансплантации почки собаке породы вельш-корги-пемброк по кличке Бубу. Как потом оказалось, это была уже вторая трансплантация, проведенная в этой клинике. Про донора почки в сообщении ничего не говорилось. Журналисты, заинтересовавшиеся темой, после недолгого расследования обнаружили, что донором стала собака из приюта для бездомных животных. Журналисты выяснили, что несколько лет ранее врачи той же клиники провели похожую трансплантацию, закончившуюся, однако, смертью реципиента почки, и что донором стала бездомная собака с того же самого приюта.

Эти новости вызвали в обществе дискуссии о том, имеет ли врач право привлекать в качестве донора бездомных собак, а также насколько вообще этически трансплантации в области ветеринарной медицины.

Из рассказа ветеринарного врача Яцека Стемпковского (Jacek Stepkowski), который провел обе трансплантации, информации, опубликованной ветеринарной клиникой «Ланцет» на своем сайте и в соцсетях [21, 24]), рассказа хозяйки пса-донора Сатурна и новостей СМИ (видеорепортажа и последующих статей [17–19]) складывается следующая картина: ветеринарный врач Стемпковский всю профессиональную жизнь стремился к проведению такого рода операции. В 2014 г. он провел первую трансплантацию почки от пса-донора Сатурна 2,5-летней немецкой овчарке Джокеру. Известно, что хозяйка овчарки разводит собак этой породы и у нее были родственники Джокера, которые тоже рассматривались в качестве доноров. Однако хозяйка «не решилась», по словам Стемпковского, на то, чтобы одна из ее собак выступила в качестве донора. В итоге, Дариуш Ружицки (Dariusz Różycki), ветеринарный врач из приюта для бездомных животных, предоставил данные о подходящей собаке. Поскольку в Польше закон о защите животных запрещает использование бездомных животных для научных или дидактических опытов (art. 7 pkt 2 Ustawy z dnia 21 stycznia 2005), врачи обезопасили себя, потребовав, чтобы над собакой-донором была юридически оформлена опека владельцами собаки-реципиента. Схожая процедура существует и в США. По заявлениям врачей, в дальнейшем собака-донор должна была быть обеспечена бесплатной ветеринарной опекой. Пес Джокер (реципиент) умер спустя 17 дней после операции в результате инфекции, а его хозяйка избавилась от собаки-донора: Сатурн попал в новую семью, которая не была проинформирована об особенностях его состояния здоровья и прошедшей операции по удалению органа. В ходе рутинных обследований новая хозяйка обнаружила, что у Сатурна есть следы изъятия почки. Однако общественность и СМИ проявили внимание к этому случаю только после объявления, данного 14 января 2018 г. клиникой «Ланцет» о проведении в ноябре 2017 г. удачной трансплантации почки другой собаке.

На этот раз реципиентом почки был почти 3-летний вельш-корги-пемброк Бубу. Врач Ружицки опять нашел донора среди бездомных приютских собак, суку Тошу, над которой хозяйка Бубу оформили опеку. На этот раз клиника взяла на себя обязанность опеки над Тошей в случае, если ее новые хозяева не исполняли бы своих обязанностей [25]. По заявлению Стемпковского, на настоящий момент обе собаки проживают вместе, у обеих хорошее состояние здоровья. Однако собаке-донору Сатурну из-за удаления почки требуется специальная диета и прием медикаментов, а также регулярное ветеринарное наблюдение. Состояние его единственной почки ухудшается. Как утверждает его новый ветеринарный врач, Сатурн,

скорее всего, будет жить короче, чем в случае, если бы у него остались обе почки.

После публикаций в СМИ и выявления того факта, что донорами органов стали бездомные собаки, на клинику обрушилась волна критики, прежде всего, со стороны пользователей Интернета. Стоит заметить, что председатель Национальной Врачебно-Ветеринарной Палаты послал открытое письмо депутату Павелу Суски (Paweł Suski) из Парламентарной группы друзей животных с просьбой включить в работу над новым Уставом о защите животных проблемы трансплантологии и тем самым создать правовые рамки для данной ветеринарной процедуры [12]. Ветеринарные врачи П. Листос (P. Listos) и К. Панашюк-Флак (K. Panasiuk-Flak) из Университета естественных наук в Люблине (Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie) указывают, что «широкое толкование ветеринарного права позволяет определить правовые, юридические и этические аспекты ее применения в отношении животных» [14, с. 152].

Основной аргумент тех, кто выступал против трансплантации, заключается в том, что донорами были именно бездомные собаки (то есть лишенные своего «представителя»), который мог бы отстаивать их права, то есть хозяина). Те, кто поддерживал проведенные операции по пересадке почек собакам, ссылаются на прогресс в ветеринарии и успех «новой» процедуры, которая может спасти многие жизни домашних животных, а также на некий математический расчет: жить будут две собаки вместо одной [25]. Подчеркивается, что клиника действует в рамках закона, который не запрещает проведения трансплантации органов животным.

В размышлениях над правовой и этической допустимостью трансплантации органов животных приняли участие также специалисты из области гуманитарных наук. Х. Мамзер перечисляет ряд проблемных сфер, которые требуют выяснения и принятия определенных решений в связи с возникновением подобной ветеринарной практики в Польше. Она, прежде всего, указывает на разницу в стандартах стерильности и гигиены в ветеринарных клиниках и в больницах, предназначенных для людей [15, с. 145]. Также необходимо рассмотреть вопрос о продолжительности жизни собак после пересадки почек и задать вопросом, стоит ли вообще проводить трансплантации в случае лишь незначительного продления их жизни (продолжительности жизни собак после трансплантации составляла 24 дня (от половины дня до 4014 дней), с вероятностью выживаемости в течение 15 дней 50 %, в течение 100 дней 36 %) [15, с. 146]. У людей спустя 5 лет после пересадки почки от 76 до 88 % пересаженных органов исполняет свои функции [20].

К этим выводам можно добавить, что для стран, в которых эвтаназия животных не регулируется законом и может быть проведена по желанию владельца животного (напр. в России), это могло бы привести к небоснованному проведению эвтаназии на одних животных с целью спасения других, и даже к своего рода торговле органами животных.

Трансплантации почки собакам в Москве. С 2000 года трансплантацию почек собакам и кошкам проводит ветеринарный врач А.А. Воронцов. Опыт у него более значительный, чем у польских врачей ветеринаров, у которых на счету пока только две операции. Счет прооперированных А.А. Воронцовым животных идет на десятки [3].

А.А. Воронцов замечает, что трансплантация почки осуществляется «у животных с терминальной стадией почечной недостаточности на фоне проявления нефросклероза, дисплазии, поликистоза и других морфологических факторов, способствующих нарушению функции нефрона» [1, с. 74], то есть у животных, на которых не действуют другие виды лечения и для которых трансплантация – это последний шанс. Длительность жизни собаки с пересаженной донорской почкой составляет «в среднем (60,6 ± 15,2) суток» [1, с. 75]. В этом контексте стоит задуматься над важными аспектами, сопровождающими ветеринарную трансплантацию органа: психологическим стрессом, болезненными процедурами и качеством жизни в послеоперационный период.

Несмотря на то, что трансплантацию почки ветеринарные врачи из варшавской клиники «Ланцет» называли

«относительно простой», она, как любое хирургическое вмешательство, связана с большим дискомфортом пациента. Учитывая совсем небольшую выживаемость реципиентов (напомню, что, по разным данным, средний срок составляет от одного до трех месяцев), стоит задуматься над целесообразностью проведения операции, даже при условии, что она пройдет благополучно и собаке на несколько месяцев будет продлена жизнь. В случае отторжения органа ситуация еще более сложная: последние недели жизни собаки будут для нее полны страданий, как физических, так и психических.

А.А. Воронцов не использовал в качестве доноров бездомных собак из приютов, поскольку имел другую возможность – у него были здоровые собаки, отданные на усыпление своими владельцами. Поскольку собакам и так была уготована смерть, может показаться, что в данном случае этических коллизий не возникает [2].

В Польше усыпление здорового животного по просьбе владельца (если животное не представляет опасности для окружения) запрещено законом. Скорее поэтому врачи из клиники «Ланцет» были «вынуждены» искать доноров среди бездомных собак, которым требовалось еще найти дом, так чтобы к операции у них уже был статус «домашних» животных. Многие российские ветеринарные клиники заявляют о том, что не усыпляют здоровых животных. Этого не требует закон, это просто этическая установка данной клиники. И именно здесь проявляется весь цинизм российской ветеринарной трансплантологии: она проводится ради спасения жизни терминально больных животных, и в то же время пользуется органами полностью здоровых животных, обреченных на смерть по воле хозяев.

Можно сомневаться в этичности использования здорового животного в качестве «мешка с органами» ради операции, которая даже не гарантирует выздоровления другого животного. Подобное действие даже нельзя рассчитать по «математической формуле» варшавских ветеринаров (две жизни вместо одной), поскольку самый правдоподобный исход в этом случае – это две смерти, которым в обоих случаях предшествовали мучительные медицинские вмешательства. Даже оставаясь в рамках анахроничного закона РФ и соглашаясь на эвтаназию здоровых животных, не должно существовать согласия на проведение на них инвазивных и стрессовых процедур и на их инструментализацию перед смертью. Та форма, в которой трансплантации проводятся сейчас, дает все основания полагать, что благо животных не служит основной мотивацией врача ветеринара. В то же время ветеринарный врач, как и врач человеческой медицины – это исполнитель социально значимой профессии, от которого требуется особая чуткость в этических вопросах.

Сравнение главных аспектов пересадки органов у человека и у других животных. Несмотря на то, что с точки зрения технологии и биологии проблемы трансплантологии в области человеческой и ветеринарной медицины почти не отличаются (бесспорным доказательством чего служит факт, что вся трансплантология органов людей основывается на экспериментах, проведенных на животных), этические проблемы трансплантологии в обоих случаях отличаются кардинально. Именно поэтому, являясь сторонником донорства органов в человеческой медицине, я высказываюсь против развития трансплантологии у животных. По крайней мере, в части, связанной с пересадками от доноров, как живых, так и мертвых. Выходом может быть, например, развитие искусственных органов (аналогично медицине людей).

Стоит вспомнить, каким образом рассматривается в обществе донорство органов в области гуманитарной медицины. Это, прежде всего, «благородный» акт пожертвования собой, как в случае прижизненного, так и трупного донорства. Орган – это своего рода «подарок жизни». Реципиенты в большинстве превосходят донора, осознают, с чем связано для него их спасение. Папа Римский Иоанн Павел II, одобрявший трансплантацию, сказал следующее про их этический аспект: «Любая пересадка

органа имеет свой источник в решении с великим этическим значением, а именно в решении отдать бескорыстно части своего тела другому человеку для его здоровья и хорошего самочувствия. Благородство такого жеста состоит в том, что является он настоящим актом любви. Это не вопрос отдать что-то, что принадлежит нам, а отдать что-то из себя» [22]. Забор органа возможен только с разрешения донора, который должен быть осведомлен обо всех возможных опасностях и осложнениях.

Конечно, можно спорить о том, насколько такое решение, особенно в случае прижизненного родственного донорства «свободно». Е. Шкомова замечает, что «в литературе описываются случаи, когда члены семьи преувеличенно ведут борьбу за право стать донором, стремясь тем самым компенсировать ранее допущенную холодность по отношению к реципиенту» [7, с. 144]. В случае животных, применяемых в качестве доноров, никакие психоэмоциональные факторы, которые были бы для животного «наградой» за донорство органа, не присутствуют. Напротив, можно сделать вывод о том, что животное-донор не только не получает вообще никаких положительных ощущений (не говоря об адекватной компенсации взамен изъятого органа), а только сильные отрицательные эмоции.

Сомнения вызывает также использование для донорства органов бездомных животных, на что обратила внимание общественность в деле пса Сатурна. Бездомность – это особенный вид социальной уязвимости. Использование органов от бездомных человеческих доноров, даже в обмен за материальные блага (например, новый дом) расценивалось бы как торговля органами. Использование для трансплантации почек бездомных животных вызывает этические сомнения как инструментализация уязвимой группы животных. Более того, это яркий пример конфликта интересов: за «донора» и «реципиента» одновременно отвечают одни и те же лица. В человеческой медицине акцент ставится на то, чтобы врачи, которые спасают жизнь возможного донора, и врачи, которые спасают жизнь реципиента, были четко разделены.

Однако не только бездомность несет в себе риск отсутствия правильной репрезентации интересов животного-донора. В связи с овеществлением животных в российском законодательстве (что является глубоким анахронизмом по сравнению с законодательствами многих других стран), даже животное, имеющее своего хозяина, может быть теоретически использовано в качестве донора. Возможное материальное вознаграждение хозяев должно считаться недопустимым, поскольку может привести к торговле органами животных. Те же опасения вызывает предсмертное изъятие органов животных, направленных на эвтаназию (изъятие органов у уже мертвых животных усложнено из-за воздействия фармакологических средств, влияющих на состояние органов). Предсмертное и посмертное изъятие органов могло бы быть этически допустимо, если законодательство исключило бы возможности злоупотребления со стороны владельцев животных и ветеринаров, в первую очередь, деверефицируя животных и запрещая эвтаназию по немедицинским причинам.

Существует, однако, некий парадокс, который также надо учитывать, обсуждая вопрос допустимости проведения трансплантации органов от одних животных другим. Большинство людей стремится не допускать, чтобы любым собакам причиняли страдания, ведь все они – «лучшие друзья человека». Различное отношение к разным видам животных можно, вслед за известным этиком животных Гари Франсионом, назвать «моральной шизофренией».

Следует особо сказать о ксенотрансплантации – то есть о пересадке органов, клеток или тканей между организмами разных биологических видов, нацеленной на лечение как людей, так и животных. В области терапевтической практики она применяется в ограниченных рамках: пересаживаются сердечные клапаны, сухожилия и хрящи других видов. Однако в настоящее время разрабатываются новые способы использования «потенциала» тел животных в лечении людей, например, выращивание органов человека в животных, как своего рода «перевернутая

ксенотрансплантация», получение стволовых клеток от животных или производство человеческой крови в организме животных. Ксенотрансплантация применяется также в области разработки терапий в качестве метода создания животных – моделей заболеваний человека (например, онкомышь и другие гуманизированные животные). Терапевтическая ксенотрансплантация проводится также в области ветеринарии, например, операции пересадки клапана из бычьего перикарда животным-компаньонам с кардиологическими проблемами. Такие операции проводит, например, Крис Ортон (Chris Orton) из Colorado State University [23]. Получается, что мы готовы пожертвовать одними видами животных не только для спасения членов своего вида, но также для спасения тех видов животных, которые нам ближе. При этом нельзя забывать, что наш выбор в пользу одних видов ценой других культурно обусловлен и не основан на объективных критериях.

Я более детально описала случаи трансплантаций в Польше, поскольку они вызывают неоднозначные этические оценки. Случай практики А.А. Воронцова, с этической точки зрения, однозначен: этот врач может строить свою профессиональную карьеру благодаря анахроничному законодательству и своего рода пассивности общества.

**Заключение.** Экспертиза любого ветеринарного случая, сделанная с позиции биоэтики, позволяет увидеть во всех участниках субъектов, обладающих правом на полноценную жизнь, и выйти за пределы шаблона «ветеринар – пациент-животное – хозяева животного», а также оценить действия ветеринарных врачей с более широкой, неантропоцентричной перспективы.

На основе анализа польских примеров трансплантации почки собакам можно сделать выводы о допустимости или недопустимости такого рода трансплантации, учитывая законодательные рамки, медико-технологические возможности, отношение к животным в обществе и возможные способы обращения с донорами органов. В статье указаны факторы, которые вызывают этические сомнения и вряд ли могут быть ликвидированы в будущем. Например, это факт, что собаки-доноры не получают никаких позитивных ощущений (психологической «награды») от своего донорства, их дальнейшая жизнь будет во многом зависеть от качества опеки над ними, а изъятие органов как прижизненное, так и посмертное, может привести к развитию торговли органами. Одновременно человеческие участники получают бесспорную пользу от трансплантации органов животных-компаньонов: ветеринарные врачи получают возможности для карьерного роста и самореализации, ветеринарное учреждение может увеличить свои доходы, а владельцы собак-реципиентов спасают свое животное.

Отсюда можно сделать вывод, что преимущества трансплантации в ветеринарии несут неровный характер, представляют собой большую этическую угрозу и, следовательно, не должны проводиться как с живыми, так и (за возможными исключениями) с мертвыми донорами. В случае животных-компаньонов, которые во многих отношениях воспринимаются значительной частью общества в качестве нечеловеческих субъектов, предметное обращение с ними противоречит сложившимся социокультурным стандартам, и поэтому вызывает этические сомнения (там, где схожее обращение с другими видами сомнений практически не вызывает).

Можно ли тогда не лечить больное животное при наличии возможной терапии? Прежде всего, надо уточнить, что на современной стадии развития ветеринарной трансплантации речь идет, в лучшем случае, о небольшом продлении жизни, а не о выздоровлении животного. В свете всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что нельзя спасать одно животное ценой жизни или здоровья другого животного. На мой взгляд, ветеринарная трансплантология, связанная с донорством, не должна практиковаться.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцов А.А., Мордас Е.М., Трансплантации почек и печени у кошек и собак в клинической практике // Ветеринарная патология. – 2008. – № 4. – С. 74–75.

2. Воронцов А.А. Пересадка почки как активный метод лечения острой и хронической почечной недостаточности у собаки и кошки // Ветеринар. – 2003. – № 1. <http://www.liveanimal.ru/sobaki/veterinaria/khirurgiya/peresadka-pochki-kak-aktivnyj-metod-lecheniya-ostroj-i-khronicheskoy-pochечноj-ndostatocznosti-u-sobaki-i-koshki>, [Электронный ресурс].

3. Воронцов А.А. Трансплантация почки у кошек и собак. 2008. <http://www.vetchirurg.ru/st8.html?id=12>. [Электронный ресурс].

4. Закон «О ветеринарии» (с изменениями на 3 июля 2016 года). <http://docs.cntd.ru/document/9004249> [Электронный ресурс].

5. Профессиональная этика ветеринарного врача: краткий курс лекций для студентов I курса специальности 36.05.01 «Ветеринария» / Сост.: И.Ю. Домницкий // ФГБОУ ВО Саратовский ГАУ. – Саратов, 2016.

6. Созинов А.С. Семь рождений, семь матерей и семь ипостасей биоэтики // ПИМ. – 2008. – № 32. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sem-rozhdeniy-sem-materey-i-sem-ipostasey-bioetiki> [Электронный ресурс].

7. Шкомова Е.М. «Качество жизни» в контексте развития современной трансплантологии / Биотехнологическое улучшение человека как проблема социально-гуманитарного знания Материалы Школы молодых учёных. Под ред. Б.Г. Юдина, О.В. Поповой. – М., 2017. – С. 141–149.

8. Broom D.M., Sena H., Moynihan K.L. Pigs learn what a mirror image represents and use it to obtain information // Anim. Behav. – 2009. – № 78. – P. 1037–1041.

9. Elzanowski A. Potrzeba efektywnego kursu etyki w kształceniu lekarzy weterynarii // Życie Weterynaryjne. – 2017. – Т. 92, № 6. – С. 412–414.

10. Gieling E.T., Mijdam E., Staay van der F. J., Nordquist R. E. Lack of mirror use by pigs to locate food // Applied Animal Behaviour Science. – 2014. – Vol. 154, May. – P. 22–29.

11. Gieling E.T., Staay van der F. J., Nordquist R. E., Assessing learning and memory in pigs // Animal Cognition. – 2011. – Vol. 14, Issue 2. – P. 151–173.

12. KILW/063/01/18, письмо с дня 01.02.2018 // Życie Weterynaryjne. – 2018. – № 93 (3). – P. 142.

13. Kodeks Etyki Lekarza Weterynarii, Warszawa, 2009.

14. Listos P., Panasiuk-Flak K. Aspekty prawne transplantacji narządów w medycynie człowieka oraz medycynie weterynaryjnej // Życie Weterynaryjne. – 2018. – № 93 (3). – P. 149–152.

15. Mamzer H., Dylematy etyczne wobec transplantacji narządów u zwierząt // Życie Weterynaryjne. – 2018. – № 93 (3). – P. 145–148.

16. Mendl M., Held S., Byrne R. W., Pig cognition // Current Biology. – 2010. – Vol. 20, Issue 18. – P. R796–R798.

17. Moda na przeszczepy u zwierząt domowych // Wprost, 11.03.2018, <https://www.wprost.pl/kraj/10110143/moda-na-przeszczepy-u-zwierzat-domowych-to-barbarzynstwo-i-skazywanie-psa-na-bycie-kaleka.html>. [Электронный ресурс].

18. Od zachwytu do awantury. O pierwszym udanym zabiegu transplantacji nerki u psa w Polsce // Dziennik.pl, 02.03.2018, [http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/569905\\_pies-oddanerke-pilnie.html](http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/569905_pies-oddanerke-pilnie.html) [Электронный ресурс].

19. Przeszczepy u psów. To nie jest etyka, a matematyka, <https://uwaga.tvn.pl/reportaze,2671,n/przeszczepy-u-psow-to-nie-jest-etyka-a-matematyka,254675.html>, 10.03.2018, uwaga.tvn.pl [Электронный ресурс].

20. Rejestr przeszczepień narządów // Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji «Poltransplant», 1 (25), 2017, ISSN 1428-0825.

21. <http://www.lancet.waw.pl/zespol-kliniki-lancet-wykonal-pierwszy-udany-przeszczep-nerki-u-psa/> [Электронный ресурс].

22. [http://www.zoz.chelmno.pl/zoz/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=32&Itemid=88](http://www.zoz.chelmno.pl/zoz/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=32&Itemid=88) [Электронный ресурс].

23. <https://publicrelations.colostate.edu/2005/09/20/colorado-state-universitys-canine-open-heart-surgery-team-releases-armstrongsdog-in-good-health/> [Электронный ресурс].

24. <https://www.facebook.com/LancetKlinikaWeterynaryjna/> [Электронный ресурс].

25. <https://www.facebook.com/LancetKlinikaWeterynaryjna/posts/1304043036363969> [Электронный ресурс].

#### REFERENCES

1. Voroncov A.A., Mordas E.M., Transplantacji pochek i печени u koshek i sobak v klinicheskoy praktike // Veterinarnaja patologija, № 4, 2008, p. 74–75.

2. Voroncov A.A., Peresadka pochki kak aktivnyj metod lechenija ostroj i hronicheskoy pochečnoj ndostatocznosti u sobaki i koshki // Veterinar. 2003. № 1. <http://www.liveanimal.ru/sobaki/veterinaria/khirurgiya/peresadka-pochki-kak-aktivnyj-metod-lecheniya-ostroj-i-khronicheskoy-pochечноj-ndostatocznosti-u-sobaki-i-koshki> [Electronic resource].

3. Voroncov A.A., Transplantacja pochki u koshek i sobak, 2008, <http://www.vetchirurg.ru/st8.html?id=12>. [Electronic resource].
4. Zakon «O veterinarii» (s izmenenijami na 03.06.2016), <http://docs.cntd.ru/document/9004249> [Electronic resource].
5. Professional'naja jetika veterinarnogo vracha: kratkij kurs lekcij dlja studentov I kursa special'nosti 36.05.01 «Veterinarija» / Sost.: I.Y. Domnickij // FGBOU VO Saratovskij GAU. Saratov, 2016
6. Sozinov A. S., Sem' rozhdenij, sem' materej i sem' ipostasej bioetiki // PM. 2008. № 32. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sem-rozhdenij-sem-materej-i-sem-ipostasej-bioetiki> [Electronic resource].
7. Shkomova E.M. «Kachestvo zhizni» v kontekste razvitija sovremennoj transplantologii / Biotehnologicheskoe uluchshenie cheloveka kak problema social'no-gumanitarnogo znanija Materialy Shkoly molodyh uchjonyh. Ed. B.G. Yudin, O.V. Popova. 2017. S. 141–149.
8. Broom D.M., Sena H., Moynihan K.L. Pigs learn what a mirror image represents and use it to obtain information, *Anim. Behav.* 2009. 78. P. 1037–1041.
9. Elzanowski A. Potrzeba efektywnego kursu etyki w ksztalceniu lekarzy weterynarii // *Życie Weterynaryjne.* 2017. T. 92, № 6, S. 412–414.
10. Gieling E.T., Mijdam E., Staay van der F. J., Nordquist R. E. Lack of mirror use by pigs to locate food // *Applied Animal Behaviour Science.* May 2014. Vol. 154. P. 22–29.
11. Gieling E.T., Staay van der F. J., Nordquist R. E. Assessing learning and memory in pigs // *Animal Cognition.* 2011. Vol. 14, Issue 2. P. 151–173.
12. KILW/063/01/18, list z dnia 01.02.2018 // *Życie Weterynaryjne.* 2018. № 93 (3). C. 142.
13. Kodeks Etyki Lekarza Weterynarii, Warszawa, 2009.
14. Listos P., Panasiuk-Flak K. Aspekty prawne transplantacji narządów w medycynie człowieka oraz medycynie weterynaryjnej // *Życie Weterynaryjne.* 2018. № 93 (3). C. 149–152.
15. Mamzer H., Dylematy etyczne wobec transplantacji narządów u zwierząt // *Życie Weterynaryjne.* 2018. № 93(3). C. 145–148.
16. Mendl M., Held S., Byrne R. W., Pig cognition // *Current Biology.* 2010. Vol. 20, Issue 18. P. R796–R798.
17. Moda na przeszczepy u zwierząt domowych // *Wprost,* 11.03.2018, <https://www.wprost.pl/kraj/10110143/moda-na-przeszczepy-u-zwierzat-domowych-to-barbarzynstwo-i-skazywanie-psa-na-bycie-kaleka.html>. [Electronic resource].
18. Od zachwytu do awantury. O pierwszym udanym zabiegu transplantacji nerki u psa w Polsce // *Dziennik.pl,* 02.03.2018, [http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/569905\\_pies-odda-nerke-pilnie.html](http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/569905_pies-odda-nerke-pilnie.html) [Electronic resource].
19. Przeszczepy u psów. To nie jest etyka, a matematyka, <https://uwaga.tvn.pl/reportaze,2671,n/przeszczepy-u-psow-to-nie-jest-etyka-a-matematyka,254675.html>, 10.03.2018, uwaga.tvn.pl [Electronic resource].
20. Rejestr przeszczepień narządów // *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji «Pol-transplant»,* 1 (25), 2017, ISSN 1428-0825.
21. <http://www.lancet.waw.pl/zespol-kliniki-lancet-wykonal-pierwszy-udany-przeszczep-nerki-u-psa/> [Electronic resource].
22. [http://www.zoz.chelmno.pl/zoz/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=32&Itemid=88](http://www.zoz.chelmno.pl/zoz/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=32&Itemid=88) [Electronic resource].
23. <https://publicrelations.colostate.edu/2005/09/20/colorado-state-universitys-canine-open-heart-surgery-team-releases-armstrongs-dog-in-good-health/> [Electronic resource].
24. <https://www.facebook.com/LancetKlinikaWeterynaryjna/> [Electronic resource].
25. <https://www.facebook.com/LancetKlinikaWeterynaryjna/posts/1304043036363969> [Electronic resource].

УДК 614.253.1

## НОВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ БИОЭТИКИ

**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. А. Рухтин***кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права ВолГМУ, старший научный сотрудник ВМНЦ, ruhtin@list.ru*

Актуальность биоэтических исследований в эпоху интенсивного развития и внедрения в практику новых биотехнологий улучшения человека неоспорима. В то же время биоэтике пока отказано в статусе научной специальности в нашей стране. Это серьезно тормозит ее развитие. Последние достижения в области биоэтики свидетельствуют о том, что без ее объяснительных гипотез и прогнозов увеличивается количество социальных рисков практического применения новых биотехнологий. На примере последних достижений в биоэтике в статье обосновываются предложения по изменению ее научного статуса.

**Ключевые слова:** биоэтика, биотехнологии, конструирование человека, персонализация, научная специальность, академическая наука.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-57-59

## NEW DOMESTIC RESEARCH IN THE FIELD OF BIOETHICS

**B. A. Navrotsky***Doctor of philosophy, Professor, Head of Department for philosophy, psychology and sociology, Volgograd state Technical University, Chief editor of the journal «Sociology of City», banavr17@gmail.com***A. A. Rukhtin***Candidate of philosophy, associate Professor of philosophy, bioethics and law of VSMU, senior researcher of VNC, ruhtin@list.ru*

The relevance of bioethical research is undeniable in the era of intensive development and implementation of new biotechnologies of human improvement. At the same time, bioethics has been denied the status of a scientific specialty in our country. This seriously hinders its development. Recent achievements in the field of bioethics show that the number of social risks of practical application of new biotechnologies increases without its explanatory hypotheses and forecasts. The article substantiates the proposals to change its scientific status on the example of the latest achievements in bioethics

**Key words:** bioethics, biotechnology, human design, personalization, scientific specialty, academic science.

Проблема внедрения технологий «human enhancement» и биотехнологического конструирования человека в целом сейчас чрезвычайно популярна, хотя массовое сознание воспринимает такое конструирование неоднозначно – как благо и как угрозу. Научное сообщество в контексте указанной проблемы демонстрирует высокий уровень дифференцированности – каждый занят техническим прогрессом в своей собственной исследовательской области, далеко не всегда задумываясь об отдаленных эффектах своих достижений. Ярким примером может служить недавний случай редактирования генома эмбрионов человека, проведенного в Китае. Радость по поводу такого научно-технического прорыва была сильно омрачена отсутствием ответов на вопросы типа «А что дальше?», «Не является ли это нарушением прав человека?», «Этично это или неэтично?» и т.д. Данный случай еще раз продемонстрировал, насколько остро все мы нуждаемся в продуманной, доказательной этической философии методологии биотехнологического конструирования человека, чтобы он (человек) не превратился в жертву этого процесса.

Последние разработки в области биоэтики новых технологий позволяют обосновать критерии отбора таких технологий для безболезненного использования, определить соотношение «риск – польза» в их применении. Главную роль при этом играют эτικο-философские исследования, проводимые Институтом философии РАН [1–6], а также сотрудниками других научных учреждений России [7–10]. Некоторые из этих результатов публиковались в журнале «Биоэтика» [11, 12].

Показательным является то, что стали появляться варианты обобщения указанных результатов в виде диссертационных работ. Правда, представляются они по специальности 09.00.08 – Философия науки и техники, тогда как выводы авторов носят, безусловно, биоэтический характер.

В качестве примера приведем исследование О.В. Поповой «Биотехнологическое конструирование человека: эτικο-философские проблемы» на соискание ученой степени доктора

философских наук [13]. Сама постановка проблемы отличается научной новизной, а полученные результаты не только эвристичны, но и крайне востребованы в самых разных областях современной технонауки. По сути, диссертация О.В. Поповой является первым в нашей стране систематическим исследованием эτικο-философских проблем биотехнологического конструирования человека в качестве целостного феномена, границы которого были четко описаны Б.Г. Юдиным в концепции антропогенных фазовых переходов: между жизнью и смертью, человеком – машиной, человеком – животным. Целостный подход к предмету исследования, следование традициям российской школы биофилософии и биоэтики, эвристичность выводов и глубокий анализ интернациональных научных источников позволяют считать результаты данной работы достижением не только отечественной, но и мировой науки.

Плодотворно дан обзор отечественных и зарубежных исследований для выяснения соотношения природного и интенционального конструирования, причем проведен изысканный анализ самого понятия «конструирование», что позволило продуктивно пользоваться им в дальнейших рассуждениях. Представлен оригинальный взгляд на развитие биомедицины как первичного заказчика и исследовательского полигона новых биотехнологий. При этом очень важна мысль о соотношении терапевтического и биоинжендерного пространства медицины. Очень серьезный анализ проведен с целью обоснования статуса человека как биотехнологического артефакта.

Не может не вызвать интереса обсуждение идей Дж. Агамбена, позволившее диссертанту представить дескриптивный анализ биополитических практик превращения человеческого существа в объект биомедицинского исследования и биотехнологических трансформаций. В этом контексте в работе рассмотрены пограничные ситуации «между жизнью и смертью» не в привычном экзистенциалистском ракурсе и не на основе танатологических концепций психофизиологического толка или аксиологических интенций паллиативной помощи, а в строгом

соответствии с методологией исследования – в контексте этического философской парадигмы.

Пожалуй, главным достижением диссертанта явился категориальный анализ понятий «расширение», «улучшение», «усовершенствование» человека («enhancement») в контексте биотехнологической модификации человека, что позволило дать оценку онтологических и этических парадоксов, имманентно присущих феномену биоконструирования человека.

Практическая значимость исследования безусловна для организации института этического-правовой экспертизы внедрения биотехнологий конструирования человека и легитимизации критериев такой экспертизы. Не меньшую практическую значимость результаты диссертационного исследования представляют для преподавания биоэтики в медицинских и немедицинских вузах. Здесь можно отметить две причины. Во-первых, преподавание биоэтики нуждается в современном интересном материале, в интригующих фактах, сложных для понимания, но столь важных для развития способностей студентов мыслить – cases – все это в избытке представлено в диссертации О.В. Поповой. Во-вторых, и это важно не только для студентов, но и для преподавателей – диссертация О.В. Поповой построена на самом современном материале биоэтической и философской мировой литературы, знакомом с которым необходимо для разработки научно обоснованных ответов на интеллектуальные вызовы современной эпохи.

Другим интересным событием стала защита кандидатской диссертации С.Ю. Шевченко «Персонализация в медицине: философско-методологический анализ» [14]. Медицина является передовым полигоном внедрения новых биотехнологий. При этом биоэтическая регламентация такого внедрения востребована явно недостаточно. Характерный пример – персонализированная медицина. Многим казалось, что институализация персонализированной медицины возвращает современных медиков к постулату «Лечить больного, а не болезнь». Следовательно, открываются интересные перспективы интеграции медицины и философии человека! Но на практике дальше фармакогенетики апологеты персонализированной медицины не идут. Возникает расхождение между личностным подходом в медицине и тем процессом, который именуется «персонализация». Может ли это расхождение превратиться в противоречие? Каковы научные и социальные эффекты персонализации медицины? В каком виде она должна осуществляться? В чем ее смысл? Без ответа на эти и аналогичные вопросы развитие персонализированной медицины – это поход в неизвестность с непредсказуемыми последствиями. Никогда медицина не нуждалась так остро в философской интерпретации и методологическом прогнозе происходящих в ней изменений. Сергей Юрьевич Шевченко в своей диссертации «Персонализация медицины: философско-методологический анализ» делает попытку дать такую интерпретацию и прогноз. Попытка оказалась удачной, что подтверждается научными находками автора.

Специфика 4П-медицины, раскрытая с позиций философии науки и техники, определена как технонаучная, инновационно-ориентированная и сопряженная с трансляционной медициной. Естественно, доказательство строилось на модели молекулярно-биологических дисциплин, что обеспечило ее достоверность. Дана типология интеллектуальных образов 4П-медицины: социологического, медико-антропологического, методологического. Персонализированная медицина определена как технонаука, что позволило констатировать ее многоаспектность и эксплицировать важную особенность существования как объекта социального конструирования. Нельзя не согласиться с утверждением автора о том, что «современная технонаука нацелена не только на создание и распространение технического артефакта, но и на развитие и стабилизацию (в том числе и) социальных технологий пользования этим артефактом и технологий его распространения».

Наиболее ценным в работе представляется поиск оснований гуманитарной экспертизы проекта персонализированной медицины. Этическая коррекция и социальная аранжировка проекта – это те задачи, которые современная медицина решить не может, поэтому так ценен проведенный диссертантом анализ социогуманитарного направления развития персонализированной медицины.

Практический смысл любого философского исследования, как известно, фиксируется лишь опосредованно, но в данном случае он очевиден. Дело в том, что, несмотря на очевидную перспективность персонализированного подхода, множество причин осложняют переход от абстрактной концепции персонализированной **медицины** к реально работающей модели

персонализированного **здоровоохранения**. Перечень препятствий включает научные, биоэтические, экономические, образовательные и организационные. Говоря о научных препятствиях, в первую очередь следует упомянуть наиболее явную, а именно увеличение дистанции между практическим здравоохранением и фундаментальной биомедициной. Одним из ключевых составляющих прогресса персонализированной медицины является обнаружение новых биомаркеров. Однако прослеживается четкая тенденция к значительному уменьшению количества биомаркеров, внедряемых в клиническую практику. И этому есть объяснение – далеко не все биомаркеры могут являться ориентирами для персонализации диагностики и лечения.

Кроме того, существуют этические препятствия перехода от персонализированной медицины к персонализированному здравоохранению – это возможность генетической дискриминации, нерешенный вопрос свободного доступа пациентов к генетической информации в обход лечащего врача и, наконец, ограниченность ресурсов. Как видим, здесь отчетливо обозначен предмет для биоэтических исследований.

Очевидно, что обсуждаемые научные работы логично было бы представлять к защите по специальности «Биоэтика» или «Биомедицинская этика». Но такой научной специальности у нас нет. В разделе философских наук есть научная специальность «Этика». Паспорт специальности позволяет рассматривать биоэтические проблемы, практически, в любом аспекте. Но само понятие «биоэтика» в этом паспорте отсутствует, тогда как она давно уже представляет собой особое научное направление, генетически связанное уже не столько с этикой, сколько с науками о жизни и философией в целом. Кроме того, специальность «Этика» представлена всего в двух диссертационных советах – в ИФ РАН и в Национальном исследовательском Мордовском государственном университете им. Н.П. Огарева.

Что же касается медицинских наук, которые сейчас больше всего нуждаются в биоэтической методологии, то перечень научных специальностей здесь непомерно велик, но места биомедицинской этики в нем также не нашлось. Более того, в паспортах научных специальностей по разделу «Медицинские науки» никаких этических вопросов не предусмотрено.

Не заинтересована в повышении научного статуса биоэтики и РАН, несмотря на то, что она утверждена как «Федеральное государственное бюджетное учреждение "Российская академия наук" – высшее научное учреждение Российской Федерации, ведущий центр координации фундаментальных научных исследований и поисковых научных исследований, проводимых по важнейшим направлениям естественных, технических, медицинских, сельскохозяйственных, общественных и гуманитарных наук» [15]. Ни в Отделении общественных наук, ни в многочисленном Отделении медицинских наук нет ни одного специалиста по биоэтике или биомедицинской этике. Это не удивительно, поскольку структура РАН сформирована по загадочному принципу: «В соответствии с исторически сложившимся статусом и задачами (выделено нами – Б.Н., А.П.) Академия построена по научно-отраслевому и территориальному принципу и включает 13 отделений РАН (по областям и направлениям науки) и 3 региональных отделения РАН» [15]. Очевидно, что исторически статус и задачи сложились тогда, когда биоэтики и в помине не было. Но сейчас-то она есть! Она нужна, она просто необходима для того, чтобы риски «совершенствования человека» не стали реальностью.

Проведенный анализ показывает, что утверждение биоэтики как научной специальности и выделение биоэтической проблематики в специальное направление научных исследований РАН являются необходимыми, хотя и не достаточными условиями предотвращения биотехнологических рисков современной цивилизации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 8 [Текст] / Рос. акад. наук, Ин-т философии; Отв. ред. Ф.Г. Майленова. – М.: ИФРАН, 2014. – 252 с.
2. Проблема совершенствования человека: (в свете новых технологий) / Отв. ред. Г.Л. Белкина; ред.-сост. М.И. Фролова. М.: URSS, 2016. – 270 с.
3. Ценностные основания научного познания / Отв. ред. Г.Л. Белкина; ред.-сост. М.И. Фролова. – М.: URSS, 2017. – 310 с.
4. Попова О.В. Человек как артефакт биотехнологий / О.В. Попова; Рос. акад. наук, Ин-т философии. – М.: Канон+, Реабилитация, 2017. – 336 с.
5. Кожевникова, Магдалена. Гибриды и химеры человека и животного: от мифологии к биотехнологии [Текст] / М. Кожевникова; Рос. акад. наук, Ин-т философии. – М.: ИФРАН, 2017. – 151 с.

6. Биотехнологическое улучшение человека: социально-этические проблемы. – М.: Издательство «Социум», 2017. – 64 с.

7. Рабочие тетради по биоэтике: сб. науч. ст. / под ред. П. Д. Тищенко – М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2017. – 160 с.

8. Биотехнологическое улучшение человека как проблема социально-гуманитарного знания: материалы Школы молодых ученых / под ред. Б. Г. Юдина, О. В. Поповой. – М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2017. – 208 с.

9. Конвергенция технологий и дивергенция будущего человека. Рабочие тетради по биоэтике. Сб. науч. ст. / под ред. Тищенко П. Д. – М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2017. – 160 с.

10. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А., Волчанский М.Е. Технологии «улучшения человека» в социологическом измерении. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017 – 198 с.

11. Sedova N.N. Returning to philosophical foundation of bioethics // Биоэтика. – 2017. – № 1. – С. 61–63.

12. Седова Н.Н. Этический портрет «Homo perfectus»: от биоэтики к технотике // Биоэтика. – 2016. – № 2. – С. 6–10.

13. Попова О.В. Биотехнологическое конструирование человека: этико-философские проблемы: Дис. ... д. филос. н. – М.: ИФ РАН, 2019.

14. Шевченко С.Ю. Персонализация в медицине: философско-методологический анализ: Дис. ... к. филос. н. – М.: ИФ РАН, 2019.

15. Российская Академия Наук. Структура РАН // <http://www.ras.ru/sciencestructure.aspx>. Доступ 06.03.2019.

## REFERENCES

1. Bioetika i gumanitarnaya ehkspertiza. Вып. 8 [Текст] / Рос. akad. nauk, In-t filosofii; Отв. red. F.G. Majlenova. M.: IFRAN, 2014. 252 s.

2. Problema sovershenstvovaniya cheloveka: (v svete novyh tekhnologii) / Отв. red. G.L. Belkina; red.-sost. M.I. Frolova. M.: URSS, 2016. 270 s.

3. Cennostnye osnovaniya nauchnogo poznaniya / Отв. red. G.L. Belkina; red.-sost. M.I. Frolova. M.: URSS, 2017. 310 s.

4. Popova O.V. Chelovek kak artefakt biotekhnologii / O.V. Popova; Ros. akad. nauk, In-t filosofii. M.: Kanon+, Reabilitaciya, 2017. 336 s.

5. Kozhevnikova, Magdalena. Gibridy i himery cheloveka i zhivotnogo: ot mifologii k biotekhnologii [Текст] / M. Kozhevnikova; Ros. akad. nauk, In-t filosofii. M.: IFRAN, 2017. 151 s.

6. Biotekhnologicheskoe uluchshenie cheloveka: social'no-ehiticheskie problemy. M.: Izdatel'stvo «Socium», 2017. 64 s.

7. Rabochie tetradi po bioetike: sb. nauch. st. / pod red. P. D. Tishchenko M.: Izdatel'stvo Moskovskogo gumanitarnogo universiteta, 2017. 160 s.

8. Biotekhnologicheskoe uluchshenie cheloveka kak problema social'no-gumanitarnogo znaniya: materialy SHkoly molodyh uchyonih / pod red. B.G. YUdina, O.V. Popovoj. – M.: Izdatel'stvo Moskovskogo gumanitarnogo universiteta, 2017. 208 s.

9. Konvergenciya tekhnologii i divergenciya budushchego cheloveka. Rabochie tetradi po bioetike. Sb. nauch. st. / pod red. Tishchenko P. D. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo gumanitarnogo universiteta, 2017. 160 s.

10. Sedova N.N., Navroцкий B.A., Volchanskij M.E. Tekhnologii «uluchsheniya cheloveka» v sociologicheskom izmerenii. Volgograd: Izd-vo VolgGMU. 2017 198 s.

11. Sedova N.N. Returning to philosophical foundation of bioethics // Bioetika. 2017. № 1. S. 61–63.

12. Sedova N.N. Ehticheskij portret «Homo perfectus»: ot bioetiki k tekhnootike // Bioetika. 2016. №2. S. 6–10.

13. Popova O.V. Biotekhnologicheskoe konstruirovaniye cheloveka: ehiko-filosofskie problemy. Dis. ... d. filos. n. M.: IF RAN, 2019.

14. Shevchenko S.YU. Personalizaciya v medicine: filosofsko-metodologicheskij analiz. Dis. ... k.filos.n. Moskva: IF RAN, 2019.

15. Rossijskaya Akademiya Nauk. Struktura RAN // <http://www.ras.ru/sciencestructure.aspx>. Dostup 06.03.2019.

УДК 614.253.1

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БИОЭТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

**А. В. Петров**

*доктор философских наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, [philosophy.volmsu@yandex.ru](mailto:philosophy.volmsu@yandex.ru)*

**О. В. Костенко**

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права ВолГМУ, [olyakostenko@mail.ru](mailto:olyakostenko@mail.ru)*

Решением Президиума Кластера «Южный» МЗ РФ создана и начала свою работу с января 2019 г. Комиссия по социально-гуманитарным направлениям научно-образовательной деятельности в медицине. Это первая попытка объединения гуманитариев медицинских вузов в нашей стране. В числе своих задач Комиссия планирует продвижение и защиту биомедицинской этики как обязательной учебной дисциплины в среднем, высшем и последипломном медицинском образовании.

**Ключевые слова:** биомедицинская этика, гуманитарные дисциплины, высшее медицинское образование, непрерывное медицинское образование, кластер.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-59-60

## NEW OPPORTUNITIES BIOETHICAL TRAINING OF FUTURE DOCTORS

**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, senior researcher of the Volgograd medical research center, [philosophy.volmsu@yandex.ru](mailto:philosophy.volmsu@yandex.ru)*

**O. V. Kostenko**

*Candidate of medical Sciences, associate Professor of philosophy, bioethics and law [olyakostenko@mail.ru](mailto:olyakostenko@mail.ru)*

The Commission on social and humanitarian areas of scientific and educational activities in medicine has been approved by decision of the Presidium of the Cluster "South" of the Ministry of Health of the Russian Federation/ The Commission began its work in January 2019. This is the first attempt to unite humanitarians of medical universities in our country. The Commission plans, in particular, to promote and protect biomedical ethics as a mandatory discipline in secondary, higher and postgraduate medical education.

**Key words:** biomedical ethics, Humanities, higher medical education, continuing medical education, cluster.

Целью работы Комиссии является интеграция образовательной и научной деятельности студентов медицинских вузов, входящих в Кластер, а также педагогической и научной деятельности преподавателей кафедр социально-гуманитарных дисциплин. Комиссия должна способствовать активизации формирования медицинской культуры в условиях цифровой медицины и перехода к персонализированному здравоохранению.

Причины создания комиссии можно сформулировать следующим образом:

- увеличение количества социальных рисков в условиях интенсивного развития биомедицины и внедрения новых технологий, не прошедших гуманитарную экспертизу;

- большое количество жалоб пациентов на нарушение этических норм в отношениях пациентов и медицинских работников;
- правовая незащищенность врачей;
- сокращение сроков обучения в медицинских вузах (отмена интернатуры), не позволяющее закрепить навыки общения врача и пациента;

- необходимость унификации образовательных программ по гуманитарным дисциплинам и развития межвузовской информационной среды.

В настоящее время уже разработан проект Программы работы комиссии, определены формы интеграции образовательной и научной деятельности, разработаны предложения по оптимизации состава комиссии.

Большое внимание комиссия предполагает уделить вопросам преподавания биоэтики в медицинских вузах. Прежде всего, обсуждается вопрос о переименовании дисциплины. Логично было бы, если бы студенты медицинского вуза изучали не просто биоэтику, а биомедицинскую этику, причем образовательное пространство для этой дисциплины должно быть расширено за счет включения соответствующих вопросов не только в курсы различных дисциплин

на додипломной стадии обучения, но и в курсы НМО, а также в образовательный процесс в ординатуре и аспирантуре. В проекте Программы работы комиссии биомедицинской этике посвящен специальный раздел, содержание которого приведено в табл.

Будем надеяться, что, благодаря работе Комиссии, биомедицинская этика вернет себе достойное место как обязательная учебная дисциплина в медицинских вузах России.

**Предполагаемые направления научно-исследовательской и образовательной деятельности Комиссии по социально-гуманитарным направлениям научно-образовательной деятельности в медицине на 2019–2021 гг.**

Направление	Исследовательские и образовательные программы	Результаты и индикаторы эффективности
<b>Биомедицинская этика</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Методология этической регуляции внедрения технологий «humanenhancement».</li> <li>2. Этическая экспертиза новых научных и организационных документов в области медицины и здравоохранения.</li> <li>3. Создание непрерывной системы этической подготовки студентов медицинских образовательных учреждений</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разработка и обоснование критериев внедрения технологий «humanenhancement». Индикаторы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• публикации – 3 МБД, 15 РИНЦ;</li> <li>• диссертации – 1 докторская, 3 кандидатских;</li> <li>• монографии – 3.</li> </ul> </li> <li>2. Разработка и внедрение «Единого Положения об этическом комитете медицинского учреждения», СОПов и Регламента этической экспертизы в практической медицине. Индикаторы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• публикации – 3 МБД, 15 РИНЦ;</li> <li>• диссертации – 1 докторская, 3 кандидатских;</li> <li>• положение – 1;</li> <li>• составление и решение ситуационных задач по ЭК;</li> <li>• единая форма информированного согласия – 1;</li> <li>• создание ЭК – 6;</li> <li>• стажировка преподавателей биомедицинской этики – 15 чел.</li> </ul> </li> <li>3. Единая образовательная программа по биомедицинской этике для студентов медицинских учебных учреждений. Индикаторы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• учебно-методический комплекс «Биоэтика» для студентов медицинских вузов – 1;</li> <li>• публикации – 3 МБД, 15 РИНЦ;</li> <li>• диссертации – 1 докторская, 3 кандидатских;</li> <li>• создание студенческих этических комиссий – 5;</li> <li>• конкурс исследовательских студенческих работ в области биоэтики – 3;</li> <li>• стажировка студентов по биомедицинской этике в ИФ РАН и UNIT INCB UNESCO – 5 чел.</li> </ul> </li> </ol>

УДК 614.253:34С

## БИОЭТИКА XXI ВЕКА: НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИНТЕРЕСЫ И МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**А. Д. Доника**

*доктор социологических наук, профессор, старший научный сотрудник Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине, Волгоградский медицинский научный центр, профессор кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета г.Волгоград, ORCID: 0000-0002-8203-6634, addonika@yandex.ru*

**А. А. Шестаков**

*кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог, МБУЗ «Родильный дом № 2», г. Ростов-на-Дону, biosoc@yandex.ru*

В статье представлен обзор современных исследований в проблемном поле биоэтики и медицинского права, представленных в рамках 13-й Всемирной конференции по Биоэтике, медицинской этике и здравоохранительному праву, организованной Международной сетью кафедр биоэтики ЮНЕСКО. В конференции приняли участие представители из 77 стран пяти континентов, в том числе 6 ученых из ведущих медицинских и гуманитарных вузов России. В качестве иллюстрации современных тенденций представлен краткий обзор докладов, представленных на параллельных сессиях «Медицинская этика: менеджмент» и «Этические аспекты трансплантации», сопредседателями которых являлись ученые России. В целом дискуссии, организованные в рамках параллельных сессий, продемонстрировали актуальность биоэтической проблематики в медицинской практике всех стран, определили тенденции исследований в данном поле и показали их национальные особенности.

**Ключевые слова:** биоэтика, научные исследования, этические дилеммы.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-60-62

## BIOETHICS OF THE XXI CENTURY: NATIONAL INTERESTS AND INTERNATIONAL RESEARCH

**A. D. Donika**

*D. Sc. (Sociology), professor, senior research associate in the Laboratory of ethical, law and sociological expertise in medicine, Volgograd Medical Scientific Centre, Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a Course of Sociology of Medicine of Medical Sociology, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: 0000-0002-8203-6634, addonika@yandex.ru*

**A. A. Shestakov**

*Candidate of Medical Sciences, obstetrician-gynecologist, MBUZ "Maternity Hospital № 2", Rostov-on-Don, biosoc@yandex.ru*

The article presents an overview of modern research in the problem field of bioethics and medical law, presented in the framework of the 13th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, organized by the International Network of Bioethics Departments of UNESCO. The conference was attended by representatives from 77 countries of five continents, including 6 - from leading medical and humanitarian universities in Russia. To illustrate the current trends, a brief overview of the reports presented at the parallel sessions «Medical Ethics: Management» and «Ethical Aspects of Transplantation», co-chaired by Russian scientists, is presented. In general, discussions organized within parallel sections demonstrated the relevance of bioethical issues in the medical practice of all countries, identified research trends in this field and revealed national characteristics.

**Key words:** bioethics, research, ethical dilemmas.

В конце ноября 2018 г. в г. Иерусалиме (Израиль) состоялась 13-я Всемирная конференция по Биоэтике, медицинской этике и здравоохранительному праву, организованная Международной сетью кафедр биоэтики ЮНЕСКО. В рамках конференции проходили заседания параллельных сессий по наиболее обсуждаемым во врачебном сообществе гуманитарным проблемам. В конференции приняли участие представители из 77 стран пяти континентов, в том числе 6 ученых – из ведущих медицинских и гуманитарных вузов России.

В секции «Медицинская этика: Менеджмент» (Председатели: Доница А.Д., Россия и Nuno Moreira Fonseca, Португалия) были представлены доклады по этическим и правовым проблемам управления в здравоохранении. В докладе Martin Lewison (США) обсуждался случай видеосюжета 2017 года, который привлек внимание международного сообщества. В нем было показано, как медсестра университетской больницы штата Юта была арестована полицейским за то, что она, сославшись на политику больницы в отношении прав пациентов, не позволила полиции взять кровь у пациента без сознания, вовлеченного в серьезную автомобильную аварию. Этот случай поднимает ряд медицинских, этических и юридических проблем, связанных с взаимодействием между персоналом медицинского учреждения, пациентами, находящимися под следствием, и сотрудниками правоохранительных органов. Обычно эти вопросы обсуждаются в литературе по медицинскому обслуживанию заключенных (Allen and Aburabi, 2016), поиску и изъятию доказательств в области уголовного правосудия (Appel 2014; Nagcourt 2004) и судебно-медицинской экспертизе. В то же время эта проблема практически не исследована в области стратегии управления в здравоохранении. В докладе был сделан вывод о том, что администрация лечебных учреждений должна разработать этические, правовые и управленческие принципы и стратегии для формирования общей политики больницы, которыми будут руководствоваться сотрудники медицинского учреждения в этих сложных ситуациях.

В докладе Доница А.Д. (Россия) «Биоэтика менеджмента в медицине» обсуждалась проблема этических конфликтов в медицине. Поскольку центральной фигурой медицинского коллектива является его руководитель, было проведено исследование его личностных качеств с целью выявления факторов риска этических конфликтов. Проведенное исследование позволило выявить этические факторы риска у 20–25 % руководителей [3]. На основе представленных данных докладчиком был сделан вывод о необходимости внедрения в систему непрерывного профессионального образования медицинских специалистов методического блока биоэтической направленности, позволяющего формировать необходимые этические ценности и установки лидера в условиях образовательной среды.

Доклад Nuno M. Fonseca (Португалия) «Финансовая поддержка обучения врачей общей практики: поддержка или зависимость?» был посвящен проблемам финансовой поддержки обучения в медицинской резидентуре в Португалии, где рамках непрерывного медицинского образования предусмотрено постоянное совершенствование знаний и навыков в соответствии с самыми высокими стандартами, в т.ч. участие в научных мероприятиях, которые являются дорогостоящими, и их финансирование является сложной задачей. В докладе представлены результаты авторского исследования, задачами которого являлась оценка финансового взаимодействия между резидентами общей практики и фармацевтическими компаниями, а также определение, является ли эта поддержка существенной по отношению к доходам резидентов. Авторской группой был проведен анализ финансовой поддержки резидентов общей практики, которые начали обучение в 2014 году и завершили четырехлетнюю программу к апрелю 2018 года, в ходе которого изучались платежи, представленные в официальной правительственной базе данных. Большинство резидентов (92 %) получили хотя бы один платеж. Среднее количество платежей составило 5, со средней суммой 901 евро. Был сделан вывод о существенной финансовой поддержке от фармацевтических компаний для более четверти резидентов. Автор считает,

что, несмотря на то, что нет официальных данных, свидетельства о росте неблагоприятных исходов лечения пациентов, связанных с финансовой поддержкой фармкомпаниями их лечащих врачей, можно прогнозировать предвзятость врачей в выборе лекарственных средств финансируемой их обучение фармкомпаниями.

Adegboyega M. Ouyefabi (Нигерия) представил в своем докладе оценку медицинского обеспечения жителей Нигерии. Поскольку большинство нигерийцев имели катастрофические расходы для оплаты своих медицинских услуг (даже в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, далее ПМСП), федеральное правительство Нигерии в 1999 г. ввело в действие национальную систему медицинского страхования (NHIS), которая должна была обеспечить доступные цены на медицинские услуги посредством различных предварительных платежных систем. Но как показали исследования, данная система не оказалась достаточно эффективной, а именно не обеспечила всеобщий охват услугами здравоохранения ПМСП (в т.ч. по иммунизации, планированию семьи, питанию, гигиене, профилактике заболеваний и лечению распространенных эндемических заболеваний). Новый Национальный закон о здравоохранении в Нигерии направлен на существенное увеличение доходов и улучшение услуг ПМСП за счет Фонда обеспечения базового медицинского обслуживания (ВНСРФ), который должен финансироваться из ежегодного гранта федерального правительства в размере не менее 1 % от его фонда консолидированных доходов.

Segev Shani (Израиль) представил доклад «Этические аспекты реимбурсментных решений в Израиле». Поскольку системы здравоохранения должны управляться как любой другой сектор в соответствии с основными экономическими принципами, каждая система здравоохранения должна решить, как определить, какие медицинские процедуры будут предлагаться пациентам в рамках доступного бюджета. Израильский национальный закон о медицинском страховании основан на принципах справедливости, равенства и взаимопомощи. Процесс возмещения является уникальным по своей природе, поскольку он четко охватывает концепцию нормирования путем определения конкретного годового бюджета для возмещения расходов на новые технологии здравоохранения. Этот процесс обновления проводится ежегодно, в котором сотни технологий конкурируют при очень ограниченном бюджете. Поскольку ресурсы ограничены, в каждом ежегодном раунде возмещения утверждается менее четверти заявок. Проблема заключается в ограничениях возмещения, которые могут включать пол, возраст, врачей, которым разрешено назначать медицинские услуги, конкретные группы населения, тактики лечения, которые отличаются от утвержденных и т. д. Конфликт между основными принципами закона и необходимостью оптимизации формирует основу для этических дебатов относительно решений о возмещении.

В секции «Этические аспекты трансплантации» (Председатели: Тищенко П. (Россия) и Yuval Ch. Zohar (Израиль) были представлены доклады ведущих специалистов Института философии РАН. Свой доклад «Человеческие органы для прозрачных технологий: ресурсы, товары, личные варианты осуществления» П.Д. Тищенко начал со слов памяти и уважения к основоположнику биоэтики в России – Б.Г. Юдину [2]. Далее докладчик отметил, что, несмотря на то, что в российском и международном законодательстве существует однозначный запрет на продажу органов человека, возникает вопрос – «Имеет ли этот запрет разумные оправдания или только традиционные настроения?» и представил в своей презентации несколько интерпретаций человеческого тела в свете трансплантационных технологий: тело как ресурс, как дар, как товар, как личное воплощение. В качестве утверждения Тищенко П.Д. показал, что уверенность в недопустимости продажи / покупки частей тела для трансплантации иллюзорна. Эту иллюзию разделяют биоэтические, медицинские, политические сообщества и общественность. Эту иллюзию нельзя поддержать рационально. Уже разработанная и признанная в качестве стандартной модели закупка у граждан крови для переливания нуждающимся пациентам – это «гаран», который разрушит, как кажется, «нерушимую»

стену запрета купли-продажи органов. Биоэтика должна быть готова рассмотреть последствия этого радикального новшества.

О. Попова в развитие данной идеи представила доклад «Релятивизм и действительность: проблемы смерти мозга и социокультурных аспектов организационной пожертвования». Актуализация изучения социокультурных аспектов проблемы смерти мозга и донорства органов связана с двумя взаимосвязанными процессами развития медицины: 1) усилением процессов интеграции медицины и биоэтики, 2) достижениями интенсивной терапии, донорство и трансплантация органов. Текущие противоречия и разногласия по вопросу о смерти мозга вызывают необходимость в единых критериях неврологического определения смерти. Однако поиск общих критериев смерти мозга сталкивается с проблемой социокультурной детерминации смерти, существенными различиями в интерпретации смерти, страдания, умирания.

Simona Zaami (Италия) представила доклад «Транспланты матки: опасности, преимущества, уникальные характеристики и осложнения», в котором подчеркнула, что трансплантация органов сделала гигантские шаги с точки зрения хирургических методов и методов лечения отторжения, но трансплантация матки представляет уникальные черты в том, что ее заявленная цель состоит в том, чтобы сохранить функции матки нетронутыми для достижения беременности и успешного деторождения. Трансплантация матки влечет за собой множество проблем, которые необходимо тщательно рассмотреть, прежде чем ее можно будет рассматривать как стандартную клиническую практику. Поэтому существует настоятельная необходимость в тщательной оценке соотношения риска и выгоды, и размышления о том, может ли желание достичь материнства оправдать риски, присущие этой процедуре, как для матери, так и плода.

Yuval Ch.Zohar (Израиль) в своем докладе рассмотрел этические проблемы донорства почек. Наиболее распространенной проблемой в Израиле является желание донора определить, кому будет отдана почка, даже если это не соответствует чисто медицинским соображениям (место в списке необходимости). Закон Израиля позволяет донору выбирать конкретного человека, которому можно пожертвовать свою почку. Это создает возможность неправильного использования социальных сетей и определения условий, которые донор желает сделать, таких как поиск конкретного человека, которому он хочет пожертвовать. Запрос этих групп поднимает сложные этические вопросы, поскольку почка является не «ресурсом» государства, а скорее личным подарком донора, который имеет право делать любые условия, которые он желает. Кроме того, отказ принять запрос означает риск

для жизни пациента, который мог получить почку. Несмотря на этот риск, если запрос будет одобрен, он будет иметь широкие этические последствия и проблемы. Yuval Ch. Zohar представил обзор этических мнений и возможностей, поиск решений, а также применил данную дилемму в качестве примера для повышения критической осведомленности о качестве этических дискуссий.

Российские ученые также представили свои доклады в секции «Этика в психиатрии» – с докладом «Этические вопросы регуляции отношений пожилых в системе оказания медицинской помощи» выступила Любовь Писичикова (Фонд геронтологической защиты). В Секции «Общая биоэтика» Ирина Силуянова (НИУ им. Н.И. Пирогова) представила доклад «Биоэтика в историческом контексте» [1]. Член редколлегии журнала «Биоэтика» Сузанна Давтян представила доклад «Эвтаназия в работах ученых средних веков в Армении» в секции «Смерть и умирание как культурный феномен», которую она вела в качестве сопредседателя.

В целом дискуссии, организованные в рамках параллельных сессий, продемонстрировали актуальность биоэтической проблематики в медицинской практике всех стран, определили тенденции исследований в данном поле и показали их национальные особенности [4].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Силуянова И.В. О плюралистическом пространстве биоэтического знания // Биоэтика. – 2017. – № 2 (20). – С. 34–36.
2. Тищенко П.Д. Философия и биоэтика в творчестве Бориса Григорьевича Юдина // Биоэтика. – 2017. – № 2 (20). – С. 9–11.
3. Donika A. Bioethics of management in medicine // В книге: UNESCO Chair in Bioethics 13th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law Program and Book of Abstracts. 2018. С. 25.
4. Sedova N.N. Methodology Connection Between Bioethics & Law // 23rd World Association for Medical Law (WAML) Congress. July 10–13, 2017 Baku, Azerbaijan. Book of Abstracts. p. 99.

#### REFERENCES

1. Siluyanov I.V. O pluryalisticheskom prostranstve bio'eticheskogo znaniya // Bio'etika. 2017. № 2 (20). S. 34–36.
2. Tishhenko P.D. Filosofiya i bio'etika v tvorchestve Borisa Grigor'evicha Yudina // Bio'etika. 2017. № 2 (20). S. 9–11.
3. Donika A. Bioethics of management in medicine // В книге: UNESCO Chair in Bioethics 13th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law Program and Book of Abstracts. 2018. С. 25.
4. 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.

УДК 614.2-612.1

## ЭТИЧЕСКОЕ И ЭТНИЧЕСКОЕ В МЕДИЦИНСКОМ ТУРИЗМЕ

Г. Ю. Щекин

*доктор социологических наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета, biosoc@yandex.ru*

А. Н. Осыко

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

В. А. Бахтин

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

В редакции журнала «Биоэтика» при поддержке Волгоградского государственного медицинского университета и Волгоградского медицинского научного центра 28 марта 2019 г. был проведен круглый стол на тему «География медицинского туризма: проблемы и перспективы». В его работе приняли участие ученые ВолГМУ и ВМНЦ, иностранные специалисты в области медицинского туризма, представители российских клиник, включенных в мероприятия по развитию медицинского туризма. В ходе дискуссии отмечены два, принципиально противоположных, подхода в оценке опыта развития медицинского туризма в разных этнокультурных средах. Один из подходов предполагает активное участие государства в данном процессе, другой абсолютизирует роль частной медицины. Нас заинтересовали, в основном, этические аргументы в этом споре.

**Ключевые слова:** медицинский туризм, этнокультура, частная медицина, биоэтика, национальные традиции.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-62-63

## ETHICS AND ETHNICITY IN MEDICAL TOURISM

G. Yu. Shchekin

*Doctor of philosophy, Professor of the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine of Volgograd state medical University, biosoc@yandex.ru*

**A. N. Osyko**

*Post-graduate student of philosophy, bioethics and law Department of Volgograd state medical University, osyko.anna@mail.ru*

**V. A. Bakhtin**

*Post-graduate student of don state technical University, Russia, Rostov-on-don, larmin1@mail.ru*

The Round table on the topic «Geography of medical tourism: problems and prospects» was held in the editorial office of the journal «Bioethics» (on March 28, 2019) with the support of the Volgograd state medical University and the Volgograd medical research center. It was attended by scientists of the VSMU and VNC, foreign experts in the field of medical tourism, representatives of Russian clinics included in the activities for the development of medical tourism. Two fundamentally opposite approaches in assessing the experience of the development of medical tourism in different ethno-cultural environments were noted during the discussion. One approach involves the active participation of the state in this process, the other absolute the role of private medicine. We are mainly interested in ethical arguments in this dispute.

**Key words:** medical tourism, ethno-culture, private medicine, bioethics, national traditions.

Опыт развития медицинского туризма сейчас есть уже во многих странах [1]. Дифференциация предоставляемых услуг зависит, прежде всего, от приоритетных направлений медицины в данной стране. Так, например, известны успехи в области вспомогательных репродуктивных технологий в Израиле, ортопедии и травматологии в Германии, пластической хирургии в Бразилии и т.п. В эпоху бурного развития биотехнологий, их применение в медицинском туризме стало интернациональной тенденцией [2]. В то же время в каждой стране существуют свои этнические традиции, у каждой страны своя история, что не может не отражаться на характере и даже на эффективности услуг медицинского туризма.

На заседании круглого стола был приведен интересный пример. Участники сравнили услуги ЭКО в России и в Израиле. Оказалось, что технологии применяются одни и те же, квалификация специалистов вполне сопоставима. Отсутствие в России комфортабельного сервиса – неотъемлемой части медицинского туризма – давно преодолено. Так почему же многие пациентки предпочитают пройти ЭКО в Израиле, несмотря на значительные, по сравнению с Россией, финансовые затраты? Оказывается, для многих играют роль отнюдь не медицинские соображения. Считается, что зачать ребенка на Святой Земле – это значит обеспечить ему счастливую жизнь. Израильские клиники, специализирующиеся на медицинском туризме, поддерживают это расхожее мнение.

Этноконфессиональные особенности привлекают определенную группу пациентов в арабские страны. Это, в основном, представители мусульманских этносов, которые ценят традиции взаимоотношений в своей среде. В частности, возможность выбора врача-женщины для пациенток-женщин и врача-мужчины – для пациентов-мужчин, возможность присутствия при врачебных манипуляциях родственника пациентки, возможность отправлять религиозные обряды непосредственно в клинике, где существуют специальные моленные комнаты и т.п.

Участники Круглого стола согласились с тем, что этноконфессиональные особенности в предоставлении услуг медицинского туризма не играют решающей роли, но имеют несомненный моральный смысл для пациентов.

Этические аргументы присутствовали и при обсуждении темы соотношения роли государства и частного бизнеса в организации медицинского туризма. Сторонники развития его именно в частном секторе здравоохранения в качестве аргумента приводили разницу в этике обслуживания в государственных и частных клиниках вообще. Но критерий сравнения не был определен, а ссылка на количество жалоб пациентов не была достоверной, поскольку в процентном отношении к числу больных количество жалоб в частной и государственной медицине, примерно, одинаково. Интересной в этом отношении оказалась информация гостя из Китая, где контроль государства в области медицинского туризма существует, в то время как частные клиники не всегда заинтересованы в его развитии, они полностью обеспечены работой по оказанию помощи гражданам своей страны.

Одним из участников круглого стола был поставлен вопрос о целесообразности обсуждения проблемы медицинского туризма в научном сообществе, когда его структура в России еще не сформировалась. Но все присутствующие согласились, что без подобных обсуждений институализация медицинского туризма в нашей стране просто невозможна.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Седова Н.Н. Этнические детерминанты лечебного и медицинского туризма. Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности. Научные труды Международной научно-практической конференции. 3–4 мая 2018 г., г. Пятигорск, Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2018. – С. 12–15.
2. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А. Технологии «улучшения человека» в медицинском туризме // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности. Научные труды II Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием 23 мая, Пятигорск, 2016. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2016. – С. 7–11.

#### REFERENCES

1. Sedova N.N. Etnicheskiye determinanty lechebnogo i meditsinskogo turizma. Sovremennyy turizm v lechebnoy i zdavookhranitelnoy deyatel'nosti. Nauchnyye trudy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. 3–4 maya 2018 g. g. Pyatigorsk. Volgograd. Izd-vo VolgGMU, 2018. S. 12–15.
2. Sedova N.N., Navrotskiy B.A. Tekhnologii «uluchsheniya cheloveka» v meditsinskom turizme // Sovremennyy turizm v lechebnoy i zdavookhranitelnoy deyatel'nosti. Nauchnyye trudy II Mezhregionalnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem 23 maya. Pyatigorsk. 2016. Volgograd: Izd-vo VolgGMU, 2016. S. 7–11.

## 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

## PAPER SUBMISSION GUIDELINES

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 полуторный интервал, сноски постраничные, нумерация сносок 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.

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 предоставлена 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 Р7.0.5 2008.

Списки литературы представляются в двух вариантах:  
1) в соответствии с ГОСТ Р7.0.5 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. Тел.: 8(8442)385325, 385339, e-mail: biosoc2008@yandex.ru

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 author(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. 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.

5. 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. – P. 34–38.

Ertel L.A. Autonomy of a child as a paediatric and neonatal patient: dissertation abstract // L.A. 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 Bioethics.

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, e-mail: biosoc2008@yandex.ru