

ISSN 2070-1586 (Print)
ISSN 2782-6589 (Online)

16+

Биоэтика

**BIOETHICS
Journal**

Федеральный
научно-
практический
журнал

**Том 15,
№ 1. 2022**



ISSN 2070-1586 (Print)
ISSN 2782-6589 (Online)

Учредитель

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

Главный редактор:

академик РАН, ЗДН РФ, доктор медицинских наук,
профессор **Петров В.И.** (Petrov V.)

Заместитель главного редактора:

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

Ответственный секретарь:

доктор социологических наук, кандидат медицинских наук,
профессор **Доника А.Д.** (Donika A.)

Редакционный совет:

Сергеев Ю.Д. (Sergeev Yu.)

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Спасов А.А. (Spasov A.)

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор

Хохлов А.Л. (Khokhlov A.), член-корреспондент РАН,

доктор медицинских наук, профессор

Шкарин В.В. (Shkarin V.)

доктор медицинских наук, ректор Волгоградского государственного
медицинского университета

Тищенко П.Д. (Tishchenko P.)

доктор философских наук, профессор

Редакционная коллегия:

Аджиенко В.Л. – д. м. н., профессор, Волгоград, Россия
(Adzhienko V.)

Андрянова Е.А. – д. соц. н., профессор, Саратов, Россия
(Andriyanova E.)

Хамнетт Брайн – PhD, Почетный профессор Университета Эссекса,
Великобритания (Hamnett B.)

Давтян Сусанна – д. философ. наук, профессор, Ереван, Армения
(Davtyan S.)

Кубарь О.И. – д. м. н., профессор, Санкт-Петербург, Россия (Kubar O.)

Изаиди Азми И. – мастер права, Шах-Алам, Малайзия (Izzaidi Azm I.)

Мохов А.А. – д. юр. н., профессор, Москва, Россия
(Mokhov A.)

Пельич Гордана – PhD, д. м. н., доцент, Хорватия (Pel'chich G.)

Серова И.А. – д. филос. н., профессор, Пермь, Россия (Serova I.)

Силуанова И.В. – д. филос. н., профессор, Москва, Россия
(Siluyanov I.)

Созинов А.С. – д. мед. н., профессор, Казань, Россия (Sozinov A.)

Стрельченко В.И. – д. филос. н., профессор, Санкт-Петербург,
Россия (Strel'chenko V.)

Цырдя Т.Н. – д. филос.н, профессор, Кишинев, Молдова (Tirdea T.)

Биоэтика

BIOETHICS JOURNAL

Федеральный научно- практический журнал

Том 15, № 1. 2022

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 научным специальностям:
14.02.05. Социология медицины
(социологические науки).
5.7.4. Этика (философские науки),
5.7.8. Философская антропология,
философия культуры (философские науки)

Индексация журнала:

- РИНЦ
- НЭБ (eLibrary.ru)
- Google Scholar
- Ulrich's Periodicals Directory
- WorldCat
- CrossRef

Сайт журнала:

<https://bioethicsjournal.ru/>

Архив доступен на странице:

<https://www.volgmed.ru/ru/journ/issue>



Волгоград
Издательство
ВолгГМУ
2022

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Седова Н.Н.

Биоэтика в эпоху перемен: незащищенные группы 3

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Тищенко П.Д., Седова Н.Н., Петров К.А.Врачевание – это деятельное милосердие
и основание солидарности.*Дискуссия о прошлом и будущем биоэтики, приуроченная
к 75-летию Павла Дмитриевича Тищенко.....* 6**Смирнов К.С.**

Биоэтика как деконструкция 19

Моисеев В.И., Моисеева О.Н.Судьба медико-гуманитарного образования
в России 24

ПРАКТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Тирас Х.П.Принцип «биологическое разнообразие
через биологическое равноправие»..... 33**Тарабрин Р.Е.**Преимплантационное генетическое тестирование:
православно-христианская рефлексия
этических проблем метода 40**Еремина М.В., Доника А.Д.**Социальная группа «65+»:
этическая дилемма пандемии 46

ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА

Табатадзе Г.С., Костенко О.В., Табатадзе В.Г.

Размышления об этике пациента 51

Яковлева Е.В., Бородулина Е.А.Вопросы эвтаназии и паллиативная помощь
в пульмонологии 58

СОБЫТИЯ

Костенко С.А., Власов С.Н.

Сетевая форма преподавания биоэтики..... 63

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА 65

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ..... 67

PAGE OF THE EDITOR-IN-CHIEF

Sedova N.N.

Bioethics in an era of change: unprotected groups 3

THEORETICAL BIOETHICS

Tishchenko P.D., Sedova N.N., Petrov K.A.Healing is an active merci and the foundation
of solidarity.*Discussion about the past and future of bioethics dedicated
to the 75th anniversary of Pavel Dmitrievich Tishchenko.....* 6**Smirnov K.S.**

Bioethics as deconstruction..... 19

Moiseev V.I., Moiseeva O.N.The fate of medical and humanitarian education
in Russia 24

PRACTICAL BIOETHICS

Tiras Kh.P.The principle of "biological diversity
through biological equity" 33**Tarabrin R.E.**Preimplantation Genetic Testing:
An Orthodox-Christian Reflection
on the Ethical Issues 40**Eremina M.V., Donika A.D.**Social group "65 plus":
Pandemic's ethical dilemma 46

APPLIED BIOETHICS

Tabatadze G.S., Kostenko O.V., Tabatadze V.G.

Reflections on the ethics of the patient 51

Yakovleva E.V., Borodulina E.A.Euthanasia and palliative care
in pulmonology 58

EVENTS

Kostenko S.A., Vlasov S.N.

Network form of teaching bioethics 63

PUBLICATION ETHICS 65

AUTHOR GUIDELINES..... 67

Редакторская заметка

УДК 614.253:34С

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-3-5>

Биоэтика в эпоху перемен: незащищенные группы

Наталья Николаевна Седова

Заместитель главного редактора журнала «Биоэтика», nns18@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается такое явление, как переориентация биоэтики в эпоху перемен. Акцентируется внимание на том, что пандемия COVID-19 обнажила новые проблемы в практической медицине. Особое внимание сейчас следует уделить незащищенным группам, которые в наибольшей степени пострадали при пандемии – детям и пожилым людям. При этом автор выражает несогласие с объединением геронтологии и гериатрии в одну, исключительно медицинскую, научную специальность в перечне ВАК 2022 года. Высказана мысль о том, что синтезирующим все аспекты сопровождения старости феноменом может и должна выступать биоэтика. Автор призывает развивать это направление, в том числе на страницах данного журнала.

Ключевые слова: пандемия, биоэтика, дети, геронтология, гериатрия, танатология

Статья опубликована 15.05.2022.

Editorial note

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-3-5>

Bioethics in an era of change: unprotected groups

Natalya N. Sedova

Deputy Editor-in-Chief of the journal "Bioethics", nns18@yandex.ru

Abstract. The article deals with such a phenomenon as the reorientation of bioethics in the era of change. Attention is focused on the fact that the COVID19 pandemic has exposed new problems in practical medicine. Special attention should now be paid to the vulnerable groups that have been most affected by the pandemic – children and the elderly. At the same time, the author disagrees with the unification of gerontology and geriatrics into one, exclusively medical, scientific specialty in the list of the Higher Attestation Commission of 2022. The idea is expressed that bioethics can and should act as a phenomenon synthesizing all aspects of the accompaniment of old age. The author calls for the development of this direction, including on the pages of this magazine.

Keywords: pandemic, bioethics, children, gerontology, geriatrics, thanatology

Submitted: 15.05.2022.

Происходящие в мире события последних лет меняют жизнь, меняют нас и наши ценности. Человек изменился, прежде всего, как биологический вид, пережив пандемию. Мы еще далеко не все знаем о себе изменившихся, есть общие описания ситуации – «постковидный синдром», «последствия ковида». Они что-то обозначают, но пока не отражают главного – эволюционного сдвига – вперед? назад? или в никуда?

Очевидно, что и биоэтика, как наука о нравственном отношении к живому, получает заказ от общества на осмысление и оценку новых реалий. Прежде всего, это касается приоритетов в этической рефлексии происходящего. Еще недавно исследовательский интерес в научном поле биоэтики концентрировался вокруг применения новых биотехнологий, моральных паттернов медицинских эффектов генетических изысканий, дискуссий о становлении нейроэтики

и т. п. [1, 2, 3, 4, 5]. Пандемия COVID-19 переориентировала нас на вопросы сугубо практические. Внимание сконцентрировалось на прикладной биоэтике, потому что в ситуации ковида принимать решения приходилось в каждом случае непосредственно врачам и другим медицинским работникам. Да, были «Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Минздрава России, они менялись, совершенствовались, но этические проблемы в них не затрагивались. Между тем контекст прикладной биоэтики, который предполагает стратегию поведения, в данном случае врача, в соответствии с личной моральной максимой, оказался непосредственно связан с проблематикой теоретической биоэтики. Люди умирали. Конечно, все мы смертны, но в данной ситуации это была «неправильная» смерть. Да, она наступала «от естественных причин», но каждый из нас задавался вопросом: «Почему мы не смогли это предотвратить?». Действительно, почему профилактика ковида на фоне впечатляющих достижений медицины повторяла то, что человечество уже предпринимало против эпидемий еще в Средние века: закрыться дома, обмотать лицо, омыться водой и постараться ни с кем не общаться? Не удивительно, что в обществе формировалось чувство коллективной вины, боязнь не только быть зараженным, а заразить кого-то другого. И еще – боязнь умереть от ковида.

Оказалось, что у нас очень мало исследований по биоэтике в **танатологии**, а это уже – предмет теоретической биоэтики.

Пандемия COVID-19 показала, насколько полезны были бы биоэтические рекомендации в кризисных ситуациях. Приведем только один пример. В системе этической регуляции проведения клинических испытаний выделяют незащищенные (уязвимые) группы людей, которых не разрешают или не рекомендуют задействовать как испытуемых. Это прежде всего дети, с участием которых можно проводить исследования только тогда, когда а) исследуется лекарственный препарат, метод диагностики, лечения или реабилитации, направленный на улучшение качества жизни именно детей и никого другого и б) результаты исследования нельзя получить другим способом. В начале пандемии сформировалось мнение, что дети в наименьшей степени страдают от COVID-19 по сравнению с другими группами населения. Но через 2 года именно они стали основной мишенью для коронавируса. Биоэтика говорит, что **дети всегда являются уязвимой группой**, что и подтвердила динамика пандемии. Но особо отчетливо проявилась

уязвимость и незащищенность пожилых. В Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 22.05.2020 № 15 (ред. от 04.02.2022) «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 "Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)"» (вместе с СП 3.1.3597-20 «Санитарно-эпидемиологические правила...») они стоят на первом месте в перечне групп повышенного риска. Среди пациентов с COVID-19 в возрасте 65+ наблюдалась, в силу известных причин, самая высокая смертность. И здесь опять встает вопрос о биоэтическом сопровождении практической медицины.

Дело в том, что **геронтология** – это, как известно, наука о пожилых, включающая физиологические, психологические и социальные знания. Ее составной частью является **гериатрия** – наука о болезнях пожилых и способах их лечения [6]. Но в последнем варианте Перечня научных специальностей ВАК по специальности «Геронтология и гериатрия» разрешено защищать кандидатские и докторские диссертации только на медицинские науки¹. Геронтология же только частично связана с медициной, а по своему содержанию и функционально это, скорее, гуманитарная наука! И не понятно, кто, по мнению авторов номенклатуры указанных специальностей, должен заниматься приращением знания о пожилых. Социальные работники? Да, они оказывают физическую и моральную помощь пожилым. Есть специалисты, которые оказывают психологическую и моральную помощь. И есть врачи, которые оказывают медицинскую и моральную помощь. Обратим внимание на то, что моральная помощь является инвариантом любого отношения с пожилыми и любых действий, направленных на повышение их качества жизни.

В нашем журнале мы собираемся уделить этой проблеме особое внимание. Именно исследования в области биоэтики, сбор данных, их интерпретация и обобщение позволяют создать этические сюжеты того, что называют счастливой старостью. Биоэтика, в данном случае, выступает как системообразующий фактор в проблемном поле геронтологии и гериатрии. Очень надеемся, что наши читатели поддержат этот посыл и поделятся своими идеями в области **геронтологической биоэтики**.

¹ Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 24 февраля 2021 г. № 118 «Об утверждении номенклатуры научных специальностей, по которым присуждаются ученые степени, и внесении изменения в Положение о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, утвержденное приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10 ноября 2017 г. № 1093».

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Человечество в новой реальности: глобальные биотехнологические вызовы / отв. ред. Г.Л. Белкина; ред.-сост. М.И. Фролова. М.: КАНОН+, 2022.
2. Нейротехнологии и технонаука: феномен биотехноидентичности: сб. науч. ст. / под ред. Р.Р. Белялетдинова. М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2020.
3. Шевченко С.Ю. Надежда обретенная и изобретенная. Эпистемология добродетелей и гуманитарная экспертиза биотехнологий. М.: Прогресс-Традиция, 2020.
4. Попова О.В. Тело как территория технологий от социальной инженерии к этике биотехнологического конструирования. М.: КАНОН+, 2020.
5. Человек в глобальном мире: риски и перспективы / под ред. М.И. Фроловой. М.: КАНОН+, 2020.
6. Гериатрия // Большая российская энциклопедия / под ред. Ю.С. Осипова. URL: <https://bigenc.ru>

REFERENCES

1. Humanity in the new reality: global biotechnological challenges. Resp. ed. G.L. Belkin; ed.-st. M.I. Frolova. Moscow: CANON+ Publ., 2022. (in Rus.).
2. Neurotechnologies and technoscience: the phenomenon of biotechnoidentity: sat. scientific. Art. ed. R.R. Belyaletdinova. Moscow: Publishing House of the Moscow University for the Humanities, 2020. (in Rus.).
3. Shevchenko S.Yu. Hope found and invented. Epistemology of virtues and humanitarian expertise of biotechnologies. Moscow: Progress-Tradition Publ., 2020. (in Rus.).
4. Popova O.V. The body as a territory of technology from social engineering to the ethics of biotechnological design. Moscow: CANON+ Publ., 2020. (in Rus.).
5. Man in the global world: risks and prospects. Ed. M.I. Frolova. Moscow: CANON+ Publ., 2020. (in Rus.).
6. Geriatrics // Great Russian Encyclopedia. Ed. Yu.S. Osipov. (in Rus.). URL: <https://bigenc.ru>

Редакция журнала «Биоэтика» поздравляет
Павла Дмитриевича Тищенко с 75-летием!
Наука всегда существовала благодаря совместным
усилиям ученых. Мы рады, что уже многие годы можем
вместе с Павлом Дмитриевичем развивать биоэтику
в России. Желаем ему с той же интеллектуальной смелостью
и глубиной продолжать исследовать тайны человеческого
существования, вовлекая все новые поколения
исследователей в дело науки!



Интервью

УДК 179.9

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-6-18>

Врачевание – это деятельное милосердие и основание солидарности. Дискуссия о прошлом и будущем биоэтики, приуроченная к 75-летию Павла Дмитриевича Тищенко

Павел Дмитриевич Тищенко¹, Наталья Николаевна Седова^{2,3}, Кирилл Алексеевич Петров^{✉2,3}

¹ Институт философии РАН, Москва, Россия

² Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

³ Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия

Аннотация. 10 января 2022 года исполнилось 75 лет Павлу Дмитриевичу Тищенко – одному из основателей отечественной биоэтики. Присоединяясь к многочисленным поздравлениям, журнал «Биоэтика» публикует текст дискуссии, приуроченной этому событию. Начало обсуждению положил вопрос об истории становления отечественной биоэтики в перспективе одновременного ее возникновения в Москве, Волгограде, Санкт-Петербурге, Казани. Участники обменялись мнениями о значении идей И.Т. Фролова для становления московской школы биоэтики. В процессе обсуждения было раскрыто влияние концепта «фронтира», предложенного Тристрамом Энгельгардтом младшим на формирование отличительных черт отечественной биоэтики. Подчеркивается, что на ранних этапах становления отечественная биоэтика была в большей степени озабочена проблемами клинических испытаний, нежели моральными дилеммами, вырастающими из врачебной практики. Важным этапом для самоосмысления биоэтики послужили события афганской компании, обнажившие несовершенство системы здравоохранения в СССР. Дискуссия не обошлась без критического рассмотрения традиционных принципов биоэтики. Обсуждение проблемы философских оснований современной биоэтики позволило сформулировать два теоретических положения. Первое – определяет то, что философские теории не поспевают за революционными изменениями в области медицинской и научной практики. Второе – определяет необходимость формирования устойчивых отношений учитель – ученик, достаточных для приобщения к традиции мышления. Участники отметили несомненное гуманизирующее влияние этих принципов на клиническую практику и научные исследования. Вместе с тем, были определены риски, связанные с попыткой простого перенесения сложившихся в западной традиции принципов в практики отечественной медицины и науки. Была высказана идея корректировки принципов в соответствии с традициями отечественной философии и этики. Так, врачебное искусство должно мыслиться в отрыве от сферы услуг как деятельное милосердие, а многие биоэтические проблемы – как общественные вызовы, требующие солидаризации. Отмечена опасность превращения биоэтики из формы живого общения специалистов по вопросам ценностных оснований совместной деятельности в формализованную процедуру.

Ключевые слова: биоэтика, история биоэтики, врачевание, милосердие, солидарность

Статья поступила 10.02.2022; опубликована 15.05.2022.

© Тищенко П.Д., Седова Н.Н., Петров К.А., 2022

© Tishchenko P.D., Sedova N.N., Petrov K.A., 2022

This article can be used under the CC BY-NC-ND 4.0 License

Healing is an active merci and the foundation of solidarity.

Discussion about the past and future of bioethics dedicated to the 75th anniversary of Pavel Dmitrievich Tishchenko

Pavel D. Tishchenko¹, Natalya N. Sedova^{2,3}, Kirill A. Petrov^{2,3}

¹Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

²Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

³Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia

Abstract. Pavel Dmitrievich Tishchenko, one of the founders of Russian bioethics, turned 75 on January 10, 2022. Joining the numerous congratulations, journal “Bioethics” publishes the text of the discussion dedicated to this event. The discussion was initiated by the question of the history of Russian bioethics formation in the perspective of its simultaneous emergence in Moscow, Volgograd, St. Petersburg, Kazan. The participants exchanged opinions on the significance of I.T. Frolov's ideas for the formation of the Moscow School of Bioethics. The influence of the concept of “frontier” proposed by Tristram Engelhardt Jr. on the formation of distinctive features of Russian bioethics was revealed during the discussion. It is emphasized that at the early stages of its formation Russian bioethics was more concerned with the problems of clinical trials than with the moral dilemmas arising from medical practice. An important stage for self-understanding of bioethics was the events of the Afghan company, which exposed the imperfection of the healthcare system in the USSR. The discussion touches a critical examination of the traditional principles of bioethics. The conversation of the philosophical foundations of modern bioethics allowed to formulate two theoretical opinions. The first assertion determines that philosophical theories delay with revolutionary changes in the field of medical and scientific practice. The second one determines the need for the formation of stable teacher-student relations sufficient for enculturation with the tradition of thinking. The participants noted the undoubted humanizing influence of these principles on clinical practice and scientific research. At the same time the risks associated with an attempt to transfer the principles that was established in the Western tradition into the practices of Russian medicine and science were identified. Speakers claimed the idea of harmonization the principles to the traditions of Russian philosophy and ethics. Thus, the medical art should be conceived as an active mercy, and many bioethical problems as social challenges that require solidarity. It was noted, that bioethics is transforming from type of value-based communication of specialists to a formalized procedure.

Keywords: bioethics, history of bioethics, healing, mercy, solidarity

Submitted 10.02.2022; published 15.05.2022.

Тищенко. Я абсолютно убежден, что подобные встречи нам всем дают вдохновение. Если вспомнить начальные для биоэтики 90-е годы, то ни в коем случае нельзя утверждать, что идеи, ценные для ее формирования, шли из Москвы в регионы. То, что вы, Наталия Николаевна, начинали, что началось в Казани, в Санкт-Петербурге, в других местах, включая Москву, – были совершенно «синхронные» процессы. Они друг друга поддерживали и стимулировали здоровую конкуренцию, желание сделать (например, курсы лекций) не хуже, а, может, лучше других. Поэтому полагаю, что точка зрения представителей московской академической школы (прежде всего Г.Л. Белкиной и С.Н. Корсакова), интерпретирующих историю отечественной биоэтики сквозь призму идей академика Ивана Тимофеевича Фролова, является верной, но *особенной*. Так, действительно видится из окна комнаты на Волхонке, выходящего на «цековскую» бензоколонку, бассейн, а затем – храм Христа Спасителя. Через шесть лет после смерти И.Т. Фролова я сел за стол руководителя сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики ИФ РАН и увидел мир отечественной биоэтики через то самое окно...

Для меня такой взгляд был естественен. Много лет назад (около 1975 года), только приступая к работе над кандидатской диссертацией, нашел в Ленинке кандидатскую диссертацию И.Т. Фролова. Через Ивана Тимофеевича понял смысл кантианского осмысления целесообразности феноменов жизни. С тех пор он (кантианский смысл) выступает основанием (предпоиманием) моего понимания проблем биологии и медицины. Возможно, в идейном смысле мой долг перед И.Т. Фроловым этим подарком исчерпывается, но не это главное!

Я пришел в философию, заочную аспирантуру Института философии, как «врач-биохимик», получивший домашнее философское образование в кружке В.В. Сильвестрова. Штудировали диалоги Платона по выходившему в то время (конец 60-х – начало 70-х годов) переводу его сочинений. Потом Аристотеля. Просто читали выходившие тома и обсуждали. Абсолютно ничего политического, марксистского. Два последних доклада нашего кружка – это доклад Алексея Козулина по Августину и мой по неоплатонизму Плотина.

Поэтому, придя в официальную философию, я не мог сразу понять – как себя в ней поставить, как

себя вести? Иван Тимофеевич подсказал мне эту позу или позицию – спокойно, уверенно, в определенном смысле, нагло – утверждать то, в истинности чего ты убежден... Понял и никогда не менял этой позы. Другим того же посоветую... Наши административные отношения с Фроловым не сложились. Никогда не был его подчиненным. Но, работая по разным грантам вместе с Борисом Юдиным, много раз был вовлечен в совместные исследования, знаком был лично. Поэтому вполне усвоил перспективу и манеры московского академического биоэтического сообщества, для которого И.Т. Фролов был тогда естественным центром и, в определенном смысле, локомотивом.

Мир других российских биоэтических исследований, в том числе и волгоградских, для меня раскрылся именно через Бориса, который после моих зарубежных стажировок в США, Уэльсе и Германии в середине 90-х стал приглашать меня на российские, как он называл, «посиделки». Он, в частности, познакомил меня с Н.Н. Седовой. Было полное ощущение, что его знали все более или менее причастные биоэтике в нашей стране. За рубежом он тоже знал почти всех.

Шла совместная творческая работа в разных медицинских и академических центрах страны. В этой работе участвовали различные ведомства (в частности, Минздрав), Дума, Академия меднаук, ее институты, среди которых хотел бы отметить Национальный центр хирургии (Б.В. Петровского и С.Л. Дземешкевича), кафедры философии медицинских вузов, кафедры этики и философской антропологии МГУ и многие другие. Наталья Николаевна, молодая и красивая, была тогда «закопёрщиком» многих наших встреч и обсуждений.

Именно благодаря этой синхронной работе без внешних модераторов у нас в 2000 году биоэтика стала обязательной дисциплиной для врачей, а ВАК потребовал в качестве обязательного условия утверждение протоколов исследования на человеке разрешение местного этического комитета. Не отрицая влияния Фролова, и организационного, и идейного (оно было очень велико), хочу подчеркнуть, что биоэтика, как «трава», проросла в оттепель 90-х годов прошлого века – сразу во многих регионах нашей страны.

Сегодня, переживая определенные «заморозки» в развитии нашей профессии, не теряю оптимизма. Сейчас нам судьба дала возможность сосредоточиться, отсеять пафосную риторику, красивую игру в бисер и имитацию правовых процедур от необходимости этико-правового, биотического анализа актуальных проблем, критично оценить свой инструментарий, выбросить лишнее и восполнить недостающее. Для биоэтики в нашей стране – все еще только начинается! За фасадом сиюминутных эксцессов остались фундаментальные проблемы качества жизни и выживания человека в современную эпоху. Никто кроме нас их осмыслить не сможет...

В любом случае свидетельствую, что ни в каком смысле биотические группы в Волгограде, Казани, Санкт-Петербурге, Минске (Беларусь), Киеве, Одессе

(Украина), Твери или Новосибирске не были ослабленными «копиями» московской академической школы И.Т. Фролова. Они представляли оригинальные самостоятельные версии нашей общей дисциплины. Более того, даже внутри Института философии РАН корень биоэтики как минимум раздвоен. Сам термин «биоэтика» появился не во фроловском домене, а в секторе этики Института философии РАН. Некорректно рассуждать о начале биоэтики, забывая имя Людмилы Васильевны Коноваловой. Именно она инфицировала биоэтикой Бориса, а через него и меня.

История биоэтики в Институте философии очень сложная и интересная. Например, можно вспомнить, как, вероятно, в середине 80-х годов тема биоэтики в ее аутентичном смысле возникала у Людмилы Коноваловой и как ее личная инициатива была перехвачена и получила свое, более мощное развитие уже на другой почве. Ее же исследования так и остались в рамках прикладной этики. К сожалению, в стандартной истории российской биоэтики сегодня нет упоминаний о Людмиле Васильевне. Хотя именно она начала пробивать эту тему, использовать адекватную современную терминологию. Именно она организовала и провела конференцию с американскими биоэтиками «На грани жизни и смерти» в ИФ АН СССР в 1989 году. Она продавала публикацию маленькой брошюры, в которой ведущие американские биоэтики (Д. Уиклер, Р. Витч, А. Каплан и др.) представили свои позиции. То, что она писала, мне непонятно, но то, что она сделала, – вдруг раскрыла для Бориса и потом для меня новый горизонт мысли – огромное ей спасибо... Как будто история раскрыла через эту женщину перспективы, которые она сама не вполне понимала... То есть даже в ИФ АН СССР биоэтика рождалась из разных корней...

То, что касается России, то картина была еще более сложной. В разных центрах рождалась не просто своя особенная интерпретация биоэтики, но и из них происходили влиятельные этико-правовые инициативы, которые в то время мы все обсуждали. Я бы хотел подчеркнуть вашу роль, Наталья Николаевна, ведь вы были инициатором многих конференций по биоэтике, проводившихся Министерством здравоохранения.

Седова. В 1993-м году мы приехали на совещание в Минздрав. Там я услышала впервые, как Борис Григорьевич говорил про биоэтику, что надо ее вводить в учебный курс. А в 1998 году я была на философском конгрессе в Бостоне, мы очень тесно разговаривали с Фроловым. Оказалось, что по биоэтике тогда я одна выступала из нашей российской делегации. Вел у нас секцию Тристрам Энгельгардт младший, ныне покойный. Это замечательный был человек. И вот лично для меня биоэтика началась с разговоров с Фроловым, который очень ратовал за то, чтобы она развивалась и это развитие «шло из провинции», как он говорил. Я тогда не понимала, что он имел в виду.

И, конечно, важную роль сыграл Тристрам Энгельгардт. Но как она зародилась, как она начиналась – это очень серьезный вопрос, а вот что с ней сейчас происходит, почему ее начинают опять прижимать – это вопрос не менее важный.

Тищенко. Давайте все же пока вернемся к началам. Во-первых, мне нравится то, что вы вспомнили Тристрама Энгельгардта младшего, с которым я был немного лично знаком. У меня есть очень близкие знакомые, с которыми я опять же познакомился через Бориса, – его техасские ученики. И мне кажется, что Тристрам был очень, я бы сказал, прагматичным человеком. Он свою философию называл философией «фронттира». И поэтому он симпатизировал тогда Китаю и России. Ему казалось, что в отличие от Запада, который был более или менее центрирован на глобальных стандартах идеологии прав человека, Китай и Россия выходят на фронтير традиционного морального самопонимания, на идейную границу с тем, что западной этикой не может быть осмыслено. Важно будет перевести на русский его тексты.

Петров. Мне сейчас хотелось бы выделить два момента: во-первых, идея фронттира. Как он ощущался в Москве, как он ощущался Волгограде? И второе, что это было за состояние, в котором неожиданно люди поняли, что им нужна биоэтика? Эти вопросы позволят нам понять направление развития биоэтики, проблемы, с которыми она сталкивалась тогда и сейчас.

Тищенко. Идея и эстетика фронттира, в американском смысле, известна нам в эстетической форме американских боевиков. В мегаполисах восточного и западного побережья для выживания нужны опытные юристы, ловкие манипуляторы с моральными и юридическими законами. Как раз этим занимаются «биоэтицисты» типа А. Каплана. «Добродетели» этой профессии развивают биоэтика в ее мегаполисной глобалистской интерпретации.

В зоне фронттира – насильственного столкновения с дикарями (индейцами) и бандитами нужны другие моральные качества – верность, товарищеская взаимопомощь, умение драться и стрелять с колена. Этос фронттира, в котором доминирует общий интерес над частным, Энгельгардт обнаруживал в советской деонтологии и китайском конфуцианстве...

На язык просится несколько отвлекающее соображение. Полагаю, что Советский Союз разрушили не только инсинуации Запада или трагические судьбы героев инакомыслия. Его изнутри сознания молодых поколений разрушила «Великолепная семерка». Моментально российские ребята, к которым отношу себя, стали ковбоями, стали носить нечто напоминающее джинсы, шляпы с загнутыми полями, ковбойки и шнурки вместо галстуков. Они себя узнали как американцев, ковбоев... Естественно, когда это

поколение пришло к власти в СССР – основание для американских заимствований, подражаний Америке уже существовало...

Сразу, хотел бы предостеречь «консерваторов» – проблема не в американской кинопродукции, а в *тупой бессмысленности* сусловской идеологии, которая не давала возможностей постоянно приходящим новым поколениям понять эстетически (жизненно-практически) *себя*.

Это было потом...

Для меня как начинающего биохимика середины 60-х годов этос фронттира ближайшим образом связывался с войной против рака и смерти... Этот этос формировал моральное основание биомедицинских исследований. Я был счастливчиком. Мне очень часто везло. Сначала обучался как медицинский генетик у известного генетика и теоретика системного анализа Александра Александровича Малиновского – сына Александра Александровича Богданова. И он был руководителем моего дипломного проекта. Параллельно штудировал под руководством В.В. Сильвестрова и Л.С. Черняка Платона, осваивая богатства философской мысли.

Не очень понимал – смогу ли ей заниматься профессионально, но к началу 80-х годов уже началась афганская компания и возникла огромная проблема с набором солдат. Руководство страны задумалось над тем, как улучшить здоровье населения и будущих призывников. Вследствие этого возникла национальная программа здоровья, была проведена общая сессия академии медицинских наук и «большой» академии наук, были заседания многочисленные. Мне после рассказывали, что политбюро просто думало, как найти солдат и ужасалось невозможности найти здоровых призывников. На начальном этапе выделили для междисциплинарного исследования ставки в академических институтах философии, государства и права, психологии и социологии для исследователей. Вот эти 4 института получили примерно по 4–5 ставок. Точно сейчас не могу сказать. Их задачей была разработка идеи организации системы здравоохранения, чтобы она, в частности, готовила здоровых призывников. Этой идеей были озабочены люди во всех эшелонах власти в советском Минздраве, в ЦК КПСС, в его отделах и т.д. В возникшей структуре института философии появился и я, благодаря поддержке И.Н. Смирнова и И.Т. Ойзермана.

Произошедшие изменения санкционировал Черненко Константин Устинович, тогдашний генсек. А после его смерти все про нас забыли. И я начал заниматься уже философией сам по себе. В любом случае, я совершенно четко помню эту интенцию к междисциплинарному сотрудничеству. Проводились совместные семинары и конференции, но никаких решений из всех этих очень разумных обсуждений и конференций не последовало. Поэтому вся

советская стадия у нас была, скорее, как накопление чего-то: опыта, идей, представлений... А в реальности ничего не выходило, несмотря на достаточно плотные связи с руководством страны. Это все было не на уровне того, что «вот у нас есть идея, нам никто не хочет помочь». Наоборот, нам говорили: «Делайте!». А сделать ничего практически было нельзя. Это то ощущение, которое я перенес из Советского Союза. И я точно помню, когда мы начинали заниматься биоэтикой в 90-х годах с Юдиным, с нами был Огурцов Александр Павлович, который наши начинания активно идеологически поддерживал... понятно, что надо было менять базисные структуры здравоохранения, менять систему взаимоотношений медицины и общества.

Петров. Павел Дмитриевич, я правильно понимаю, что на этапе позднесоветском была потребность в поиске новых форм регуляции медицины и взаимодействия медицины с обществом? И эта проблематика потом превратилась в биоэтику?

Тищенко. Да, это очень важный аспект, о котором вы говорите. Потому что биоэтика возникала у нас не с нуля. Но в началах еще само слово биоэтика не фигурировало, а были проблемы философии медицины и здравоохранения. Я занимался проблемами психосоматики и даже умудрился статью во французском журнале опубликовать на тему «тело как машина и текст». На основе этих идей рождались предложения, которые в принципе нельзя было реализовать в Советском Союзе. Разумная душа была отсечена от социального, политического тела. И, главное и печальное для меня – очень нереалистичным оказался следующий этап: уже после распада Советского Союза, когда для понимания происходящего погрузились в западную литературу. Мы стали пытаться воспринимать идеи западной биоэтики, что-то заимствовать. Но с самого начала была осознана концептуальная сложность невозможности помыслить казусы, на которых строится американская биоэтика, с отечественными ситуациями в контексте врачевания. У нас никто про *это вообще* не говорил. Не могли найти в медицинской литературе описаний моральных казусов. Некая безмолвная медицина. И это при том, что западная медицина разрабатывала свой концептуальный аппарат, используя русскую классическую литературу. К примеру, восприятие проблем умирания и смерти шло через многочисленные штудии повести Л.Н. Толстого – «Смерть Ивана Ильича». Мы – носители этого культурного наследия – знали о биотическом смысле этого произведения хуже среднего преподавателя биоэтики в США. Поэтому, столкнувшись с новой ситуацией в медицине и здравоохранении, прежде всего обратили внимание на либеральные принципы и правила отношений «врач – пациент».

Много раз мы с Борисом Юдиным предлагали во всякие инстанции идею образовательного комплекса по биоэтике. Он должен был включать хрестоматию отечественных и зарубежных литературных произведений, в которых бы раскрывался гуманистический смысл врачевания, в учебник для конкретной медицинской специальности и учебное руководство для преподавателей этой специальности... Надеюсь, что эта идея получит свою реализацию.

Эта сомнительная скромность получила отражение в универсальном законодательстве о здравоохранении 1993 года. Кто-то просто списал у кого-то за рубежом. Практически без обсуждений внедрили либеральную модель, которая никаким боком не налезала на реалии отечественного здравоохранения. Но разве проекты реформ науки, образования и медицины, которые под лозунгом «рационализации» продавливаются сегодня, свои? Очень в этом сомневаюсь.

Если вы посмотрите идеологию закона 1993 года и сравните с аналогичным законом 2011 года, то вы увидите явный сдвиг. С одной стороны, этот сдвиг лишает людей каких-то прав и свобод, обозначенных в законе 1993 года. С другой – мы понемногу начали приближение к реальности. Это был очень важный момент в истории нашего здравоохранения. После декларативных утверждений о правах пациентов начался внутренний процесс приближения к реальности медицинской практики. И, несмотря на все несовершенства, это движение, мне кажется, в нужном направлении. В законе 1993 года был один отдельный артикул – «права пациентов», четко их перечислявших. А потом много лет шло обсуждение: что-то можно, что-то нельзя, а что-то, кажется, совсем не так работает, как предполагалось. Но при всех недостатках, как полагают некоторые юристы, закон 2011 года более практичен.

Но не только закон приблизился к медицинской практике, но и сама практика «вестернизировалась», начав трактовать базисный смысл врачевания как «предоставление (в том числе и продажу) медицинских услуг», а не как «медицинскую помощь». Но на космополитичном по своей природе рынке патернализм неуместен. Здесь вполне уместны права потребителей медицинских услуг.

Петров. Наталья Николаевна, Павел Дмитриевич рассказал о становлении биоэтики в Москве в позднесоветский период и в начале 90-х. Может быть, какие-то воспоминания об этом периоде есть и у вас? Какая была ваша личная траектория, что привело вас к биоэтике? Какие обстоятельства, например институциональные, в Волгограде препятствовали либо благоприятствовали появлению биоэтики?

Седова. Во многих провинциальных вузах, когда люди созрели до образа биоэтики, этот образ

должен был взяться откуда-то. Мой заведующий кафедрой, профессор Матвей Абрамович Свердлин, еще в ранней молодости заставил меня читать студентам медикам этику. Я ее не любила, потому что в МГУ у нас преподавали ее в то время не очень интересно. Но мне пришлось начать ее изучать. И когда впервые прозвучало слово биоэтика – кто-то делал доклад и упомянул как новое движение, тут открылась дверь в новый мир! То есть, пребывать в лоне этики было довольно скучновато, а биоэтика означала непосредственную связь с медициной. То единственное, что соединяет гуманитарные науки и медицину – это биоэтика. Мы создали этический комитет, чуть ли не первый в России. Тогда начали налаживать связи, и оказалось, что в Казани ей занимаются, в Санкт-Петербурге занимаются. И так пошел и образовался небольшой, но очень прочный кружок. Связи тогда такой, как сейчас, не было. И, естественно, приходилось писать письма, ездить в Москву, встречаться на конференциях и круглых столах, да и вообще, где только можно было.

В 2000 году мы провели семинар Совета Европы, в организации которого очень помог Борис Григорьевич Юдин. Этот семинар был посвящен проблемам клинических исследований с участием человека, тогда это было очень актуально. Мне, честно говоря, не нравились всегда два момента. Первое – это то, что биоэтику, порой, сводят к этике клинических исследований, а такая тенденция есть. Тем более, с тех пор как к нам пришла западная традиция проводить этическую экспертизу этих исследований, это стало ведущим направлением. Почему я с этим не согласна? Потому что в практической медицине проблем гораздо больше. Причем они вырастают из некоторых философских установок, поэтому, я думаю, биоэтика должна быть очень востребована среди представителей врачебного сообщества. Вот биоэтики занялись новыми биотехнологиями, а случилась пандемия коронавируса, и оказалось, что у нас по этике инфекционных заболеваний только одна книжка Ольги Иосифовны Кубарь. Тогда она принимала участие в работе европейского комитета и могла оказывать реальную помощь. Когда же официально ввели биоэтику как учебную дисциплину в медицинских вузах, то у нас сразу возникла идея сделать журнал «Биоэтика», пока он единственный такой в стране, входит в перечень ВАК.

Второй момент, который мне не нравится. Биоэтика тяготеет к двум полюсам – философскому и юридическому. Правовые контексты биоэтики занимают большее место. Я понимаю, что деонтология и аксиология – это составные части этики. Я всегда задаю вопрос, а что у нас первично: оценки или нормы? Это подобно вопросу о курице и яйце. Что было раньше? Когда идет перекося в сторону права, я очень боюсь, что биоэтику формализуют. А она должна быть живая. К сожалению, сейчас началось наступление на биоэтику: сокращают курсы, убирают

из учебных программ колледжей. Я не понимаю, почему это происходит. Казалось бы, сейчас она должна, наоборот, быть, так сказать, ведущим трендом! Но может быть, от нее пытаются отказаться, потому что она мешает внедрять те технологии, которые приносят быстрый доход, но не приносят счастья. Может быть, эта коммерциализация медицины немножко конфликтует с биоэтикой, и поэтому я очень боюсь, чтобы мы не пошли окончательно по западному пути развития биоэтики, где все прописано, все регламентируют строгие правила и инструкции. Этика отличается тем, что всегда есть выбор.

Петров. Павел Дмитриевич, у Натальи Николаевны было несколько интересных утверждений. Во-первых, это проблемное поле биоэтики. Действительно ли биоэтика сегодня ориентирована на клинические исследования? Во-вторых, я помню, что у вас была работа про науки в эпоху консьюмеризма. Как это состояние влияет на положение биоэтики?

Тищенко. Я думаю, что вообще в жизни, как и в биоэтике, или любой другой области, нужно понять, какое звено цепи рвется, и начать туда давить. Здесь нет движения, что называется, общим фронтом, здесь нужно знать, где узкое место. Клинические исследования были таким узким местом для биоэтики. Когда мы начинали в 90-х годах, у нас было очень мало фактического материала от «клинической койки». А то, что касается клинических исследований, – это была та область, в которой можно было что-то получить. И наши исследования – атомные или радиационные – были известны в Америке, их можно было соотносить с западной биоэтикой, также проблемы Нюрнбергского трибунала и кодексов тоже у нас исследовались. Тогда, в 90-е, мы давили там, где лучше прогибалось. А вот вся медицинская сторона была очень жесткая. Туда было очень трудно проникнуть, получить данные. Например, у нас были связи в детском отделе онкологического центра. Там работали и работают очень умные детские онкологи и очень много интересных проблем возникало: информирование детей, получение их согласия на операции по ампутации... Это жуткая была тема. Была там и тема, связанная с кросскультурными исследованиями. Иногда, начав лечение ребенка в этом онкологическом центре, родители прочитали объявление на столбе и тащили своего ребенка к какому-нибудь знахарю, останавливая его лечение. И тогда возникла особая необходимость в создании правового механизма, чтобы остановить этих родителей, по крайней мере довести курс лечения до конца. Потом все же ребенок может навечно оставаться в стационаре.

Мое мнение состоит именно в том, что все, что прогибалось, мы старались так или иначе дальше продвинуть. В 1992 году вышел первый для нас закон о трансплантации органов, который до сих пор обеспечивает стагнацию этой области. Но тогда это было

«ноу-хау», очень мощный прорыв, заключавшийся в том, что впервые клинические медики, академики Петровский и Шумаков – тогда его молодой оппонент, и мы, Борис Юдин, Сергей Дземешкевич, Иван Тимофеевич Фролов, Александр Иванюшкин собирались, обсуждали, ругались. Мой ответ состоит в том, что клинической биоэтике не повезло в том смысле, что в эту область очень трудно войти, нужно больше информации о ней, что там происходит. По большому счету, легче было там, где само рвалось, а в клинику мы не смогли прорваться. Но нашим клиникам нужны были деньги для выживания, их взять можно было только в клинических испытаниях – поэтому они продавали регламенты надлежащей клинической практики, которые и сегодня в наших стандартах.

Петров. Наталья Николаевна, у меня есть гипотеза. Может быть, в силу того, что в нашем университете было больше горизонтальных связей: между кафедрами, заведующими, – может быть, поэтому легче было работать с проблемами клинической медицины, чем с клиническими исследованиями?

Седова. У нас интерес к клиническим исследованиям никогда не преобладал над остальными проблемами биоэтики. Причина в том, что исследований этих тоже было очень мало. Сейчас их достаточно. Люди примыкают к каким-то иностранным фирмам, входят в исследование. А там уже все стандарты биоэтические и правовые прописаны, и, если ты участвуешь в исследовании, то должен строго их придерживаться. Мы, конечно, делаем замечания в соответствии с нашими традиционными этическими ориентирами при проведении экспертизы этическим комитетом. Но в стране изначально не было такого интереса к клиническим исследованиям. А вот формирование отношения к биоэтике как к принципиально новому способу мышления, я считаю, очень важно для понимания истории ее становления, и оно было. Но до сих пор биоэтика у нас себя не закрепила себя как научная специальность. Может быть, это наш менталитет сказывается. Я думаю, что интеграция в структуру социума должна бы быть более активной. А у нас в провинциальном вузе ректор-академик Петров Владимир Иванович, ныне президент, доносил до РАМН и Минздрава наши идеи. Биоэтика здесь развивалась благодаря тому, что был хороший ректор. Я всегда это говорила. Владимир Иванович Петров переживал биоэтические проблемы, считал их очень важными. Я до сих пор считаю, что личный фактор играл, зачастую, определяющую роль.

Петров. Коль скоро мы говорим о факторе личности в становлении биоэтики, я предлагаю обсудить личность Бориса Григорьевича Юдина, которого уже не единожды сегодня вспоминали.

Тищенко. Повторюсь – истоки биоэтики в России двойственны. Университетские кафедры этики до сих пор являются «кузницей» биоэтических кадров. В нашем секторе в ИФ РАН не менее половины научных сотрудников – этики. Другая половина – философы науки, представляющие философский «уклон», продолжают работу Бориса Григорьевича как члена команды Ивана Тимофеевича Фролова – исследование гуманитарных аспектов медицины, здравоохранения, современной науки, геномики и так далее. Когда они писали об этике науки, то не использовали слово биоэтика.

Здесь я расскажу свою очень частную, абсолютно не претендующую на историческую достоверность версию появления биоэтики. Я жил, работал в институте философии, у меня была интересная проблема – социо-биологическая. Я написал статью, опубликованную во Франции, о теле человека как тексте в биологии. Меня интересовала психосоматика и прочие подобные проблемы, я варился в этих проблемах. А рядом работал мой друг Борис Григорьевич, который занимался проблемами философии науки, проблемами собственно гуманитарных аспектов науки так, как понимал их Фролов. И здесь, где-то в конце 1980-х годов, появляется Людмила Коновалова, к тому времени, кажется, уже доктор наук. Наталья Николаевна уже отметила значение социально-гуманитарных и личностных отношений для формирования биоэтики. Коновалова имела очень серьезные отношения к тем кругам, которые могли позволять или не позволять поездки за рубеж, организацию международных конференций. Я не знаю, как Коноваловой пришла в голову идея заняться биоэтикой, но где-то в 1987 году, примерно, она пришла в наш сектор, где работал Игорь Николаевич Смирнов, бывший ученый секретарь отделения философии права Академии наук, и с ним согласовывала все вопросы приглашения американцев на конференцию по биоэтике. Она все организовала. И мне предложила переводить. И вот приехал Витч, приехал Каплан, другие... они проводят конференцию, а меня интересуют в это время другие вопросы: психосоматика, тело и душа. Я был задействован в нескольких эпизодах общения с Витчем и еще с несколькими людьми. И везде выступал как просто переводчик.

Борис Григорьевич мне говорил, что он тогда довольно плотно общался с участниками конференции, ему было все это интересно, хотя он тогда тоже еще не сформулировал какой-то идеи. Но в тот момент она возникла у Фролова, который понял, что биоэтика это то, что соответствует его интересам в философии науки. Он просто взял и транспонировал (как сейчас модно говорить) идею биоэтики и инициативу ее начинателей у нас из домена прикладной этики на поле междисциплинарных исследований философии науки (биологии и медицины). Будучи не просто

философом, но и государственным деятелем, Фролов придал биоэтике новое значение.

У меня была личная ситуация, описанная в моей статье, посвященной юбилею Рубена Грантовича Апресяна, где я перед ним каюсь... *мне* дали возможность поехать в Америку изучать биоэтику, и эту возможность, вероятно, забрали у этиков. Я приезжаю в Америку, и меня все время спрашивают: «А что, Апресян у вас запрещен? Почему он не приехал?» А я не знал, почему он не приехал. Я Рубена спрашивал неоднократно, почему он не приехал. Он человек вежливый, лишнего ничего не скажет, и в данном случае предпочел дипломатично не ответить. Единственное, он подчеркнул необходимость помнить о том, что для биоэтики сделала Л.В. Коновалова и сектор этики. В какой-то момент нашей совместной приятельской жизни с Борисом Григорьевичем Ивану Тимофеевичу, который возглавил эту тематику, нужно было ехать на конференцию в США. Он готовил делегацию и почему-то не захотел брать этиков. Он пригласил людей, занимавшихся философией науки. Вероятно, поэтому подошла моя кандидатура... Как-то я попался под руку бежавшему по коридору Борису Юдину. Тот остановился и спрашивает: «В Америку хочешь поехать? – Хочу! А что там делать? – Надо сделать сообщение по биоэтике. – Что это такое? – Иди в библиотеку, почитай сам, мне сейчас некогда». Пошел в библиотеку ИНИОН, заказал несколько книг. Первой на столе появилась книга Тр. Энгельгардта мл. «Foundations of bioethics». Она до сих пор на моем столе... Вот так начиналась биоэтика для меня и Юдина. Из полезного для истории «насилия». Можно сказать, что у Людмилы Коноваловой буквально перехватили ее тему. Она ведь была пионеркой. Правда, ее заблуждение было в том, что и дальше она интерпретировала биоэтику как прикладную этику. Она не поняла самостоятельной междисциплинарной ценности биоэтики. Более того, возглавив биоэтическое движение, И.Т. Фролов поднял его на более высокий, государственный уровень.

Мы основывались на некоторой иллюзии, точнее на регулятивном принципе, скажем так, что классические принципы и правила американской биоэтики имеют более или менее универсальное значение. Их глобализация ассоциировалась с прогрессом морального сознания в области биомедицины. Тогда это было понятно. То есть это было во многих отношениях понятно для нас, больше работавших с генетиками, чем с клиническими врачами. В российском проекте «генома человека» я и Юдин были соисполнителями этической части. Юдин входил в научный совет проекта. Мы больше понимали, что происходит в трансплантологии, но плохо видели клиническую область. И работать в исследовательских областях было легко в двух смыслах. Во-первых, потому что правила и принципы понятны из общих соображений. Во-вторых, наше видение биоэтики поддерживала

нарастающая волна клинических испытаний, которые делегировали западные фармацевтические компании в Россию и поддерживали основные наши институты. Как только западная фарма надавила на наши государственные и общественные институты, нас, биоэтиков, стали слышать гораздо лучше. Поэтому спрос на исследовательскую этику был естественным для России. Еще раз повторю, нас в реальную клинику не пускали. Трансплантологи пустили, а потом стали выпихивать как можно сильнее оттуда, чтоб мы туда уже больше не совались. Если говорить о том, какие направления в биоэтике сейчас развиваются в Москве, то и сегодня это все, связанное с геномными исследованиями. Там есть деньги, там можно получить какие-то гранты, там можно работать. Там нас слышат, кажется, потому что есть объективная потребность. То, что касается даже трансплантологии – нас любят, но держат в стороне.

Борис Григорьевич Юдин во многих смыслах был человеком, который умел совмещать две разные задачи, чего я не умею. Это умение представлять наше направление внутри страны и за рубежом, будь то работа разнообразных комитетов или администрирование, и, одновременно, он быть сотрудником, соавтором, исследователем. Юдин был человеком, который мог общаться с властью, и при этом никогда за его спиной никакого ореола этой власти не было. Он умел одновременно работать и с социологами из самых либеральных кругов и политиками, и в Минздраве, и в совмине. Поэтому он был таким человеком, который «сообщал эти сосуды». У него были свои идеи, они были прекрасны, и я стараюсь растолковать то, что от него осталось. Но объединять разных людей – это особая функция для биоэтики, и он был незаменим в начале биоэтики как мощного движения.

Петров. Наталья Николаевна, какую роль, по-вашему, Юдин сыграл для российской биоэтики. В речи Павла Дмитриевича появилось несколько новых тем, например биоэтика как прикладная этика, и можно ли говорить об устоявшихся принципах биоэтики?

Седова. Про Бориса Григорьевича очень коротко. Для меня биоэтика началась со знакомства с ним. И, несмотря на то, что у нас не такая уж большая разница в возрасте, я всегда воспринимала его как учителя. С ним можно было разговаривать на отвлеченные темы, но потом он вдруг выхватывал и предлагал мысль, которая тебя очаровывала, захватывала, и ты ходил и все время думал об этом. Он был тактичный человек, никогда не смеялся над глупостями, которые ты мог сказать, не критиковал, а начинал обсуждать и давал возможность собеседнику самому думать. Вот это было его замечательное качество. Он не раз приезжал в Волгоград. Первый раз народ наш с интересом его слушал, а во второй раз, когда он приехал,

народ уже обрадовался. Это большой показатель. Меня больше всего привлекает то, чем он занимался в последние годы жизни – его волновало состояние человека при переходе к смерти. Как взаимодействуют два мира? У меня уже после создало впечатление, что это было «опережающее отражение», что приближающийся уход из жизни повлиял на его последние идеи. Он был оппонентом на моей второй докторской диссертации, и когда он появился в аудитории, члены совета говорили: «Сам Юдин приехал!». У него было очень уважительное отношение ко всем, кто хотя бы раз с ним познакомился. Я думаю, на развитие отечественной биоэтики его личные качества оказали влияние. Отпечаток его личности помог биоэтике стать *российской* биоэтикой.

Я очень почитаю Дробницкого, который прямо написал, что философия не может быть прикладной, а биоэтика – это, в том числе, и философская дисциплина. У меня есть собственная концепция, я считаю, что биоэтика – это отдельный культурный комплекс, который вырастает из взаимодействия различных наук. Там мы выделяем теоретическую биоэтику, практическую, прикладную – это разные уровни, и на всех этих разных уровнях другие дисциплины действуют по-разному. Биоэтику можно назвать наукой, но у нее нет законов, а в каждой науке должны быть законы. В биоэтике вместо закона – принципы. Опять же, повторяю, что там, где есть выбор, господствуют принципы, а не законы. Относительно принципов – я не считаю, что они устоялись. Периодически возникают попытки дополнить четыре основных биоэтических принципа, мне это не нравится, потому что идут очень быстрые изменения, в основном, в медицине, и объяснительные гипотезы запаздывают.

Петров. Наталья Николаевна предложила еще одну тему, которая нередко обсуждается и в ваших книгах – тема смерти как специфического объекта биоэтики. Кроме того, она связана с тем, как вы описывали про ваш первоначальный научный интерес – телесность. Какую роль в биоэтике играли темы смерти и телесности?

Тищенко. Есть то, что называется «аттракторами», они привлекают внимание – это смерть, деньги и любовь. Поэтому биоэтика выбрала некоторые из них, чтобы «эксплуатировать», чтобы люди обращали на них внимание. Я хочу вернуться к тому, что Наталья Николаевна только что говорила о принципах и правилах: они появились для нас извне. Если посмотрите книжку, которая называется «Введение в биоэтику» 1998 г., то до последнего момента было искушение просто отредактировать ее, сделать второе издание уже сейчас. Но оно не получается именно из-за того, что общий взгляд на ситуацию изменился. Раньше мы с энтузиазмом принимали эти принципы и инвестировали их в наши размышления и модели преподавания. Сегодня речь идет

не об отречении от этих правил, а о переосмыслении их роли. По большому счету – это лишь инструменты для того, чтобы что-то сделать. А что можно сделать? Зачем нужно автономии поддерживать? Зачем нужно быть справедливым? Ты должен понять, зачем ты это делаешь. Я думаю, что это совсем не тривиальное обстоятельство.

Возвращаясь к проблематике телесности и особого медицинского взгляда на смерть, хочется отметить, что это действительно особенное обстоятельство, и оно связано не с моим личным опытом или с опытом Бориса Григорьевича, сколько с нашим общим опытом. Я около семи лет работал профессором на кафедре философской антропологии сначала у В.С. Степина, потом у Ф.И. Гиренка и ежегодно читал от пяти до семи дипломных работ, которые так или иначе обсуждали смерть.

Я думаю, что это все-таки какой-то культурный момент, что сейчас нужно начать перестраиваться, тем более что биотехнологии стали предлагать идеи редактирования генома, и нам нужно думать не только о смерти, как о предельном существовании, но и о начале жизни. Мне очень нравится идея «натальности» Ханны Арендт. Она заключается в простом обстоятельстве, что если мы хотим сохранить этот мир, мы должны иметь в виду не только то, что уходят поколения, которые помогли нам его создать. Но и то, что приходят те, кто нас не знают, и не захотят, возможно, знать. Я говорю о простой вещи. Огромное число всяких новобранцев, энтузиастов биотехнологий никогда не слышали о том, что в Советском Союзе уже много раз обсуждали, к примеру, проблему редукционизма, разрешенного и запрещенного, проблему целостности и так далее... они пришли, и дело не в том, что они забыли об этом, они еще не начали об этом узнавать. Это новое поколение биотехнологов – свободные, спокойные, с головой, в которой ничего из прошлого не осталось. И вот этот принцип натальности, означающий, что мы живем не только перед лицом «предельного срока», о котором не хочется сильно задуматься, но и в ситуации, когда все время приходят новые поколения. Они не обязаны знать, по крайней мере они так считают, то, что до них было сделано.

У нас есть иллюзия, что мы что-то устанавливали, что-то публиковали, а они придут и не станут этого читать, потому что это записано на других носителях. Биоэтика была заиклена на конце жизни, на смерти, умирании, суициде, эвтаназии, сегодня она меняется, приобретает другие значения. И здесь их нужно отделить от просто редукционистских положений, что можно отредактировать геном человека и все будет хорошо. Этого отредактированного человека я называю «молекулярный гомункул» [3]. Раньше считали, что в сперматозоидах и яйцеклетках находится уже готовый человек, который просто растет,

становится больше. И сегодня специалисты в молекулярной геномике считают, что есть в молекулярной системе человек – гомункул. Они могут отредактировать несколько клеток, пока он представляет собой простую систему, а потом он разовьется со всеми миллионами клеток и все будет хорошо. Этот момент для меня одновременно и обескураживающий, и требующий иного понимания. Я очень опасюсь, что новая биоэтика может забыть все, что уже было нами сделано. Это первый вариант, а другой состоит в том, что новым биоэтикам будет казаться, что все, сделанное до них, – совсем ненужные вещи. Мы видим такую тенденцию и в сокращении учебных часов, и во многом другом, что соответствует той политической и экономической структуре, которая у нас есть. Но это одновременно предполагает, что мы должны вместе с вами все ресурсы, которые у нас есть, использовать для укрепления биоэтики и, главное, все-таки копить ресурсы для будущего.

Сегодня у нас в медицинском сообществе властвует этико-правовой нигилизм, абсолютная анархия. У меня есть опыт работы по защите очень хорошего законопроекта о донорстве органов. Закона современного, лучшего, чем в Америке или Европе. Его продавили через Минздрав, а Дума не хочет даже обсуждать. У нее за спиной стоит медицинский истеблишмент, который не хочет, просто не хочет такой закон. Я встречался со многими людьми, имеющими возможность принимать решения, они мне говорят: «Да, здорово! Но этот закон слишком хорош для нас! Нам лучше оставить все как есть!» Вот в чем сейчас проблема. Но, с другой стороны, в существующей системе новый закон был бы инородным, потому что новый закон о трансплантации органов не соответствует той реальности, в которой мы живем... Придет время, колокольчик прозвенит и новые поколения тех же трансплантологов, репродуктологов будут готовы начать работу над новыми законами и правилами. Надеюсь, что они прочтут хоть толику из того, что нами сделано.

Убежден, то же самое будет с биоэтикой. Правда, на новом витке ее развития нам будет помогать не позитивный, а негативный опыт Америки. Когда там началась биоэтика, то ее продвигали благородные люди: врачи, философы, юристы. Они вместе работали. Потом это стало специализацией, стали защищаться диссертации, образовываться кафедры. И они стали «жевать жвачку». И сегодня в Америке отношение в клиниках и лабораториях к биоэтикам такое же, как к юристам, без которых не обойтись, но заниматься этим неинтересно. То есть биоэтика превратилась там машинерию по заполнению бумаг и приложений на гранты. Может быть, время придет возрождать биоэтику.

Петров. Павел Дмитриевич, что нужно биоэтике, чтобы она не превратилась в подобную машинерию в России?

Тищенко. Во-первых, биоэтика в Америке – не только машинерия, это огромная область интереснейших философских, правовых и других исследований. Машинерия бумажной работы выносит ученых во вне. Где-то в 1980-х годах американские биоэтики боролись за то, чтобы их признало медицинское сообщество. Оно их признало и переварило в формах соответствующих регламентов и практик. Просто нужно не торопиться и особенно ни рисковать самим понятием биоэтики, не напрягать сегодняшнего слушателя лишними связями.

Наоборот, может быть, нужно придумывать или даже возрождать отечественную деонтологическую этику врачевания. Говорить об этике практического сострадания. Я не знаю, как это делать. Но делать это нужно для того, чтобы не попасть под этот обездушивающий информационный потоп. Слишком много там, за рубежом, уже сделано чисто формально, по-американски. И многое из этого нам просто не пригодится. Простите мне общеполитическую ремарку. Американцы обсуждают очень важную проблему. У них ведь была огромнейшая иллюзия, что человечество движется к некоторому идеалу свободного общества. Фукуяма писал о «конце истории», и он почти настал. А биоэтика была частью этой либеральной идеологии, которая продвигала себя во все области. Но потом была череда кризисов, которые изменили представление о цели.

Я не думаю, что нам нужно ломать все наши представления о принципах и правилах биоэтики. Они очень хорошо работают. Но нам нужно понимать, что, возможно, новая ситуация потребует каких-то новых ответов, как защищать людей и жизнь как таковую. А если вы защищаете человека, давайте будем думать, каким языком мы должны оформить определить его позиции и права. Мне кажется, что новая ситуация, несмотря на то, что она очень неприятная и связана с возможными ограничениями, таит в себе вызов. Возможно, нужно искать более понятный язык биоэтики. Я сейчас не против ни прав пациента, ни правил и принципов. Вопрос в том, что должно лежать в основании биоэтического образования врачей? Считаю, что нужно начинать с милосердия. Нужно начинать с того, что врачевание является формой солидарности. Нужно понимать, что базисные аффекты: сочувствие и сострадание не являются просто фоном морального самосознания, над которым довлеют принципы и правила. На самом деле эти аффекты – не фон, а то, в чем все происходит, а принципы и правила могут быть использованы для того, чтобы защищать пациента и врача. А в центре должно стоять милосердие. Это было жуткое заблуждение, на грани исторической ошибки, когда здравоохранение было понято как сфера услуг. Мы, как этики, должны просто настаивать, что в основе врачевания лежит солидарность, сострадание, сопереживание, сочувствие. Все эти, казалось бы, архаичные

формы должны культивироваться в каждодневности врачебных интеграций.

Нужно эмоционально и аффективно подготовить человека к добродетели. А уже потом ему помогать, давая принципы и правила, чтоб он их мог защищать в спорах с кем-то. Сегодня, может быть, идеи права очень сужены и фальсифицированы в каком-то смысле. А врачевание – это деятельностное милосердие, форма социальной солидарности, например перед лицом коронавируса. Сегодня эта идея просто рухнула. Все произошедшее – это огромный урок. Ведь нам нужно понять, что вакцинация – это вопрос солидарности в контексте нашего общего совместного усилия противостоять общей угрозе. Именно поэтому я не понимаю аргумент Минздрава, который говорит, что не может сообщать о побочных реакциях на вакцину потому, что это коммерческая тайна. Моя точка зрения состоит в том, что они не коммерцией там должны заниматься. Вакцинация – это наш общий интерес, государственный, связанный с идеей солидарности. Если проблема вакцины общегосударственная, то здесь не может быть коммерческой тайны. Все наши проблемы должны вернуться к основаниям. Мы вместе живем, и если это так, то давайте думать о совместности и солидарности. Очень характерно, что вся проблема с правами очень ограничена, но это означает и заставляет нас с вами, как философов, посмотреть вглубь и заново поднять основания врачевания. И правильно будет начинать биотическое образование не с повторения формальных принципов и правил, а с оснований – солидарность, сострадание, сочувствие, содействие. И тогда, если начать с оснований, будет понятной и схема врачевания, и триаж, и так далее. Я думаю, что это наша задача на ближайшие будущее.

Петров. Наталья Николаевна, какие философские основания биоэтики будущего?

Седова. Я бы хотела продолжить мысль Павла Дмитриевича. Я считаю, что конечно сострадание к человеку – это главный принцип. Но к какому человеку? Кто этот человек? Биоэтика не ставит перед собой целью изучение этого вопроса. А вот философия ставит. Но в самой философии сейчас, как мне кажется, большой провал, все в затруднении, объяснительных гипотез нет, теорий как таковых, которые бы имели большое число сторонников, нет. Я думаю, что философский застой, который в мире царит, вредно сказывается на биоэтике, потому что она корнями своими уходит в философию, она из нее вырастает. Поэтому важно разработать философское основание для того, чтобы говорить о том, какой будет биоэтика будущего [1].

Петров. Какие есть концептуальные возможности для философии, чтобы осмыслять мир, который

сильно меняется? Я осматриваю гуманитарный горизонт и вижу: ингуманизм с идеей эмулирования человеческого сознания, или постгуманизм, который пытается найти бессмертие... Как вы считаете, где сегодня искать эти философские основания биоэтики?

Седова. Я уже призналась, что в философии сейчас застой. Таким образом, невозможно сейчас понять, какие доминантные идеи философии помогут биоэтике и дадут направление развития. Поэтому сейчас и биоэтика, и философия приобрели персонализированный характер. То есть: вот я просто так размышляю, меня что-то интересует, я этот предмет исследую, я прихожу к хорошей мысли, хорошему пониманию, но этого недостаточно для того, чтобы эта идея стала общезначимой, чтобы она стала действительно философской. А вот целостности, по-моему, не хватает. Типичная ситуация для смены парадигм.

Тищенко. Выскажу несколько анархически реакционную мысль. Думаю, что нужно заново перестраивать начальную школу. И в начальной школе воспитывать вертикальный взгляд ученика к своему учителю. Потому, что было и есть слишком много пустозвонного либерализма, спровоцировавшего тот развал мысли, отсутствие идей, на которые можно опираться. В студенческом сообществе нет способности воспринимать идею аутентично. У меня есть работа, которая называется «Антропология диктанта», где я пытаюсь прописать, что дает диктант для самосознания, свободного будущего самосознания. Сначала диктаторское подчинение себе своей моторики: сидеть, писать, держать правильно ручку. Без этого нельзя воспринимать другого, который тебе что-то дает. Иначе ты воспринимашь только то, свое, коротенькое и маленькое, что у тебя есть в голове [2].

Сейчас у нас пытаются реинвестировать авторитарную структуру под названием Зиновьев. Но Зиновьев – это воплощение авторитарного самосознания. Не был свидетелем того времени, когда Зиновьев уезжал. Я застал только тот момент, когда на научном совете Ильенков ругался с логиками и говорил, что «ваш агент Зиновьев за рубежом работает». Но тогда было время, когда была «пирамида», были лидеры и последователи. Это все рухнуло. Почему Зиновьев так возненавидел институт философии? Вернувшись, он застал огромную логическую школу, представители которой считали его устаревшим. Но за время его отсутствия, за 25 лет его нахождения за рубежом, его ученики стали другими, они стали мировыми светилами, как Смирнов В. А., Карпенко А. С. или Анисов А. М.

Что же нам сегодня делать? По крайней мере, искусственно ничего не вернешь. И, тем более, с этими ребятами, у которых в голове сейчас по несколько логик. И здесь, в этом многообразии логик, огромная проблема философии. Если возвратиться к вопросу

о философских основаниях, то я сейчас пишу статью про «натальность», про то, что все время рождается, и про то, как мыслить это рождающееся. У меня статья вышла, которая называется «Был ли я эмбрионом?». Слово «был», философское «есть» – бытие – определяет связку того, кем я был, со мной, который есть сейчас и который завтра будет.

Но здесь нет линейной связи. Я думаю, что современная философия и биоэтика возникают, прежде всего, как проблемоцентричные структуры. Проблемы, которые возникают в клинической практике, обсуждаются на языке принципов, например, на языке автономии. Сразу оказывается, что одного решения нет. Тогда возникает вопрос: как мы можем принимать решения в ситуации, когда одного решения нет?

Для меня связь всех возможных философий с биоэтикой осуществляется через конкретные проблемы: рождение, жизнь, смерть, сознание, пересадка органов. Это и есть последнее основание связи разных философских традиций. Если общей проблемы нет, то нет ничего общего. Когда некоторые философы или богословы пытаются предложить общие основания для решения моральных проблем, то всегда оказывается, что это лишь их частное мнение. Уяснение этого обстоятельства закрывает возможность единой философии, направляющей биоэтику. Например, превосходная работа Поля Рикера о пациенте и его внутреннем опыте. Несмотря на всю свою продвинутость, он не заметил, что у пациентов может быть другой язык, чем у врачей, что у общества могут быть разные языки.

Нас связывают проблемы, нас связывает чувство милосердия и взаимной солидарности. Мы собираемся вместе не для того, чтобы каждый из нас урвал какой-нибудь кусок гранта. Мы собираемся из-за солидарности перед лицом определенной экзистенциально значимой проблемы. И тогда каждый аргумент может идти из разных философских школ. Биоэтическое обсуждение – это нестабильная ситуация. Я думаю, что есть две формы стабильности, которые часто путают. Первая – это форма мавзолейной традиции,

где все заморожено в формалине и любое изменение рассматривается как распад. Нельзя же подумать, что изменение в мавзолее – это изменение, продвижение к чему-то лучшему. Другой вариант – изменения в жизни, которые являются необходимой частью самой жизни, изменения, поддерживающие стабильность потока от рождения к смерти, обеспечивающие самобытность, самоидентичность, которая невозможна без взаимного признания. Биоэтика – это и есть культура поддержания стабильности в потоке биотехнологических трансформаций.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Информация об авторах

П.Д. Тищенко – доктор философских наук, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики, Институт философии РАН, Москва, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7304-7027>, Researcher ID: V-7056-2018; Scopus Author ID: 57192995222, E-mail: pavel.tishchenko@yandex.ru

Н.Н. Седова – доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, зав. кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, руководитель Высшей школы медицинской гуманитаристики Института общественного здоровья ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, руководитель Лаборатории этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ГБУ ВМНЦ, член Совета по этике клинических исследований Минздрава России, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, Scopus Authors ID: 378269, E-mail: nns18@yandex.ru

К.А. Петров – кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, старший научный сотрудник Лаборатории этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4178-1726>, ✉ E-mail: peteroncyril@yandex.ru

Information about authors

Pavel D. Tishchenko – DSc in Philosophy, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences, Chief Researcher Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, pavel.tishchenko@yandex.ru ORCID: 0000-0001-7304-7027, Researcher ID: V-7056-2018; Scopus Author ID: 57192995222, E-mail: pavel.tishchenko@yandex.ru

Natalya N. Sedova – Doctor of Science (Philosophy), Doctor of Juridical Sciences, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course of Sociology of Medicine, Doctor of Philosophy, Doctor of Law, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course in Sociology of Medicine, Head of the Higher School of Medical Humanities of the Institute of Public Health of the Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Head of the Laboratory of Ethical, Legal and Sociological Expertise in Medicine of the GBU VMSC, Member of the Council on Ethics of Clinical Research of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russia, <http://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, Scopus Authors ID: 378269, E-mail: nns18@yandex.ru

Kirill A. Petrov – Senior Researcher, Department of Ethical, Legal and Sociological Expertise in Medicine, Volgograd Medical Research Center, PhD in Philosophy Associate Professor, Department of Philosophy, Bioethics and Law with the course of sociology of medicine, Volgograd State Medical University. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4178-1726>, ✉ E-mail: peteroncyril@yandex.ru

УДК 614.253:616-052

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-19-23>

Биоэтика как деконструкция

Кирилл Сергеевич Смирнов

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. В статье анализируется парадоксальный ракурс биоэтики, предполагающий ее экспликацию в качестве деконструкции. Прослеживается эволюция программы деконструкции и ее неожиданная конвергенция с биоэтическим дискурсом. Более того, сам этот дискурс можно рассматривать как деконструкцию этической мысли. Биоэтика в данном случае выступает как радикализация этики. Такого рода радикализация необходима в противовес логоцентрическому давлению и навязанному рассмотрению человека с позиций так называемых наук о жизни. Радикализация этики обнаруживает несостоятельность либеральной формы биоэтики, сводящей сущность человека к совокупности биологических и социальных потребностей. Вместе с тем консервативная биоэтика демонстрирует эвристический потенциал, исходя из уникальной способности человека к трансцендированию. Далее, логика развития биоэтики позволяет предложить идею биоэтоса как ризомической, горизонтальной структуры, способной стать альтернативой логоцентрической установке.

Ключевые слова: биоэтика, деконструкция, логоцентризм, науки о жизни, трансцендирование, биоэтос, ризома

Статья поступила 10.11.2021; одобрена к публикации 20.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-19-23>

Bioethics as deconstruction

Kirill S. Smirnov

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The paradoxical perspective of bioethics supposing its explication as deconstruction is analysed in the article. The evolution of the program of deconstruction and its unexpected convergence with bioethical discourse is traced. Moreover, this discourse as itself can be considered as deconstruction of ethical thought. Bioethics in this case comes out as radicalization of ethics. Such kind of radicalization is necessary versus logocentric pressure and imposed consideration of human from the standpoint of so-called life sciences. Radicalization of ethics reveals insolvency of the liberal form of bioethics, reducing human essence to the totality of biological and social needs. At the same time conservative bioethics demonstrates heuristic potential coming from unique human ability for transcendence. Further, the logic of the development of bioethics allows to introduce the idea of bioethos as rhizomic, horizontal structure capable to become the alternative to the logocentric directions.

Keywords: bioethics, deconstruction, logocentrism, life sciences, transcendence, bioethos, rhizome

Submitted 10.11.2021; accepted 20.02.2022; published 15.05.2022.

Рассмотрение биоэтики как деконструкции, на первый взгляд, представляется парадоксальным и даже может показаться кому-то абсурдным. Действительно, что общего может быть у биоэтики даже в качестве прикладной философии и деконструкции, понятии, введенном классиком постмодернистской философии Жаком Деррида? В первом приближении деконструкция есть подход к пониманию отношения текста и значения. Однако более глубокий анализ деконструкции (можно сказать, своеобразная деконструкция деконструкции) позволяет увидеть в ней целую программу по выявлению очагов сопротивления тому, что Деррида определяет как «онто-тео-телео-фалло-фоно-логоцентризм». Последний определяется в качестве «репрессивной интенции, лежащей в основании западноевропейской культуры» [1].

Сейчас данная интенция получила окончательное оформление и абсолютно конкретизировалась в капитализации стоимости и «превращении капитала в «центр» и «автоматически действующий субъект» [2].

Важно также отметить, что социокультурная реальность в целом, включая человека, толкуется Деррида как безграничный текст и даже гипертекст. В этом аспекте деконструкция является критическим анализом этого вселенского культурного текста, выявлением его внутренней противоречивости и потенциальных возможностей. На протяжении десятков лет французский мыслитель развивал и дополнял программу деконструкции. Можно сказать, совершал восхождение от абстрактного к конкретному, когда деконструкция отчетливо предстает в социальном и, наконец, этическом («дискурс о справедливости» [3]) ракурсах.

Современный израильский мыслитель Ной Харари отмечает, что согласно наукам о жизни: «Организмы – это алгоритмы, а люди – не индивиды, они дивиды. То есть человек есть собрание множества различных алгоритмов, лишенное единого внутреннего голоса или единого Я... Алгоритмы, составляющие человека, не являются свободными. Они формируются генами или давлением среды и принимают решения или в режиме детерминизма, или случайным образом – но не свободно... Отсюда следует, что внешний алгоритм мог бы теоретически знать меня гораздо лучше, чем Я могу когда-то знать себя. Алгоритм, который отслеживает каждую из систем, которые составляют мое тело и мой мозг, мог бы знать точно, кто Я, что чувствую и что Я хочу. Однажды получив развитие, такой алгоритм мог бы заменить выборщика, покупателя и зрителя» [4]. Другими словами, технологии современной эпохи могут дать возможность внешним алгоритмам «взломать» человека и узнать его лучше, чем он знает сам себя. Если это произойдет, представления о человеческой индивидуальности потеряют всякий смысл и полномочия перейдут от индивидов к сетевым алгоритмам. Люди перестанут рассматривать себя в качестве автономных субъектов, направляющих свою жизнь по собственной воле. Вместо этого они привыкнут рассматривать себя в качестве собрания биохимических механизмов, которые постоянно отслеживаются и направляются сетью электронных алгоритмов. Уже сейчас возникло общественное движение под названием Quantified Self, которое стремится показать, что личность есть не более чем набор математических повторяющихся элементов (паттернов). Эти паттерны настолько сложны, что человеческий разум совершенно не способен понять их. Если человек хочет познать себя, то не нужно изучать философию или заниматься медитацией. Следует «просто» систематически собирать биометрические данные и позволить алгоритмам анализировать их. После этого эти же алгоритмы сообщать человеку, кто он и что ему следует делать. Любопытно, что девиз данного общественного движения – «самопознание через числа».

Человечество может достичь положения, когда будет невозможно отключиться от «всезнающей» сети даже на мгновение. Такое отключение может даже привести к смерти. Например, если «большие надежды» нашего «века медицины» будут воплощены в жизнь, то люди уже совсем в недалеком будущем внедрят в свои тела целый ряд биометрических устройств, бионических органов и нанороботов, которые будут следить за состоянием здоровья и защищать от инфекций и болезней. Эти устройства должны быть активны в режиме 24/7 для того, чтобы пополняться новейшими медицинскими достижениями и защищать себя от новейших вирусов цифровой среды.

Собственно медицина в условиях давления наук о жизни, щедро инвестируемых капиталом, на наших

глазах претерпевает серьезную концептуальную революцию. Медицина прошлого века ставила перед собой цель лечить больного. Медицина века нынешнего все больше стремится «улучшать» здорового. Излечение больного было эгалитарной идеей, что предполагало существование стандарта физического и психического здоровья, которым может обладать каждый человек. Если человек не соответствовал норме, то работа врачей состояла в том, чтобы выявить проблему и помочь человеку быть как «все». В противоположность этому «улучшение» здорового является элитарной идеей, потому что она отвергает идею универсального стандарта для всех и стремится дать некоторым индивидам преимущество над другими. Некоторые люди сейчас хотят получить превосходящую память, интеллект выше среднего и даже первоклассные сексуальные возможности. А если какая-то практика «улучшения» становится дешевой и относительно общедоступной, то она просто будет рассматриваться как новый стандарт, который будут стремиться превзойти новые медицинские практики «улучшения».

В прошлом веке медицина принесла большую пользу массам, потому что двадцатый век был веком масс. Например, армии в то время нуждались в миллионах здоровых солдатах, а экономике были нужны миллионы здоровых рабочих. Поэтому государства создавали системы общественного здравоохранения, которые гарантировали в той или иной степени оказание доступной медицинской помощи. Великими достижениями этой недавней эпохи были обеспечение массовой санитарно-гигиенической инфраструктуры, компании массовой вакцинации и ликвидация массовых эпидемий.

Но век масс завершился, и с ним закончилась эпоха общедоступной медицины. Рабочие, солдаты, а возможно и служащие уступают место алгоритмам (совсем недавно в Китае появился так называемый «цифровой прокурор»). В этих условиях некоторые представители «финансовой элиты» могут прийти к выводу (а некоторые, наиболее одиозные, такие как господин Т. Тэрнер, уже публично выступали с заявлениями), что больше нет смысла в предоставлении доступной медицинской помощи массам «беспольных» («useless class» в терминологии Харари) бедняков. И гораздо более разумно сосредоточиться на «улучшении» относительно небольшой группы потенциальных «сверхлюдей». Собственно, в социальном и идеологическом измерениях такая перспектива развития человечества, если давать ей моральную оценку, больше похожа на регресс, откат к квазифашистской доктрине или еще раньше, к квазисословному обществу первой половины девятнадцатого века, когда один процент дворян (а в это время дворянский титул уже можно было купить) обладал половиной всего общественного богатства и всеми правами.

Только теперь такое положение дел «научно» обосновывается и в ходу такие дискурсивные обороты, как «невозможно остановить прогресс», «великая трансгуманистическая перспектива» и т. д.

Надо признать, что логоцентризм в конкретной форме биокапитализма, сделавшего ставку на био- и кибертехнологии нанес мощнейший удар не только по традиционной культуре, но и по культуре модерна, в основе которой лежит проект Просвещения. Однако, как написал великий поэт-романтик Фридрих Гельдерлин: «Но где опасность, там вырастает и спасительное» [5]. Биоэтический дискурс, возникший примерно в то же время, когда Деррида начинает разрабатывать программу деконструкции, является живым очагом сопротивления безжалостной логоцентрической установке [6]. Можно сказать, что биоэтика является в определенном смысле критическим анализом (то есть собственно деконструкцией) всей предшествующей этической традиции. Этот анализ позволяет обнаружить идеи, которые могли стать основой для теоретической разработки реальной, жизнеспособной альтернативы логоцентризму. На наш взгляд, биоэтика является радикализацией этики путем парадоксального возвращения к ее основам. Любопытно, что такой популярный автор, как Харари, который, надо признать, больше подчеркивает остроту проблемы, чем предлагает решение, все же замечает: «Человеческие сообщества и семьи всегда основывались на вере в бесценные (priceless) факты, такие как честь, верность, мораль и любовь. Эти факты находятся за пределами владений рынка, и они не могут быть куплены и проданы за деньги. Даже если рынок предлагает хорошую цену, некоторые вещи просто не делаются. Родители не должны продавать своих детей в рабство; благочестивый христианин не должен совершать смертный грех; верный рыцарь никогда не предаст своего господина; исконные племенные земли никогда не могут быть проданы чужеземцам» [4]. Конечно, по мере экспансии «свободного рынка» все эти табу систематически нарушались. Но они еще сохраняются. Эти бесценные явления (честь, верность, нравственность, любовь) формируют тот самый этос, представления о котором лежат в основе этики. Этос есть пространство совместного проживания людей, исключающее индивидуализм и агрессию. Из этого представления об этосе видно, что уже древние греки прекрасно понимали темную сторону человеческой природы, которая если и не может быть элиминирована, то должна быть поставлена под контроль и в какой-то степени заблокирована. Такая позиция противоречит идеологии свободного рынка и наукам о жизни, которые «обосновывают» рыночное поведение индивида, включающее культивирование своего «Я» и агрессивное стяжательство. И здесь в биоэтическом дискурсе можно обнаружить одно важное различие.

Речь идет о либеральной форме биоэтики и форме консервативной. Главное и ключевое отличие между этими формами заключается в представлении о сущности человека. С точки зрения либеральной биоэтики, сущность человека обусловлена его биологическими и социальными потребностями. Собственно потребности (нужды) очень близки к тому, чтобы быть объявленными «добродетелями». В полной мере такой идее человека отвечает «общество потребления» или «общество соблазна». «Идеалом» такого общества выступает «успешный» в финансовом и иерархическом плане человек, неистовый потребитель и умелый инвестор. Собственно, «иконостасом» в таком обществе выступает пресловутый список Форбс. Можно сказать, что либеральная биоэтика пытается приспособиться и адаптироваться к логоцентрической установке. При этом биос, человеческий биос становится объектом технологических манипуляций в рамках процесса такого приспособления. Либеральная биоэтика принимает «правила игры», задаваемые автоматическим действующим субъектом (капиталом). Биологические и социальные потребности, которые обуславливают сущность человека, объявляются высшими ценностями и формируют основание для выхода из режима этой обусловленности. Таким образом, либеральная биоэтика вольно или невольно способствует и продвигает трансгуманистическую повестку, моральную оценку которой мы уже дали выше.

Именно поэтому консервативная биоэтика является тем дискурсом, который может стать теоретической основой для альтернативного развития человека и всего человечества. Консервативная биоэтика исходит из того, что сущность человека обусловлена определенными способностями. Можно даже говорить об одной способности, той уникальной способности, которая и делает человека Человеком. Выдающийся испанский поэт семнадцатого века Педро Кальдерон написал: «Que es la vida? Un frenesi» (Что такое жизнь? Исступление). Человек способен и стремится выйти за собственные пределы. Трансцендировать себя. Жорж Батай, парадоксальный философ, оказавший большое влияние на современную философию, отмечает: «Если бы меня спросили, что мы есть, я бы ответил: Мы дверь во все, что может быть, мы надежда, которую никакой материальный ответ не может удовлетворить... Мы ищем вершин. Каждый из нас может игнорировать этот поиск, если он обладает разумом, но человечество как целое стремится к этим вершинам; они есть единственное определение его природы, его единственное оправдание и смысл» [7]. Да, люди могут опускаться в «бездны», «создавать» культ собственного Я, проявлять животную агрессивность, становиться беспрецедентными стяжателями и даже рационально строить лагеря смерти и осуществлять геноциды. И при этом подводить под все эти деяния «научную» базу. Однако люди способны

выходить за собственные пределы в творчестве, эмпатии, понимании, любви, самопожертвовании, даже самоубийстве. Никакая искусственная нейронная сеть не способна на это. А если вдруг окажется способна, то обретет человечность, нравственное чувство. То есть... станет человеком.

Консервативная биоэтика вновь возвращает нас к исходному смыслу понятия «этнос». Этнос предполагает систему нравственных ограничений. Советский, а потом российский философ Ю.М. Бородай в этом смысле отмечает: «Фундаментальное отличие механизма нравственных ограничений от естественно-биологического механизма инстинкта самосохранения можно свести к двум пунктам: 1. Нравственное ограничение касается всех членов человеческой общины. Подчеркнем: всех, а не только слабых, как в стаде. 2. Нравственные побуждения несовместимы с инстинктом самосохранения, ибо принципиально противоречат ему, диктуя человеку поступки, подчас индивидуально вредные (самоограничение), а иногда даже самоубийственные (самопожертвование)» [8]. Однако ограничивая свои потребности и жертвуя для других, человек не только поднимается над своей животной природой, но и способствует выживанию сообщества. К сожалению, в «глобальной деревне», глобальном сообществе можно наблюдать, что «сильные» (успешные обладатели капитала) склонны пренебрегать любыми ограничениями. Это легко видеть в сегодняшней ситуации пандемических ограничений. Для потенциальных «сверхлюдей» существуют «зеленые коридоры», позволяющие им без особых затруднений перемещаться в глобальном мире, как ни чем не бывало. Собственно, такого рода «зеленые коридоры» существуют для них во всех областях социального пространства.

И конечно, этот узкий круг глобальных граждан использует целый спектр возможностей, чтобы уходить от налогов и никак не «жертвовать» для общего блага. При этом такого рода *vip*-персоны относятся к обычным людям не лучше, чем европейские колонизаторы прошлых веков относились к африканцам, индейцам, азиатам и т.д. Замечательным обращением к этим людям являются слова из романа Джона Стейнбека «Гроздь гнева»: «Если б вам удалось отделить причины от следствий, если бы вам удалось понять, что Маркс, Ленин были следствием, а не причиной, вы смогли бы уцелеть. Но вы не понимаете этого. Ибо собственничество сковывает ваше «я» и навсегда отгораживает его от «мы» [9].

Автор программной книги по биоэтики Ван Поттер удачно определил биоэтику как «науку выживания». И хотя книга вышла более полувека назад, мыслитель понимал, что человечество подходит к некому пределу, точке бифуркации, когда продолжение существующей, логоцентрической тенденции

может привести к коллапсу всей социокультурной системы и гибели человечества, а появление новой парадигмы развития может вывести человечество из кризиса. Кризисное состояние и есть состояние, требующее особых усилий физических и духовных, то есть тех усилий, которые нужно прилагать в ситуации выживания. Важно понять, что выжить можно только вместе, а не за счет кого-то.

Следуя логике развития биоэтики от «науки выживания» (Поттер) до «социальной науки как этики справедливости» (Седова), будем говорить об идее формирования глобального биоэтоса. Эта новая система мироустройства может быть построена из принципов биоэтики. Данные пятнадцать принципов заключают в себе высшие достижения как традиционной культуры (особенно справедливость, солидарность, сотрудничество, совместное использование благ), так и культуры модерна (человеческое достоинство, уважение человеческой уязвимости, конфиденциальность, автономия, недопущение дискриминации и стигматизации). Идея биоэтоса предполагает рассмотрение жизни как целого, основанного на нравственном чувстве принадлежности к тому, что Капра и Луизи называют «паутиной жизни» [10]. На наш взгляд, философским аналогом такой характеристики является понятие ризомы. Последняя есть сетевая структура организации отношений, которая является горизонтальной в противоположность вертикальной логоцентрической системе. Можно еще назвать ризому системой пересекающихся «кругов нравственной оседлости» (Д.С. Лихачев).

Существование ризомы может, как минимум, амортизировать жесткое давление логоцентрической системы. Как максимум (идеал), следует говорить о ризоме как перспективной системе замены логоцентризма.

Реализация идеи биоэтоса очевидно требует децентрации капитала. Без этого формирование новой социокультурной системы не представляется возможным. Здесь требуется целый комплекс шагов (введение прогрессивной шкалы налогообложения там, где этого нет, введение налога на капитал, введение в той или иной форме практики безусловного основного дохода (БОД), пусть он будет даже в каком-то смысле «условным»). Разумеется, для осуществления комплекса этих мер нужна не только политическая воля, но и добрая воля в сочетании с элементарным здравым смыслом. Думается, что не все представители «финансовой элиты» окончательно утратили эти качества. Иначе как объяснить инициативу Билла Гейтса и Уоррена Баффита по созданию благотворительного движения «Клятва дарения» (Giving pledge), предлагающего миллиардерам планеты пожертвовать значительную часть своего богатства на филантропические

цели. Даже если этот проект начат из простого стремления «уцелеть» (вспомним Стейнбека), он заслуживает того, чтобы отнестись к нему с пониманием.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that he has no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Постмодернизм. Энциклопедия. Мн.: Интерпрес-сервис, Книжный Дом, 2001.
2. Пигалев А.И. Человек в системе «центризм» и онтологический редукционизм // Человек в современных философских концепциях: материалы Международной научной конференции. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 1998.
3. Mikics D. Who was Jacques Derrida? An Intellectual Biography. New Haven, L.: Yale University Press, 2009.
4. Yuval Noah Harari. Money. London: Vintage, 2018.
5. Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступления. М.: Республика, 1993.
6. Derrida J. Specters of Marx. Classics. N.Y.; L.: Routledge, 1994. 265 p.
7. Bataille G. Eroticism. London: MARION BOYARS, 2006.

8. Бородай Ю.М. Эротика-смерть-табу: трагедия человеческого сознания. М.: Гнозис, Русское феноменологическое общество, 1996.

9. Стейнбек Дж. Гроздь гнева: роман / пер. с англ. Н. Волжиной. СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2015.

10. Капра Ф., Луизи П.Л. Системный взгляд на жизнь: Целостное представление / пер. с англ. М.: УРСС: ЛЕНАНАД, 2020.

REFERENCES

1. Postmodernism. Encyclopedia. Minsk: Interpressservis, Book House, 2001. (in Rus.).
2. Pigalev A.I. Man in the system of "centrisms" and ontological reductionism. *Chelovek v sovremennykh filosofskikh kontseptsyakh: materialy Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii = Man in modern philosophical concepts: Proceedings of the International Scientific Conference*. Volgograd: VolGU Publishing House, 1998. (in Rus.).
3. Mikics D. Who was Jacques Derrida? An Intellectual Biography. New Haven, L.: Yale University Press, 2009.
4. Yuval Noah Harari. Money. Vintage, London, 2018.
5. Heidegger M. Time and being: Articles and speeches. Moscow: Respublika Publ., 1993. (in Rus.).
6. Derrida J. Specters of Marx. Classics. N.Y.; L.: Routledge, 1994. 265 p.
7. Bataille G. Eroticism. London: MARION BOYARS, 2006.
8. Boroday Yu.M. Erotica-death-taboo: the tragedy of human consciousness. Moscow: Gnosis, Russian Phenomenological Society Publ., 1996. (in Rus.).
9. Steinbeck J. The Grapes of Wrath: a novel. Translation from English N.Volzina. St. Petersburg: Azbuka, Azbuka-Atticus Publ., 2015. (in Rus.).
10. Capra F., Louisi P. L. Systemic view of life: a holistic view. Translation from English. Moscow: URSS: LENANAD, 2020. (in Rus.).

Информация об авторе

К.С. Смирнов – кандидат философских наук, доцент, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7233-9052>, E-mail: zzzzzz111@mail.ru

Information about author

Kirill S. Smirnov – PhD, Associate Professor of the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7233-9052>, E-mail: zzzzzz111@mail.ru

Судьба медико-гуманитарного образования в России

Вячеслав Иванович Моисеев[✉], Оксана Николаевна Моисеева

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Аннотация. Статья отмечает различные тревожные тенденции дегуманизации современного медицинского образования в России и мире и, кроме экономико-политических решений, предлагает обратиться к наиболее фундаментальному основанию негативного отношения к гуманитарным предметам в современном биомедицинском образовании – борьбе редукционистского и холистического мировоззрений. Если в современной биомедицине все более господствует жесткий редукционизм, сводящий живое к неживому на уровне атомов и молекул, то гуманитарному знанию органично присущ целостный подход к человеку, то есть холистические основания и принципы. Раскол этих двух направлений проецирует себя в расколе базовых медицинских предметов и гуманитарных дисциплин. Единственным радикальным способом преодоления такого раскола авторам видится трансформация самого биомедицинского знания в направлении холо-редукционизма – синтеза холизма и редукционизма. Подобный интегративный тип знания будет проецировать себя в принципиально иных, союзных, отношениях более редукционистских и холистических направлений единой интегральной биомедицины.

Ключевые слова: биомедицина, биомедицинское образование, гуманитарное образование, дегуманизация образования, холизм, редукционизм, холо-редукционизм

Статья поступила 20.12.2021; одобрена к публикации 20.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-24-32>

The fate of medical and humanitarian education in Russia

Vyacheslav I. Moiseev[✉], Oksana N. Moiseeva

Moscow State University of Medicine and Dentistry A.I. Evdokimova, Moscow, Russia

Abstract. The article points to various alarming tendencies of dehumanization of modern medical education in Russia and in the world. Apart from economical and political solutions, the article suggests to address the most fundamental reason for negative attitude to humanitarian subjects in modern biomedical education – the struggle between reductionist and holistic worldviews. While modern biomedicine is increasingly dominated by an increasingly rigid reductionism, which reduces living things to non-living things at the level of atoms and molecules, humanities knowledge is organically characterized by a holistic approach to the human being, i. e., holistic foundations and principles. The split of these two directions projects itself in the split of basic medical subjects and humanities disciplines. The authors see the only radical way to overcome this schism as a transformation of biomedical knowledge itself in the direction of holistic reductionism – a synthesis of holism and reductionism. This integrative type of knowledge will project itself into a fundamentally different, allied, relationship between the more reductionist and holistic strands of a single integrated biomedicine.

Keywords: biomedicine, biomedical education, humanitarian education, dehumanization of education, holism, reductionism, holoreductionism

Submitted 20.12.2021; accepted 20.02.2022; published 15.05.2022.

Вопросы кризиса в российском здравоохранении сегодня являются самыми обсуждаемыми в медийном пространстве. Дискуссии по этой теме особенно обострились в связи с актуальными медицинскими явлениями последних двух лет. В обществе усугубляется раскол между профессиональной медицинской средой и пациентами, возникший в постсоветский период и, к сожалению, постоянно с тех пор нарастающий. Коммерциализация медицины и превращение ее

в сферу услуг вызывает сильное общественное недовольство, потому как вполне закономерным проявлением ее является обесценивание собственно человеческих, личностных отношений во взаимодействии врача и пациента, – как со стороны врача, выступающего в этом случае обезличенным поставщиком услуги, так и со стороны пациента, превращенного в среднестатистического потребителя. Общественность не приемлет такое отношение к больному человеку

как к обезличенной машине, большинство медиков не устраивает подчиненное положение «обслуги». В итоге, наряду со множеством иных причин, о части которых будет сказано ниже, резко снижается качество самой системы здравоохранения, которая

все меньше соответствует своей изначальной сути поддержания и охраны общественного здоровья. Косвенным показателем этого является постоянный рост числа уголовных дел, возбуждаемых против врачей (см. табл.).

Динамика уголовного преследования врачей за последние 5 лет [1]*

Показатели	Год				
	2015	2016	2017	2018	6 мес. 2019
Количество обращений граждан в СК РФ	3775	4947	6050	6623	нет данных
Количество возбужденных уголовных дел	881	878	1791	2229	1227
Количество дел, направленных в суд	103	176	198	265	158

* Аналитический обзор по уголовным делам против врачей анестезиологов-реаниматологов за последние пять лет / В.И. Горбачев, Е.С. Нетесин, А.И. Козлов [и др.] // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2020. URL: <https://intensive-care.ru/analiticheskij-obzor-po-ugolovnym-delam-protiv-vrachej-anesteziologov-reanimatologov-za-poslednie-pyat-let/> (дата обращения 02.02.2022).

Попытки осмысления сложившейся ситуации, в основном, вращаются вокруг социально-политических решений. Однако, с нашей точки зрения, корень проблемы находится в мировоззренческой сфере, прорастая затем в социальные отношения. Важнейшим фактором, определившим формирование этой проблемы, является дегуманизация медицинского образования.

Надо отметить, что ситуация с гуманитарным образованием в медицинских вузах в нашей стране в последние годы и десятилетия становится все более напряженной: сокращаются часы и ставки, отведенные на гуманитарные дисциплины (см. рис.), прежде всего – на такой базовый, основополагающий предмет, как философия; экзамены заменяются на зачеты, которые все чаще проводятся в виде тестов.

Вместе с сокращением часов урезаются преподавательские штаты, повышается объем почасовой нагрузки, людей переводят на части ставок, порою просто увольняют. Такая ситуация «оптимизации» высшего образования сложилась в стране в целом: государственное финансирование вузов сокращается, все более основным источником дохода оказывается коммерческая деятельность, львиную долю в которой занимает набор коммерческих студентов, которые платят за свое обучение. И если студенты приносят доход в вузы, то преподаватели его забирают в виде своей зарплаты. Чисто экономический подход начинает определять именно студента как главную фигуру в вузе, провозглашаются лозунги типа «студент – главный», которые все чаще звучат на разного рода собраниях и ученых советах. Роль преподавателя начинает сводиться к обслуживающему персоналу, призванному удовлетворять интересы клиента, который, как известно, «всегда прав». И преподаватели уже не решаются адекватно спрашивать студентов, требовать от них знаний – начинается «адаптация» преподавателей к сохранению незнания студентов. Почти откровенно звучат требования со стороны руководства к преподавателям «снижать планку» в оценке знаний студентов:

«вы слишком строго спрашиваете», «ваш предмет слишком сложен», «нужно снижать требования», «вы не можете заинтересовать». Выставляя низкие оценки студентам, кафедры, по сути, выставляют такую себе, поскольку вводятся разного рода рейтинги кафедр и преподавателей, где средний балл и уровень успеваемости оказываются уже не столько оценкой учащихся, сколько уровня самой кафедры. Меняющуюся ситуацию начинают все более понимать и студенты, и наиболее активными из них, к сожалению, часто оказываются наиболее изворотливые. Дело может доходить до травли ответственных преподавателей, организации разного рода кампаний против них – все только ради того, чтобы отсеять или приглушить более требовательных учителей. В результате такого отбора на сцену выходят агрессивно необразованный студент и ласковый преподаватель, который играет с ним в разного рода мотивирующие игры и ставит «пятерки» и зачеты направо и налево. Эти два типа вполне устраивают друг друга, только система образования окончательно исчезает с их выходом на авансцену¹.

Таким образом, деградация в системе высшего образования формируется и поддерживается вполне объективными политико-экономическими причинами. Все разговоры о том, что это все неправда, что рынок требует качественных специалистов – поэтому вузам невыгодно выпускать необразованных, не востребованных на рынке труда, к сожалению, являются маскировкой реальности, особенно – в медицинской сфере, так как нехватка специалистов в этой отрасли вообще заставляет довольствоваться практически любым

¹ По индексу образования Россия занимает 27-е место из 76 стран (индекс образования равен 0,814). Принято считать, что развитые страны должны обладать минимальным показателем 0,8, хотя многие из них имеют показатель 0,9 или выше. По индексу медицины Россия занимает 57-е место из 76 стран, ее индекс уровня медицины 57,29. Последний рейтинг такого рода был опубликован в 2018 году и отображает итоги 2017 года (источник: <https://nonews.co/directory/lists/countries/education>).

уровнем выпускников. Таким образом, здравоохранение больше заинтересовано в самом наличии кадров, сохраняя минимальные требования к их качеству – «работать-то некому». В связи с этим усиленно популяризируется миф об «адекватном троечнике», который

выбирает для изучения главные предметы, а остальным уделяет минимум внимания – и оказывается самым качественным специалистом, который не расплылся «на ерунду», а сосредоточился на главном – тем самым необразованности придается статус нормы.



Рис. Данные по кафедре философии, биомедицики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета (ППС – профессорско-преподавательский состав)¹

¹ Близкая ситуация наблюдается во многих других медвузах России. Например, по нашим данным, которые мы собирали по медвузам России в 2018/19 учебном году, в Самарском госмедуниверситете число часов по философии для аспирантов сократилось с 910 в 2013/14 гг. до 570 в 2018/19 гг., по культурологии для студентов – с 205 до 159 часов, число преподавателей – с 10 до 7 за эти же сроки; по кафедре философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества Тверского государственного медуниверситета за этот же срок общая нагрузка по гуманитарным дисциплинам снизилась с 7971 часа до 5783 часов, по философии и психологии – со 180 до 144 часов, число ставок ППС сократилось с 10,5 до 8; в Новосибирском госмедуниверситете по кафедре медицинского права факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей общий объем часов по биоэтике сократился с 2144,2 в 2013/14 гг. до 940,2 в 2018/19 гг.; в Красноярском госмедуниверситете число часов по философии сократилось со 148 часов в 2011/12 гг. до 84 часов в 2018/19 гг.

В свою очередь, родители студентов-«платников» заинтересованы в том, чтобы их ребенок получил заветный диплом, и позиция «мы заплатили деньги – вы обязаны выдать диплом» все больше доминирует в их представлении о качестве образования ребенка. И их подчас не интересует то, что в силу деградации школьного образования с формальной системой ЕГЭ, позволяющей поступать в вузы тем, кто не способен к обучению именно в высшей школе не только из-за пробелов в знаниях, но и из-за несформированного понятийного мышления¹, их ребенок просто не справляется с программой обучения в вузе. Корень проблем они видят в «слишком строгих» «коррумпированных» преподавателях, «намеренно завышающих требования с целью получения взятки» – образы преподавателя-взяточника и угнетаемого студента набирают в обществе все большую популярность, подталкивая руководство вузов к ущемлению прав преподавателей в угоду студентам – заказчикам услуг. И, в первую очередь, это касается «ненужных», с их точки зрения, предметов – гуманитарных, «не имеющих отношения к профессии» и служащих лишь для «развития кругозора», который любой человек при желании и так сможет развивать. Такая клиентоориентированность создает в вузах официальную практику оценки преподавателя студентами, что существенно влияет на его профессиональный рейтинг. И если в оценке преподавателей профильных дисциплин студентами еще может учитываться профессионализм и требовательность, то в отношении дисциплин непрофильных самый высокий рейтинг оказывается у «лояльного» преподавателя, «понимающего ненужность своего предмета» и играющего со студентами в мотивационные игры, создавая зону комфорта и удовольствия, не отвлекая его от обучения по предметам «главным». В итоге, сложившаяся патологическая система отношений в вузе начинает все более поддерживать саму себя.

Почему же так происходит? Что нужно делать в сложившейся ситуации?

В ответе на эти вопросы есть очевидные решения: вернуть государственные вузы на бюджетное финансирование, возродить систему госстандартов с закреплением на федеральном уровне часов и видов аттестации по дисциплинам, возратить устные экзамены и собеседования, ужесточить отбор на вступительных экзаменах, отказаться от такой системы рейтингов, в которую негласно закладываются снижения требований к уровню знаний, поддерживать требовательных и профессиональных преподавателей и т. д.

Думается, основные мероприятия большинству здравомыслящих людей достаточно понятны и не представляют большой сложности в чисто теоретическом плане. Только практика их реализации почему-то упорно не может быть достигнута сегодня. Словно стоит какая-то непробиваемая стена на пути всех конструктивных решений, и льется вал разрушительных преобразований, прикрываемый красивыми словами – «оптимизация», «балльно-рейтинговая система», «цифровизация», «инновационные технологии» и прочее, и прочее. А реально система образования все более разрушается, что, в первую очередь, сказывается на «непрофильных» предметах. Конкретно в медицинских вузах раньше всех под удар попадают самые «непрофильные» – гуманитарные дисциплины. И сегодня мы стоим на пороге настолько большого их урезания, что не за горами и их полное исчезновение в медицинском образовании.

Среди множества причин и факторов, из которых только малая часть была отмечена выше, нам хотелось бы остановиться еще на одном, не столь часто упоминаемом, но играющем, с нашей точки зрения, очень фундаментальную роль – и потому нужно обязательно уже сегодня начинать влиять на эту причину. И хотя изменения в ее природе будут нескоро и не такими яркими, как, возможно, хотелось бы, но, меняя этот фундаментальный фон, мы сможем заложить прочные основания ко всем прочим возможным спасительным мерам в медико-гуманитарном и медицинском образовании в целом.

Что же это за глобальная причина?

С нашей точки зрения, кроме экономической и политической конъюнктуры, в снижении статуса гуманитарного знания в современной медико-образовательной среде важную роль играет столкновение двух фундаментальных мировоззрений, двух парадигм, лежащих в основании мировоззрения представителей медицинских и гуманитарных наук.

Чтобы очертить эти мировоззрения, нам придется немного углубиться в их философские характеристики.

Если сегодня посмотреть на то, как преподаются теоретические основы медицины, то это, в первую очередь, такие предметы, как биохимия, биофизика, нормальная и патологическая физиология и анатомия. Именно на этой базе затем строятся все основные модели в области клинических дисциплин. В основе же указанных теоретических предметов лежит либо чисто описательный подход (анатомия, шире – морфология), либо же теоретической базой всех основных медицинских моделей выступают такие естественные науки, как физика и химия. В итоге, базовые теоретические конструкции медицинского знания своими корнями уходят в физико-химию. Чтобы по-настоящему научно объяснить тот или иной медицинский феномен – то или иное состояние здоровья или болезни, процессы выздоровления или заболевания, методы

¹ На что указывают многолетние исследования психологов, в частности – тридцатилетнее исследование кандидата психологических наук, заведующей лабораторией социальной психологии НИИ комплексных социальных исследований СПбГУ Л.А. Ясюковой. См. напр.: Ясюкова Л.А. Изменение структуры интеллекта подростков с 1990 по 2020 годы. 2020. URL: <https://psy.su/feed/8560/> (дата обращения: 02.02.2022).

диагностики и лечения – нужно, в конечном итоге, вывести все это из базовых физико-химических моделей. Таким образом, биологические феномены сводятся к физико-химическим. Такое направление в философии и методологии науки получило название *редукционизма*: от лат. *reductio* – упрощение, сведение сложного к простому.

В основе философии редукционизма лежит установка на то, что любое целое можно и нужно свести к образующим его элементам, объясняя природу целого на основе законов движения его элементов. В итоге целое (более сложное) сводится к элементам (более простому). Особенно ярко установка редукционизма проявляется в отношении к такому виду целых, как живые существа: их представляют как «сложные физико-химические системы», где природа живого сводится к законам атомов и молекул, из которых состоят живые структуры – клетки, ткани, органы, организм. Но законы атомов и молекул – это законы физики и химии, то есть биология сводится к физико-химии. Живой организм (биосистема) понимается как пусть и сложная, но все та же физико-химическая система, которая может быть полностью описана законами физики и химии. В конечном итоге, как это ни парадоксально звучит, в редукционизме *живое сводится к неживому* – и это то ключевое звено, которое все определяет.

Противоположное направление к редукционизму – это *холизм* (от греч. *ὅλος* – целое), то есть буквально учение о целом. Холизм, наоборот, утверждает, что целое нельзя полностью свести к образующим его элементам и их законам, что существуют собственные законы и качества целого, которых нет у элементов. Качество целого, которое впервые возникает у целого и отсутствует у его элементов, называют *эмерджентным качеством* (от англ. *to emerge* – возникать, впервые появляться). Например, качество жизни – это яркий пример эмерджентного качества, впервые возникающего у живой клетки, но отсутствующего у тех атомов и молекул, из которых клетка состоит. Элементы образуют целое со своим эмерджентным качеством, и эти целые выступают элементами еще более крупных целых – так возникает иерархия целых, где каждый тип целого формирует свой *уровень* организации, так что законы более высокого уровня, хоть и активно взаимодействуют с законами нижележащего уровня, но не сводятся полностью к ним, обладают моментом своей автономности и самостоятельности. Например, нельзя все в поведении живых существ вывести только из законов физики и химии – для их объяснения нужны собственно биологические (или еще выше – психические, социальные, духовные...) законы.

Если в редукционизме биология и медицина – это, по сути, прикладные физико-химические дисциплины, то, согласно холизму, биология и медицина –

самостоятельные фундаментальные науки со своими собственными законами и принципами. Таким образом, живое в рамках холистических представлений качественно отличается от неживого, то есть является по-настоящему живым, а не просто сложной физико-химической (неживой) системой.

Таковы два основных направления, которые всегда встречались в истории медицины и часто находились в оппозиции друг другу. И эта оппозиция продолжает существовать и сегодня. Одно из ее проявлений, с нашей точки зрения, – разные типы научной рациональности, присущие биомедицинскому и гуманитарному знанию.

Сегодня в медицине все более господствует направление редукционизма, которое, начиная со второй половины XX века, благодаря успехам молекулярной биологии, приобретает все более жесткие формы. Конечно, можно в современной научной медицине говорить о разных уровнях организации, о феномене целостности биологических систем, системности и т. д., но все это имеет природу некоторых необязательных украшений; когда же речь заходит о «настоящей науке» – то это обязательно должны быть те ли иные формы молекулярной биологии, где живое представлено на уровне движения атомов и молекул, то есть разного рода биохимических и биофизических процессов. Например, «настоящая иммунология» – только та, где речь идет об антигенах и антителах, и иммунные клетки, если и принимаются во внимание, то опять-таки – как посредствующие звенья в движении иммунных молекул. Аналогично, «настоящая генетика» – лишь та, где ген понимается только как участок молекулы ДНК, на котором синтезируется белок (такой ген можно называть «белковым геном»), то есть опять-таки все сводится к тем или иным молекулам и их трансформациям. И скромно умалчивается, например, тот факт, что белковых генов в геноме человека порядка 20 тысяч, в то время как самих белков – порядка 500 тысяч! Следовательно, есть не только процесс образования белка на основе ДНК, но еще и какие-то иные механизмы их образования. Этот факт студент-медик обычно не найдет ни в одном медицинском учебнике.

И так везде – во всех медицинских пособиях всех медицинских вузов нашей страны преподается лишь один вариант медицины – основанной на философии достаточно жесткого физико-химического редукционизма, согласно которому, и следуя Демокриту, «есть только атомы и пустота». В таком образе реальности нет ни жизни, ни чувств, ни смысла, ни человеческого Я и его страданий, ни целей, которые ставят перед собой люди, ни всего человеко-мерного мира, мира человеко-бытия. Все это исчезает, испаряется в раскаленной реальности редукционизма, где «только атомы и пустота».

В мышление врача, вооруженного философией редукционизма, как бы закладываются определенные смысловые фильтры, сквозь которые он воспринимает себя, пациентов, своих коллег, свою жизнь и судьбу. Повсюду здесь на первый план выходят жесткие решения и схемы: человек есть биомашина, болезнь есть ее поломка, лечение – ремонт, врач – биоинженер, биотехнолог, устраняющий поломку и получающий за это деньги. Все как в автосервисе, где «лечат» сломанные автомобили. Поэтому плечом к плечу с редукционизмом всегда идут инженерная и коммерческая модель отношения врача и пациента – и пациенты реагируют на такое к себе отношение достаточно напряженно, давая медицинскому сообществу «обратную связь». Обращая свой взор на себя и своих коллег, такой субъект-редукционист не видит людей, все для него – лишь сложные физико-химические системы, в конечном итоге выстраивающие свое поведение на принципах неорганической активности. Живое предстает как неживое. Следовательно, с живым можно действовать как с неживым, его нельзя и убить, поскольку оно изначально не живо. Значит, по большому счету и убийства нет – это лишь одна из трансформаций материи. Весь мир, вся вселенная редукционизма оказывается лишенной жизни, в ней нет ценностей, смыслов и целей – есть только раздражения нервов и рефлексy, а вся культура – лишь иллюзия, за которой скрывается бездна небытия. Вырываясь из учебников, редукционизм разрастается до космических масштабов всеобщего мировоззрения, практически новой наукообразной религии, которая своим богом делает машину и технологию. Вот откуда произрастают все основные кризисы современной культуры, в том числе – медицины и образования. Культура денег оказывается органичной для философии редукционизма, поскольку религия денег – та же форма редукционизма, но в более социогуманитарной сфере, когда ценность сводится к стоимости, и любая высокая цель превращается в средство достижения цели всех целей – накопления денег, замкнутых на себя. В таком виде высвобождается чистая суть денег как энергии небытия, и редукционизм достигает своей высшей степени – редукции бытия к небытию.

Конечно, реальный врач, даже активный поборник редукционизма, не вполне выражает этот идеальный предел, но опять-таки не благодаря, а вопреки ему – благодаря тому, что в нем еще не все человеческое убито. Но энергия редукционизма продолжает работать, в том числе – от поколения к поколению, и то, что было невозможным для родителей – для их потомков оказывается вполне допустимым. И сегодня мы уже наблюдаем приход постчеловека и трансгуманизма, для которого человек есть нечто промежуточное между живым и неживым, в пределе – чисто неорганическое образование системы чипов и микросхем.

В ответ на все эти тревожные тенденции на уровне правительства сейчас поднимаются вопросы духовности в медицине, душевной помощи больным. Но, вместо того, чтобы формировать мировоззрение врача, учить его работать с внутренним миром пациента, помогать ЧЕЛОВЕКУ, а не «биомашине», вносятся предложения о создании в больницах штатного корпуса христианских священнослужителей, которые и должны будут выполнять эти функции. Данные предложения в сложившихся обстоятельствах отчасти оправданы, но могут решить проблему лишь фрагментарно, порождая одновременно новые трудности. В частности, подобное решение абсолютно не учитывает культурных особенностей страны, в которой проживают люди с разным типом мировоззрения – и религиозным, и атеистическим, формирующим разные представления о болезни и разные нарративы страдающего человека. Не учитывают они и многообразия религий и их течений, потенциально создавая конфликт еще и в этой области. А главное – они не учитывают разницы в специфике работы врача и священника и восприятия того и другого самим пациентом, а соответственно – и разницы итогов воздействия на течение и исход заболевания: грамотно обученные в гуманитарной сфере в массе своей врачи скорее реабилитируют систему здравоохранения, нежели искусственно внедренный в нее один штатный священник.

Еще в XVIII или XIX веке в медицине, как в нашей стране, так и в европейской медицинской традиции, было много элементов холистического мировоззрения. Но чем более мы приближаемся к нашему времени, и особенно, как уже отмечалось – со второй половины XX века, в медицине все более господствует редукционизм и достаточно жесткие его версии, сводящие все не просто к нижележащим уровням живого, но к самым нижним его уровням организации – уровням атомов и молекул. Почему так произошло – это отдельный вопрос, который мы пока не будем слишком анализировать. Пока для наших целей достаточно констатировать факт – официально-признанная современная медицина как в Европе, Америке, так и в нашей стране насквозь редукционистская, вся пропитана идеями и принципами редукционизма, которые студенты-медики начинают впитывать с самых первых курсов медицинского образования. Следует учитывать еще и тот факт, что большинство из них в школе обучалось по программам естественно-научной специализации, в которой также минимизировались или полностью сокращались некоторые гуманитарные предметы, а естественно-научные преподавались в таком же редукционистском контексте – так что редукционизм высшего образования является продолжением редукционизма образования среднего.

С другой стороны, если мы посмотрим на любое гуманитарное знание – историю, психологию, социологию, этику, эстетику... – во всех этих науках центральным объектом исследования является человек

в той или иной своей ипостаси: в развитии во времени, в структуре своего душевного мира, в рамках коллективных сообществ, нравственных или эстетических определений и т. д. Причем человек здесь понимается целостно, как живое существо, обладающее своим внутренним миром и его состояниями – мыслями, чувствами, желаниями, и все это невозможно свести только к «атомам и пустоте». И хотя в гуманитарных науках также существовали попытки более редукционистской их трактовки, например, бихевиоризм в психологии, но, во-первых, обычно это был все же редукционизм не такой жесткий, и, во-вторых, он никогда не мог исчерпать всей полноты соответствующего гуманитарного знания и рано или поздно уступал или разделял место с более холистическими направлениями. Например, тот же бихевиоризм постепенно уступил первенство в истории психологии более гуманитарно-ориентированным направлениям – психоаналитической или экзистенциальной психологии.

Но самое главное, что характерно для гуманитарного знания и связанного с нею типа рациональности, – это феномен *ценностей*. Идея ценностного бытия, первичной способности субъекта так или иначе *оценивать* мир и действовать на основе этих оценок – это центральная аксиологическая структура для всех гуманитарных наук. И ценности понимаются здесь как некие первичные основания (своего рода, «гуманитарные атомы»), не способные быть окончательно редуцированными ни к чему иному, например, к электрическим импульсам в нервной системе или биохимическим реакциям в живом теле.

Следовательно, основу подлинного гуманитарного знания составляют идеи холистического мировоззрения, когда феномен жизни и человека понимается как нечто первичное и автономное в бытии, не сводимое ни к чему иному.

И вот она – та более глубокая основа конфликта между медицинским образованием и гуманитарным знанием в его составе: если профессиональное медицинское образование преимущественно находится под влиянием жесткого физико-химического редукционизма, то гуманитарное знание пронизано идеями холизма и несводимости к физико-химической реальности. Это базовая мировоззренческая оппозиция между двумя типами знания, которая, с нашей точки зрения, порождает большое эвристическое напряжение и разного рода его следствия. Например, студент-медик, который с первого курса (а до этого, как уже отмечалось ранее – в школе) постоянно облучается мировоззрением редукционизма, приходит на гуманитарные предметы и сталкивается здесь с прямо противоположной культурой – у него естественно возникает мировоззренческий конфликт и связанный с ним вопрос: что с этим конфликтом делать? Обычно этот конфликт разрешается не в пользу гуманитарного знания, когда студент очень быстро решает,

что все это, конечно, интересно, но, по большому счету, не нужно ему в его профессиональной деятельности. И это в самом деле так, если медицину строить только на редукционистских основаниях. Так же, в основном, мыслит и руководство медицинских вузов, которое само обучалось в этой системе и впитало в себя редукционистское мировоззрение в медицине, что и позволяет ему сокращать «ненужные» гуманитарные дисциплины, особенно на фоне последней редакции закона «Об образовании», в котором вузам передаются уже практически все полномочия в определении стратегии и тактики образования.

Отсюда становится понятным и что нужно делать – нужно сближать типы рациональности медицинского и гуманитарного знания («атомы и ценности»). В принципе, это можно делать, либо снижая гуманитарные науки до уровня медицинского редукционизма, что мы, в конечном итоге, и наблюдаем сегодня в разного рода уродливых феноменах, вкратце обозначенных в начале; либо нужно поднимать медицину и медицинское образование до холистического уровня. Именно этот второй путь нам представляется неизбежным и по-настоящему оправданным, поскольку в самой реальности живого существа определены целостности разных уровней организации и их эмерджентные качества, в первую очередь – качества жизни, сознания и разума.

Итак, мы предлагаем кардинальное решение существующего конфликта и вытекающего из него снижения статуса гуманитарных дисциплин в медицинском образовании – это путь создания холистической медицины и связанного с нею нового типа медицинского образования. Конечно, это не только задача гуманитариев. От редукционизма сегодня все более устают и сами биологи и медики, и их число становится все больше [2]. Возникают все новые холистические линии, школы, движения в самой медицине – психосоматическая медицина, биомедицинская этика, эпигенетика, попытки сближения западной и восточной медицинских традиций¹ и т. д. Следовательно, нам, гуманитариям, нужно объединяться с такими холистически-ориентированными медиками и двигаться вместе к тому новому образу медицины, которая построена на более холистических принципах. Такую медицину обычно называют *интегративной* или *интегральной*. Она, конечно же, не должна отрицать все те достижения редукционизма, которые имеются. Но эти достижения она должна дополнить более холистическими принципами, опираясь на философию своего рода *холо-редукционизма* – синтеза холизма и редукционизма в некоторой более интегральной концепции. Суть этой концепции достаточно проста в своей основе: любая живая система организована на множестве своих уровней –

¹ WHO traditional medicine strategy: 2014–2023 / World Health Organization 2013. Translation: WHO traditional medicine strategy: 2014–2023 / WHO report 2013.

от атомно-молекулярного через клеточный, тканевый, органнй, организменный и выше – вплоть до биосферного и космического. Редукционизм исследует биосистему только на нижних уровнях ее организации (и сдерживаемый только на этих уровнях, он становится безопасным и продуктивным), холизм – на более высоких, но все эти уровни скоординированы между собой в составе единой многоуровневой реальности жизни. Так что знание, способное постичь такую объемность, должно быть единством знания обо всех уровнях – нижних и верхних – то есть единством редукционизма и холизма: холо-редукционизмом.

Также следует иметь в виду, что и гуманитарные знания пожинают горькие плоды раскола. Если в естественных науках на первом месте стоит редукционизм, отрицающий холистические установки, то в гуманитарном знании и в умах его носителей господствует «обратная перспектива» – доминирование холизма, отрицающего редукционизм. Обычно это выражается в разрыве целостного феномена человека на душу и тело и оставлении из этой пары только душевно-духовной составляющей, которая как бы зависает в некотором онтологическом вакууме, не имея возможности соединиться с материальной реальностью. Более конкретно такой замкнутый в себе холизм («автохолизм») выражается в слишком сильном противопоставлении гуманитарного и естественного типа знаний, в философии дуализма, в духе Декарта, – несоизмеримости материальной и идеальной субстанции. Редукционисты-медики занимают одно место в этой паре, гуманитарии – другое, но и те, и другие одинаково принимают философию раскола [3]. Более того, часто бывает так, что они даже не видят этого раскола, принимая несоизмеримое сосуществование за идеал отношений. Это философия своего рода «двойной истины» деизма, утверждающей для медицины свою истину, для гуманитарных наук – свою.

Наиболее ярко, пожалуй, такой «автохолизм» был представлен в баденской школе неокантианства, также – в философии Дильтея, где провозглашались два принципиально разных типа научного знания – *номотетическое*, характерное для естественных наук, и *идиографическое* гуманитарное знание. Если первое ищет и формулирует универсальные законы, то второе должно лишь аккуратно описывать факты, не пытаясь их обобщать. К сожалению, такая философия идиографизма и отрицания универсально-обобщающей методологии очень характерна для современного типа гуманитарного знания, что также представляет собой большое препятствие к сближению гуманитарных и естественных наук, теперь уже со стороны гуманитарного знания.

Следовательно, для спасения гуманитарного знания в медицинском образовании необходимо не только медикам делать усилие, продвигаясь к более холистическим образам медицины, но и гуманитариям также потребуются свои собственные шаги –

освоение номотетических образов гуманитаристики. Более конкретно это будет означать осознание феномена *объективной субъектности*, то есть понимания того, что объективным и универсальным может быть не только знание о материальных объектах, но и о внутреннем мире субъектов. Могут быть, в частности, объективные и универсальные законы внутреннего мира, души и духа. Например, вместо конвенциональных образов этики, где добро и зло рассматриваются как результат лишь условных соглашений, необходимо приближаться к более объективным образам нравственных определений, когда добро и зло понимаются как объективные субъектные (не субъективные!) структуры, связанные со своими законами. Данное представление, в частности, выражено в философии всеединства Владимира Соловьева, согласно которой добро есть всеединство бытия, а зло – его разрушение [4]. И подобным, более номотетическим, образом необходимо будет переосмыслить все направления гуманитарного знания – философию, историю, психологию, этику и т. д. Тогда и студент-медик, приходя к таким гуманитарным предметам, будет находить в них органичное дополнение все той же интегральной методологии, части которой он будет получать в более редукционистских направлениях своего целостного обучения; и практикующий врач будет видеть человека в единстве его материальной и духовной составляющих – и вся система здравоохранения повернется лицом к страдающему человеку и обществу и станет соответствовать своей сути, резко снизив уровень конфликтности в своей сфере.

В итоге перед нами – большой и сложный путь, не быстрый, – путь стратегических изменений медицинского знания и образования. Вместе с холистически и интегрально-мыслящими представителями медицинского сообщества, трансформируя свои собственные представления, гуманитарии должны будут встать на сложный, но единственно возможный путь своего возрождения в медицинском образовании. Иного пути нет: либо гуманитарные предметы исчезнут, либо сохранятся, но в новом качестве. Это путь не быстрый, но зато по-настоящему фундаментальный, дающий гарантию подлинного решения проблемы.

Решать эту проблему нужно начинать, используя все возможные ресурсы, но в любом случае всегда возможно решение на уровне непосредственного общения и просвещения. Мы – преподаватели – еще и напрямую взаимодействуем со студентами и своими коллегами, нам и карты в руки. Осознав необходимость смены мировоззрения, проявив его основные принципы, мы можем начать постоянно доносить его до своего окружения, непрерывно «облучая» интегральным мировоззрением и постепенно высевая те семена, которые, в любом случае, рано или поздно взойдут, соединяясь с другими важными тенденциями современной истории, которая в последнее время начинает все более радикально меняться и дает надежду на возрождение нашей человеческой сути и судьбы.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Аналитический обзор по уголовным делам против врачей анестезиологов-реаниматологов за последние пять лет /

В.И. Горбачев, Е.С. Нетесин, А.И. Козлов [и др.] // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2020;1:19–24. DOI: 10.21320/1818-474X-2020-1-19-24. URL: <https://intensive-care.ru/analiticheskij-obzor-po-ugolovnym-delam-protiv-vrachej-anesteziologov-reanimatologov-za-poslednie-pyat-let/> (дата обращения: 02.02.2022).

2. Свердлов Е.Д. Биологический редукционизм уходит? Что дальше? // Вестник Российской Академии Наук. 2006;76(8):707–721.

3. Сноу Ч.П. Две культуры // Сборник публицистических работ. М., 1973. С. 18–31.

4. Соловьёв В.С. Оправдание добра / Отв. ред. О. А. Платонов. М.: Институт русской цивилизации, Алгоритм, 2012.

REFERENCES

1. Gorbachev V.I., Netesin E.S., Kozlov A.I., Sumin S.A., Gorbacheva S.M. Analytical review of criminal cases against anesthesiologists-resuscitators over the past five years. *Vestnik intensivnoy terapii im. A.I. Saltanov* = *Bulletin of Intensive Care. A.I. Saltanov*. 2020;1:19–24. DOI: 10.21320/1818-474X-2020-1-19-24. URL: <https://intensive-care.ru/analiticheskij-obzor-po-ugolovnym-delam-protiv-vrachej-anesteziologov-reanimatologov-za-poslednie-pyat-let/> (accessed 02.02.2022). (in Rus.).

2. Sverdlov E.D. Is biological reductionism going away? What's next? *Vestnik Rossiyskoy Akademii Nauk* = *Bulletin of the Russian Academy of Sciences*. 2006;76(8):707–721. (in Rus.).

3. Snow C.P. Two cultures. *Sbornik publitsisticheskikh rabot* = *Collection of journalistic works*. Moscow, 1973:18–31. (in Rus.).

4. Solovyov V.S. Justification of the good. Rev. ed. O.A. Platonov. Moscow: Institute of Russian Civilization, Algorithm Publ., 2012. (in Rus.).

Информация об авторах

В.И. Моисеев – доктор философских наук ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0001-7352-0064, ✉ E-mail: vimo@list.ru

О.Н. Моисеева – доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0002-0921-9530, E-mail: helengrey@list.ru

Information about the authors

V.I. Moiseev – Doctor of Philosophy, Professor, Moscow State University of Medicine and Dentistry A.I. Evdokimova, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0001-7352-0064, ✉ E-mail: vimo@list.ru

O.N. Moiseeva – associate Professor, Moscow State University of Medicine and Dentistry A.I. Evdokimova, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-0921-9530, E-mail: helengrey@list.ru

Обзорная статья

УДК 171.0

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-33-39>

Принцип «биологическое разнообразие через биологическое равноправие»

*Харлампович Пантелеевич Тирас^{1,2}*¹Пушкинский государственный естественно-научный институт, Пушкино, Московская область, Россия²Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН, Пушкино, Московская область, Россия

Аннотация. Современная практика биологического исследования потребовала формирования новой этики биологии, которая стала синтезом наблюдения и эксперимента. В статье рассмотрены этические аспекты современной биологии с точки зрения критики антропоцентрического подхода. Выдвинуто положение о времени жизни современной биологической группы как основного критерия ее места и роли в эволюции живого. Следствием этого является необходимость формирования отношения к биоразнообразию как единовременному и равноправному сосуществованию разнообразных групп представителей живой природы.

Предложена концептуальная связь новой этики биологии с классической этической конструкцией – «золотым правилом» этики и неразрывно связанной с ним этики натуралистической биологии, идущей от этики науки Гете и Мейена.

Предлагаемая этическая концепция биологии включает несколько элементов, названных автором «принципами», которые в совокупности охватывают все стороны этики биологического исследования. Это принципы:

1. Биологическое разнообразие как основа биологического «равноправия».
2. «Watch no touch» – смотри, (но) не трогай – этика «виртуального эксперимента».
3. «Этичное – значит точное» – соблюдение этически «чистых» подходов к объекту как условие получения точной информации о живом объекте.

Ключевые слова: биологическое равенство, биологическое разнообразие, «золотое» правило этики, принципы этики биологии

Статья поступила 10.11.2021; принята к публикации 20.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-33-39>

The principle of "biological diversity through biological equity"

*Kharlamy P. Tiras^{1,2}*¹Pushchino State Natural Science Institute, Pushchino, Moscow Region, Russia²Institute for Theoretical and Experimental Biophysics, Russian Academy of Sciences, Pushchino, Moscow region, Russia

Abstract. The modern practice of biological research required the formation of a new ethics of biology, which became a synthesis of observation and experiment. The article considers the ethical aspects of modern biology from the point of view of criticism of the anthropocentric approach. A position has been put forward on the lifetime of a modern biological group as the main criterion for its place and role in the evolution of living things. The consequence of this is the need to form an attitude towards biodiversity as a one-time and equal coexistence of diverse groups of representatives of wildlife.

A conceptual connection is proposed between the new ethics of biology and the classical ethical construction – the "golden rule" of ethics, and the ethics of naturalistic biology, which is inextricably linked with it, coming from the ethics of science of Goethe and Meyen.

The proposed ethical concept of biology includes several elements, called "principles" by the author, which together cover all aspects of the ethics of biological research.

These are the principles:

1. Biological diversity as the basis of biological "equality".
2. "Watch no touch" – look, (but) do not touch – the ethics of "virtual experiment".
3. "Ethical means accurate" – adherence to ethically "pure" approaches to an object as a condition for obtaining accurate information about a living object.

Keywords: biological equality, biological diversity, "golden" rule of ethics, principles of ethics of biology

Submitted 12.01.2022; accepted 20.02.2022; published 15.05.2022.

Биология – относительно новая наука: термин биология (la biologie) впервые был введен французским естествоиспытателем Ж.-Б. Ламарком в 1802 году [1]. До начала XIX века эта наука называлась «естественная история», что отражало степень ее зрелости: за небольшим числом, более ранние описания живой природы иначе как «историями» трудно было называть. Многотомные фолианты с описанием природы представляли собой сочетание реальных объектов (растений и животных) с более-менее фантастическими описаниями различных вымышленных (сегодня мы назвали бы их виртуальными) объектов, от левиафанов до единорогов. Завершение эпохи великих географических открытий XVIII века открыло для европейских ученых неизвестную ранее флору и фауну Земли, так что весь XIX век можно назвать веком великих биологических открытий. С «появлением» биологии как науки появилась потребность ее систематизации и классификации ее разделов, в том числе родилась и научная терминология, которая оформляет все биологическое разнообразие в общую картину живого мира. Уже через 50 лет биология переживает первую научную революцию – появляется книга, а вместе с ней теория происхождения видов (биологической эволюции) Чарлза Дарвина, который развил многие идеи развития живой природы, сформулированные в работах предшественников, включая его родного деда – Эразма Дарвина [2].

К моменту всеобщего принятия эволюционной идеи во второй половине XIX века биология пришла с достаточно зрелыми представлениями о направленности эволюции и, как следствие, научным описанием живой природы, включая ее классификацию и терминологию. Именно тогда родилась первая метафора живой природы в ее развитии – эволюционное древо (дерево). Впервые эта метафора была высказана Ч. Дарвином «Сродство всех существ одного и того же класса иногда представлялось большим деревом. Я считаю, что это сравнение во многом говорит правду» [3]. В своем «графическом виде» впервые эволюционное древо было представлено в книге Э. Геккеля и, таким образом, вошло в биологический менталитет XIX–XX века [4]. Это представление о структуре живой природы и стратификации позиций различных групп растений, животных и микроорганизмов развивалось в биологии в течение более чем ста лет и стало основой для биологической «картины мира» многим поколениям биологов.

В предельном понимании в эволюционном древе отразилась сжатая картина эволюционного развития живой природы на Земле: от ее «корней», то есть

начала, до «вершины», где были представлены позвоночные животные, включая человека. Здесь впервые произошла понятийная стратификация живой природы как метафора антропоморфного взгляда на природу и эволюцию как линию ее развития. Первые эволюционисты помещали человека на самых верх эволюционного древа как высшего представителя живой природы – как наиболее развитого вида, по сравнению с остальными.

Эта картина мира точно соответствовала этике первых биологов-эволюционистов, которые все были христианами тех или иных протестантских течений. Их ментальность вполне соответствовала представлениям о человеке – как о «царе природы», которая дана человеку Богом для его существования и благополучия. Так, естественным образом родился антропоцентрический взгляд на живую природу, который доминировал в сознании поколений биологов до середины XX века.

Надо понимать, что сложившаяся картина биологического мира, опирающаяся на эволюционное мировоззрение, включала также систему научных подходов и понятий и целиком являлась следствием антропоцентрического подхода. Это отразилось, в том числе, на широком распространении представления о биологическом прогрессе как следствии все той же эволюции, как механизме этого прогресса, который вел к формированию эволюционных групп, все более близких человеку, как вершине биологической эволюции. В предельном случае, в картине мира, представленной эволюционным деревом, ясно видна система «вертикальных» отношений, целиком соответствующая антропоцентрическому подходу [5].

Естественным следствием такого подхода стало доминирование – подчинение всей природы потребностям человека как вершины ее эволюции. В свою очередь, это породило этику «потребления» природы, которая в советской России была сформулирована в лозунге, приписываемом И.В. Мичурину: «Нам нечего ждать милости от природы, взять ее – наша задача». Здесь, также заметен след архаического отношения к природе, как враждебной человеку неизвестной силы, что свойственно было мировоззрению доклассической науки.

Однако уже в XVII веке Ф. Бэкон был уверен, что цель научного познания не в созерцании природы, как это было в Античности, и не в постижении Бога, согласно Средневековой традиции, а в принятии пользы и выгоды человечеству. Наука – средство, а не цель сама по себе. Человек же – властелин природы, таков лейтмотив философии Бэкона. Однако «Природа побеждается только подчинением ей, и то,

что в созерцании представляется причиной, в действии является правилом» [6]. То есть уже в началах классической науки было понимание того, что надо изучить законы природы, чтобы их правильно использовать. Позже ученые-натуралисты довели это понимание места ученого в ходе исследования, которое впервые было сформулировано у И.-В. Гете: «Посмотреть на мир с точки зрения растения» [7]. Однако этот взгляд надолго был забыт наукой – идеи Ф. Бэкона «Знание – сила!» были восприняты, скорее, как «Знание – силой» и (силовой) эксперимент надолго стал «отцом» научного знания.

Только в XIX–XX века, по мере развития глобальных процессов «освоения» природы Земли, все более явственно проявились последствия такого утилитарного отношения к природе: неконтролируемое освоение ресурсов Земли к середине XX века привело к экологическим кризисам в Европе и Северной Америке. Как следствие, появилась «зеленая» повестка, стала актуальной проблема экологии, что означает борьбу за сохранение живой природы, говоря языком биологии – тема сохранения биоразнообразия, спасения природы от неуправляемой активности человеческой цивилизации. Это заново поставило перед биологией вопрос об отношении к живой природе и места человека в ней: появилась потребность в новой этике, новым принципам взаимодействия с живыми объектами: необходимо было преодолеть ограничения, связанные с антропоморфизмом.

В первую очередь речь пошла о смене основ биологической ментальности, изменения отношения ученых-биологов к своему объекту исследования – живой природе. Это потребовало смены этической парадигмы биологии XX века, которая опиралась на принципы классической экспериментальной науки. Новая этика рождалась на фоне растущего понимания ограниченности классического эксперимента в биологии, которая во много стала наукой о мертвой природе [8, 9]. Цифровая технологическая революция в биологии в начале XXI века потребовала переосмыслить характер отношений человека-биолога и живой природы: от «вертикальных» к «горизонтальным», от отношения «высший – низший» к отношениям «разные, но равные» [8, 9, 10]. Это стало еще более востребовано по мере перехода биологии к работе на нано- и более низких уровнях, что также было следствием революции в практике биологии.

Как следствие, требуется пересмотреть понимание (биологического) места (философского) человека в природе, а далее – места вида *Homo sapiens* в ряду других приматов, млекопитающих, позвоночных: далее – места вида везде. Необходимо пересмотреть понятия «цели и направленности» эволюции, не рассматривать в целом живую природу как «дерево»,

где есть доминирующие, высшие и низшие группы живых растений и животных, а представить метафору природы как «лес» или «поле», на котором живут и растут разные виды, создающие единую природу, где каждому виду есть место. Более того, это биологическое разнообразие является условием выживания всех без исключения видов, проживающих на данной территории. Одновременно, становится понятно, что старая, классическая классификация, которая была формализацией антропоморфного подхода, с высшими и низшими растениями, животными, функциями, органами и др. биологическими понятиями, не соответствует новой философии взгляда на природу – философии биологического равноправия.

С более общей точки зрения, необходимо перейти от парадигмы «борьбы» между видами к парадигме их «сосуществования», иными словами, от Дарвина к Кропоткину, который акцентировал роль кооперации видов в процессе эволюции [11, 12]. Справедливости ради следует сказать, что, в отличие от радикальных «дарвинистов», идея сосуществования и сотрудничества видов была не чужда Дарвину и она получила фундаментальное развитие в наше время. Фактически, сосуществование видов, или те или иные формы симбиоза, является условием жизни многих современным групп животных и растений [13]. Другое дело, что с позиции распространенной в Англии XIX века мальтузианской точки зрения на социальные процессы, идея «борьбы за существование» оказалась близкой и понятной, в том числе тогдашнему не только биологическому сообществу.

С точки зрения биологии, этика кооперации (сотрудничества, симбиоза) ведет к укреплению «горизонтальной» картине мира природы, где эволюция обеспечивает гармоничные отношения сосуществования видов все время развития биосферы Земли. Новая этика в полной мере «наследует» эволюционный подход, который предполагает фактор времени как основной физический аспект развития. Более того, если мы включим фактор времени (физическое время жизни вида, рода, класса или типа живых объектов) в картину биологического мира, то у нас появляется «точка опоры» во взгляде на живую природу [5]. При включении параметра времени жизни выстраивается логичная картина эволюции живой природы – от микроорганизмов до позвоночных животных и древесных растений, которая не исключает появление новых групп на фоне ранее живущих, а часто является условием их появления. Так, развитие мира растений, которое привело к увеличению концентрации кислорода в атмосфере Земли, сделало возможным формирование мира животных.

В этих условиях всем группам живых организмов находится место в «эволюционном лесу», где

каждое дерево (эволюционная группа) тесно соприкасается с другими, а все вместе они создают реальный лес. Одновременно создается новый виртуальный образ эволюционного сосуществования видов, где дерево заменено на систему концентрических колец, где представлена каждая группа [14, 15]. В этом суть горизонтальных отношений: равноправность понимания роли каждой разной группы животных, с точки зрения ее места в эволюции живой природы.

Радикальная смена парадигмы системы отношений «внутри» биологии, появление новой этики биологии требует ее осмысления в более общем ракурсе, оценки места этой этики в ее связи с общими началами философской этики. На наш взгляд, «корни» новой этики биологии восходят к «золотому правилу» этики: относись к другому так, как хотел бы, чтобы относились к тебе [16]. Универсальность этого правила подкрепляется фундаментальным фактом наличия понятия «золотого правила» практически во всех этических парадигмах человечества, от Запада, до Востока. Это означает, что новая этика является органичной для всех научных традиций, ментально понятна и европейцу, и китайцу, и африканцу, и стала одним из оснований универсальной этики биологии. В «золотом правиле» в предельно общем виде сформулированы «горизонтальные» отношения внутри вида *H.sapiens*, которые в этике биологии переносятся на всю систему отношений исследователей (биологов) к этой проблеме [11, 12].

В более поздней редакции основания новой этики появляются в подходе одного из основателей классической европейской (немецкой) науки И.-В. Гете – «Посмотреть на мир с точки зрения растения», сформулированного в работах нашего соотечественника, биолога, математика и лингвиста В.В. Короны [7]. В основу гетевской морфологической системы положена идея о том, что для того, чтобы понять, как устроено растение, надо взглянуть на него «со стороны», то есть позиция и взгляд исследователя должны быть «сбоку» объекта, то есть «горизонтальными». На универсальность данного подхода прямо указывает тот факт, что Гете перенес в ботанику (биологию) морфологический подход из лингвистики, из морфологического анализа слов [7]. Тем самым создаются предпосылки единой этики науки, которая предполагает определенную (фиксированную) отстраненность исследователя от объекта исследования. Это соответствовало практике биологов гетевского времени, которые опирались на метод наблюдения в своей исследовательской работе [5, 15]. Подход наблюдателя важен для биологии, поскольку позволяет исследовать живые объекты неинвазивно, то есть органичен для биологии как науки. Этот подход доминировал в биологии вплоть до середины XVIII века, когда в биологию,

как и в другие естественные науки, пришел экспериментальный метод, родоначальником которого был Ф. Бэкон. С начала XVII века инструментальные исследовательские практики пришли во все естественные науки, в том числе в биологию. Это серьезно изменило всю биологическую практику, особенно тех областей биологии, которые изучают мир животных: постепенно эксперимент стал основным методом получения биологической информации. Вместе с тем, само понятие эксперимента в биологии означает внедрение в живой объект с неизбежной гибелью его в ходе эксперимента или после него. В таком случае возникает логическая проблема: что мы изучаем, тот или иной биологический процесс, происходящий в живом организме, или результат нашего «вторжения» в этот организм? Фактически, биология XIX–XX веков в большой степени изучала строение мертвой природы [17].

В физике эту проблему обозначили как «проблему наблюдателя» и постулировали принцип дополнительности, в котором зафиксирован факт невозможности получения точной информации об объекте или процессе, если мы их изменили в ходе процесса изучения [18]. Еще более критична ситуация с «внедрением» в объект, если мы говорим не о косном физическом объекте (камне, куске дерева или металла), а о живом объекте, нормальное существование которого, как правило, не допускает какое-либо внешнее вмешательство без летального исхода. Как тут не вспомнить связываемое с известным философом биологии Дж. Берналу выражение о том, что «биология – это сплошной принцип дополнительности». Таким образом, классическая экспериментальная биология попала в методологический тупик, выхода из которого не было вплоть до появления новых возможностей дистанционной, неинвазивной работы с живым объектом, связанных с цифровой революцией в биологии [15, 17]. Можно констатировать, что существование экспериментального подхода в его классическом изводе являет собой метафору вертикального отношения ученого и объекта его исследования.

Новый взгляд на природу требует от биологов посмотреть на нее «с боку», а не сверху или снизу, избавиться от субъективизма, присущего антропоцентрическому подходу. Приходится пересматривать структуру отношений исследователь – объект, который носит особый характер, когда мы говорим о взаимодействии двух биологических групп через их представителей: в данном случае – человек-биолог и животное или растение. В условиях работы на наноуровне требуется, как минимум, все более тонкий учет состояния экспериментального объекта. От взаимоотношений подчинения требуется перейти к отношениям партнерства и сотрудничества [17]. Только

в этом случае, при учете всех нюансов состояния живого объекта возможно минимизировать действие принципа дополнительности и обеспечить получение точного знания о существе состояния живого объекта – принцип «этичное – значит точное» [19].

Характерно, что горизонтальные отношения проецируются не только на процесс исследования, но и на этику взаимоотношений внутри науки, как таковой, на практику научного исследования и взаимодействия ученых внутри науки. В отечественной этике науки на этот аспект обратил внимание известный палеобиолог С.В. Мейен, который сформулировал тезис об «этике сочувствия» [20]. Основная идея этики сочувствия состояла в том, что при обсуждении новых идей не следует искать в них те или иные узкие места, а стоит попробовать помочь автору сформулировать эти новые мысли, проявить сочувствие, эмпатию. Если же целью обсуждения является «уничтожение» оппонента, то никакого прогресса науки в таком случае ожидать не следует [20]. С.В. Мейен был одним из учеников А.А. Любищева, который сам себя определял как «антиэволюционист», хотя фактически был критиком вульгарного дарвинизма, который доминировал в советской биологии в период лысенковского доминирования. Полагаю, что этика Мейена опиралась на реалии советской биологии того времени и опыт «взаимодействия» Любищева со своими коллегами того времени. Принципиально важно, что этика сочувствия полагает взаимодействие оппонентов в ходе развития новой научной идеи, постулируется необходимость встать на место своего оппонента, помочь ему сформулировать его мысли, что полностью соответствует гетевской концепции «посмотреть на мир с (иной) точки зрения...».

Таким образом, принцип равноправия в отношениях является универсальным принципом этики науки и этики биологии. Для биологии означает необходимость, в том числе, изменения классической терминологии, поиска новых определений, характеризующих факты биологического разнообразия, но не с позиций «совершенства» вида или класса, которое совершенно не соответствует истине. Действительно, можно ли сравнить микроба и человека? Это же совершенно разные формы животного мира. Однако при всем различии этих видов можно констатировать, что они оба нашли свое «место» в биосфере и благополучно сосуществуют рядом друг с другом. Если же посмотреть на эту пару с точки зрения реальных сроков жизни той или иной биологической группы на Земле, то еще неизвестно, кого считать более «успешным».

История эволюции биологического ландшафта нашей планеты помнит его доминаторов в прошлые

геологические эпохи, как быстро они стали геологическими и палеонтологическими артефактами этих эпох. С учетом развития техносферы нашей планеты и отношений между различными представителями вида *H.sapiens* недолгое время существования человека на Земле остается вполне проблематичным. За судьбу простейших, тем более микроорганизмов, можно особо не волноваться: известно, сколько геологических катастроф они успешно пережили за миллионы лет своего существования.

Сегодня биолог (и медик) во все более полном масштабе переходит к работе с виртуальными изображениями живого объекта, современный биологический эксперимент фактически является синтезом наблюдения и собственно экспериментальной манипуляции [17, 21]. Идет процесс вытеснения человека из непосредственного взаимодействия с живым объектом, замена его различными роботизированными устройствами, что смягчает остроту негативной «обратной связи» исследователя и позвоночных животных и органична этике Гете и Мейена.

Новая научная практика генетически и онтологически близка этике Гете и Мейена, этике наблюдения, а не вмешательства: принцип «Watch no touch». Для современной биологии эта «старая» этика натуралистов оказалась востребована как основа ее новой этической парадигмы. Это обусловлено революционными изменениями научной биологической практики: переходом биологии к работе с живыми объектами, началом биологии и этики живого [17, 21]. Иначе говоря, от того, насколько условия эксперимента соответствуют современным этическим нормам работы биолога, прямо зависит качество получаемой информации в современной биологии. При этом эксперимент, как таковой, не уходит из науки, а трансформируется в новый формат, когда наблюдение становится органической частью эксперимента. Это состояние можно характеризовать понятием «виртуальный эксперимент», который по факту уже является синтезом двух взаимоисключающих изначально подходов к объекту: редукционизма и холизма [17]. При этом реализуется другое основание этики биологии, как науки: «Этичное – значит точное» [19].

Тем самым дистанционный формат современного биологического исследования позволяет реализовать другую этическую максиму биологии – «Watch no touch» – «Смотри, (но) не трогай», что является основанием другого этического принципа – «Этичное – значит точное». Тем самым формируется корпус органически связанных этических императивов новой биологии, одним из краеугольных камней которого является принцип «Биологическое разнообразие через биологическое равноправие» [5, 10].

В общем виде этика равенства предполагает уважение человека (в данном случае биолога) к окружающему миру, которое состоит в понимании своего места в природе. По нашему мнению, нельзя представить себе биологическое разнообразие, лежащее в основе экологии, без понимания биологического равноправия между видами, его образующими, поскольку только совместное и одновременное проживание на одной территории обеспечивает благополучие различных видов, входящих в тот или иной биоценоз. Биологическое сосуществование видов предполагает их биологическое равноправие.

Основные постулаты новой этики биологии включают все стороны отношений человека-исследователя и объекта.

1. Биолог должен понимать сущность биологического равенства существующих видов живых объектов как основу биологического разнообразия. Как следствие – биологии необходимо совершенствовать свою терминологию в этом направлении (нет высших, и низших – есть равные).

2. Биолог должен минимизировать непосредственное внедрение в биологический объект (этика виртуального эксперимента).

3. Только соблюдая этические нормы взаимодействия с живым объектом, можно получать точные результаты в условиях *наноуровня* современной биологии.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Статья подготовлена при поддержке Минобрнауки России (Правовое регулирование ускоренного развития генетических технологий: научно-методическое обеспечение; № 730000Ф.99.1.БВ16АА02001).

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. The article was prepared with the support of the Ministry of Education and Science of Russia (Legal regulation of the accelerated development of genetic technologies: scientific and methodological support; No. 730000F.99.1.BV16AA02001).

Competing interests. The author declares that he has no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Lamarck J.B. Hydrogeologie. Paris, 1802.
2. Гипфель А. Эволюция Дарвинов // Наука и жизнь. 2001. № 3. С. 78–81.
3. Дарвин Ч. Естественный отбор, или Выживание наиболее приспособленных. О происхождении видов путем

естественного отбора, или о сохранении привилегированных рас в борьбе за жизнь. Лондон: Джон Мюррей, 1859.

4. Haeckel E. Generelle Morphologie der Organismen. Berlin, 1866.

5. Тирас Х.П. На пути к этической биологии // Практична філософія. 2006. № 1 (19). С. 221–229.

6. Бэкон Ф. Новый органон // Антология мировой философии. М., 2000. С. 194.

7. Корона В.В. О сходствах и различиях между морфологическими концепциями Линнея и Гете // Гомология в ботанике. СПб., 2001. С. 23–29.

8. Тирас Х.П., Лесовиченко А., Кожевникова М. Этика цифровой биологии: ренессанс натуралистики // Биоэтика. 2017. Т. 20, № 2. С. 38–42.

9. Тирас Х.П. Человек и лягушка. Биоэтика XXI в. // Химия и жизнь 21 век. 2002. № 9. С. 23–27.

10. Тирас Х.П. Этика и практика биологического исследования: 200 лет эволюции // Философия науки и техники. 2015. Т. 20, № 1. С. 144–168.

11. Кропоткин П.А. Этика. М.: Политиздат, 1991.

12. Артемов В.М. Этика П.А. Кропоткина и проблема соотношения нравственности и права // Вопросы философии. 2016. № 5. С. 209–214.

13. Проворов Н.А. Симбиогенез как эволюция генетических систем открытого типа // Генетика. 2018. Т. 54, № 8. С. 879–889.

14. Lifemap. Exploring the Entire Tree of Life. URL: <http://lifemap.univ-lyon1.fr>

15. Huson D.H., Scornavacca C.A. Survey of combinatorial methods for phylogenetic networks // Genome Biology and Evolution. 2011. No. 3. P. 23–35. doi: 10.1093/gbe/evq077.

16. Гусейнов А.А. Золотое правило нравственности. М.: Мол. гвардия, 1988.

17. Тирас Х.П. Апология целого // Биоэтика. 2021. № 1 (27). С. 13–17.

18. Бор Н. Атомная физика и человеческое познание (сборник статей). М.: Издательство иностранной литературы, 1961.

19. Tiras Kh. P. Principle «Ethical equals precise» as a basis for ethos of biomedicine // Bioethics. 2018. No. 1 (21). P. 17–22.

20. Мейен С.В. Принцип сочувствия // Пути в незнание. Писатели рассказывают о науке. Сб. 13. М., 1977. С. 401–430.

REFERENCES

1. Lamarck J.B. Hydrogeologie. Paris, 1802.
2. Gipfel A. Evolution of Darwins. *Nauka i zhizn' = Science and Life*, 2001;3:78–81. (in Rus.).
3. Darwin Ch. Natural selection, or survival of the fittest. On the origin of species by means of natural selection, or on the preservation of privileged races in the struggle for life. London: John Murray, 1859. (in Rus.).
4. Haeckel E. Generelle Morphologie der Organismen. Berlin, 1866.
5. Tiras H.P. On the way to ethical biology. *Praktichna filosofiya = Practical Philosophy*. 2006;1(19):221–229. (in Rus.).
6. Bacon F. New Organon. *Antologiya mirovoy filosofii = Anthology of World Philosophy*. Moscow, 2000:194. (in Rus.).
7. Crown V.V. On the similarities and differences between the morphological concepts of Linnaeus and Goethe. *Gomologiya v botanike = Homology in Botany*. St. Petersburg, 2001:23–29. (in Rus.).

8. Tiras Kh.P., Lesovichenko A., Kozhevnikova M. Ethics of digital biology: renaissance of naturalistics. *Bioetika = Bioethics*. 2017;20(2):38–42. (in Rus.).
9. Tiras H.P. Man and frog. Bioethics of the 21st century. *Khimiya i zhizn' 21 vek = Chemistry and life of the 21st century*. 2002;9:23–27. (in Rus.).
10. Tiras H.P. Ethics and practice of biological research: 200 years of evolution. *Filosofiya nauki i tekhniki = Philosophy of science and technology*. 2015;20(1):144–168. (in Rus.).
11. Kropotkin P.A. Ethics. Moscow: Politizdat Publ., 1991. (in Rus.).
12. Artemov V.M., Ethics P.A. Kropotkin and the problem of correlation between morality and law. *Voprosy filosofii = Questions of Philosophy*. 2016;5:209–214. (in Rus.).
13. Provorov N.A. Symbiogenesis as the evolution of open-type genetic systems. *Genetika = Genetics*. 2018;54(8): 879–889. (in Rus.).
14. Lifemap. Exploring the Entire Tree of Life. URL: <http://lifemap.univ-lyon1.fr>
15. Huson D.H., Scornavacca C.A. Survey of combinatorial methods for phylogenetic networks. *Genome Biology and Evolution*. 2011;3:23–35. doi:10.1093/gbe/evq077.
16. Huseynov A.A. The golden rule of morality. Moscow: Young Guard Publ., 1988. (in Rus.).
17. Tiras H.P. Apology of the whole. *Bioethics*. 2021; 1(27):13–17. (in Rus.).
18. Bor N. Atomic physics and human knowledge (collection of articles). Moscow: Publishing house of foreign literature, 1961. (in Rus.).
19. Tiras Kh.P. Principle "Ethical equals precise" as a basis for ethos of biomedicine. *Bioethics*. 2018;1(21):17–22. (in Rus.).
20. Meyen S.V. The principle of sympathy. *Puti v neznyayemoye. Pisateli rasskazyvayut o nauke = Ways into the unknown. Writers talk about science*. Collection 13. Moscow, 1977:401–430. (in Rus.).

Информация об авторе

Х.П. Тирас – кандидат биологических наук, заведующий кафедрой естественно-научных дисциплин, Пушкинский государственный естественно-научный институт; старший научный сотрудник, Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН, Пушкино, Московская область, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9597-6994>, E-mail: tiras1950@yandex.ru

Information about author

Kharlampy P. Tiras – PhD (Biological Sciences), Head of the Department of Natural Science Disciplines, Pushchino State Natural Science Institute; Senior Researcher, Institute for Theoretical and Experimental Biophysics Russian Academy of Sciences, Pushchino, Moscow region, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9597-6994>, E-mail: tiras1950@yandex.ru

Преимплантационное генетическое тестирование: православно-христианская рефлексия этических проблем метода

Роман Евгеньевич Тарабрин^{1,2,3}

¹Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

²Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

³Сретенская духовная академия, Москва, Россия

Аннотация. Актуальность. Преимплантационное генетическое тестирование используется в протоколах экстракорпорального оплодотворения для диагностики генетической патологии эмбрионов. Генетически дефектные эмбрионы не переносятся в полость матки, в результате чего процент рождения здоровых детей увеличивается.

Цель работы – изучение этических проблем использования преимплантационного генетического тестирования в православно-христианском дискурсе.

Материалы и методы. Проведен анализ положений православной этики, выраженных в церковных постановлениях Русской Православной Церкви и общецерковном учении о нравственности, в контексте их применения для биотического анализа преимплантационного генетического тестирования (ПГТ).

Результаты. Несмотря на то, что ПГТ может иметь положительное значение для выбора способа родоразрешения в дальнейшем и для наиболее раннего начала внутриутробного лечения, данная практика встречает определенные этические возражения в православно-христианском дискурсе. Выявленные генетические нарушения эмбрионов при ПГТ побуждают женщину отказаться от переноса «больного» эмбриона, что приводит, в конечном счете, к его гибели. Отсутствие внутриутробного взаимодействия между матерью и эмбрионом на этапе преимплантационной диагностики делает такой выбор легко осуществимым. Учитывая, что православное христианство утверждает начало жизни человека с момента зачатия, отказ от беременности «больным эмбрионом» будет равносильно его убийству. Кроме того, среди этических проблем ПГТ можно выделить возможность его использования для селекции эмбрионов по полу или по другим выбранным признакам, что также относится к безнравственным действиям в православном христианстве.

Заключение. Возможность участия православных пар во вспомогательных репродуктивных технологиях должна исключать использование этически неприемлемого в рамках православного христианства ПГТ. Супружеская пара, вступающая в протокол ЭКО, должна быть готовой родить и воспитать такого ребенка, который получится в результате оплодотворения в пробирке.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение, преимплантационное генетическое тестирование, христианская биоэтика, селекция эмбрионов

Статья поступила 10.01.2022; принята к публикации 20.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-40-45>

Preimplantation Genetic Testing: An Orthodox-Christian Reflection on the Ethical Issues

Roman E. Tarabrin^{1,2,3}

¹Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

²Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

³Sretensky Theological Academy, Moscow, Russia

Abstract. Background: Preimplantation genetic testing is used in In Vitro Fertilization to identify genetic abnormalities in embryos. Genetically defective embryos are not transferred to the uterus, resulting in a higher percentage of healthy babies born.

Aim: to study the ethical problems of using preimplantation genetic testing in Orthodox Christian discourse.

Materials and methods: An analysis of the provisions of Orthodox ethics, expressed in the church resolutions of the Russian Orthodox Church and the general church teaching on morality, was carried out in the context of their application for the biotic analysis of preimplantation genetic testing (PGT).

Results: Despite the fact that PGT can have positive implications for the choice of the mode of delivery later on and for the earliest possible initiation of intrauterine treatment, this practice meets with certain ethical objections in Orthodox Christian discourse. Identified genetic abnormalities of embryos in PGT encourage women to refuse to transfer the "diseased" embryo, leading ultimately to its death. The absence of intrauterine interaction between a mother and an embryo makes such a choice easily feasible. Given that Orthodox Christianity affirms the beginning of human life from the moment of conception, refusing to become pregnant with a "sick embryo" would be tantamount to its murder. In addition, among the ethical problems of PGT is the possibility of the use thereof for the embryo selection according to sex or other chosen characteristics, which also belongs to immoral actions in Orthodox Christianity.

Conclusion: Thus, the possibility for Orthodox couples to participate in assisted reproductive technology must exclude the use of pre-implantation genetic testing, which is ethically unacceptable within Orthodox Christianity. The couple starting IVF should be ready to give birth and bring up such a child, who will be the result of the fertilization *in vitro*.

Keywords: in vitro fertilization, preimplantation genetic testing, christian bioethics, embryo selection

Submitted 10.01.2022; accepted 20.02.2022; published 15.05.2022.

Бесплодие является существенной проблемой современного общества. Распространенность бесплодия в развитых странах составляет 12,4 % [1], достигая в развивающихся странах 27 % [2]. Неспособность зачать ребенка тяжело переживается семьями. Некоторые исследователи признают, что бесплодие становится одной из существенных причин развода [3]. Желание иметь своего ребенка становится и для бесплодных пар всепоглощающей идеей. Христиане, в том числе, участвуют в программах вспомогательной репродукции. При этом они часто готовы использовать любые доступные средства, чтобы зачать ребенка, не заботясь о том, каковы будут последствия для их духовно-нравственного состояния.

В православно-христианском контексте возникает этический вопрос: допустимо ли православной паре обращаться к врачу для зачатия ребенка? Церковная точка зрения на различные способы лечения бесплодия не имеет корней ни в Писании, ни в трудах Святых Отцов. Но значит ли это, что бесплодные пары должны ограничивать помощь, которую они ищут, только духовными средствами? Могут ли православные христиане также обращаться за медицинской помощью для достижения беременности? И какие медицинские методы лечения бесплодия из огромного возможного допустимы с православной точки зрения? Возникает потребность православного осмысления использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Для решения данных вопросов невозможно обратиться к «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви» (ОСК) (2000) [4], поскольку церковная позиция, выраженная в этом документе, противоречива. С одной стороны, говорится, что «пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными. Если муж или жена не способны к зачатию ребенка, а терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, им следует со смирением принять свое бесчадие как особое жизненное призвание» [4:135]. Тем самым ОСК признает допустимым только лечение причин, приводящих к бесплодию. С другой стороны, ОСК допускает применение некоторых вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Например, «к допустимым средствам медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа» [4:136]. Кроме того, запрещается использование только тех медицинских средств, которые приводят

к возникновению «избыточных» эмбрионов. Таким образом, некоторые способы ВРТ, согласно документу, могут быть оправданы. Например, экстракорпоральное оплодотворение в естественном цикле, когда получается 1–2 эмбриона, которые переносятся в утробу женщины в свежем состоянии. Из-за такой неясности ОСК по отношению к ЭКО православные христиане используют различные тезисы ОСК для подтверждения своего мнения. Например, Тарабрин Р. Е., ссылаясь на социальную концепцию Русской Православной Церкви, утверждает, что некоторые методы ЭКО допустимы для лечения бесплодия православным христианам [5]. Другие же работы резко отрицают возможность использования ВРТ для зачатия ребенка на основании той же Социальной концепции [6]. Недавно опубликованный проект Межсоборного присутствия «Этические проблемы, связанные с методом экстракорпорального оплодотворения» [7] лишь тезисно описывает возможные пути медикаментозного решения бесплодия, не объясняя подробно церковной позиции. Тем не менее, в российском обществе началась полноценная дискуссия положений данного документа, в которых наибольшее внимание обращено на проблему гибели эмбрионов [5]. Другие этические проблемы, связанные с ЭКО, подробно не разбираются. Так, например, проект Межсоборного присутствия признает увеличение рождаемости детей с врожденной патологией, что подтверждается медицинскими исследованиями [8, 9]. Одним из способов избежать рождения ребенка с наследственной патологией является преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ). Однако в церковном документе утверждается, что «процесс, именуемый предимплантационной диагностикой, побуждает родителей к выбору более «перспективных» эмбрионов... Супругам следует быть готовыми воспитывать любого ребенка, в том числе и ребенка-инвалида, появившегося на свет таким способом» [7].

Данное утверждение, не подкрепленное этическим анализом данного метода, оставляет непонятным, почему данный документ, разрешая некоторые варианты ЭКО, связанные с повышенным риском рождения больных детей, игнорирует возможность использования ПГТ.

Цель работы

Изучение этических проблем использования преимплантационного генетического тестирования в православно-христианском дискурсе.

Материалы и методы

Статья исследует положения православной этики, выраженные в церковных постановлениях Русской Православной Церкви и общецерковном учении о нравственности, в контексте их применения для биотического анализа преимплантационного генетического тестирования.

Результаты

Преимплантационное генетическое тестирование – метод вспомогательной репродукции, при котором ооциты или эмбрионы, зачатые в пробирке, исследуются на предмет наследственных генетических мутаций, чтобы увеличить шансы рождения здорового ребенка. Идея метода ПГТ заключается в проверке эмбриона на предмет мутаций до его переноса в полость матки женщины, чтобы уменьшить частоту беременности дефектным плодом и соответственно не допустить рождение больных детей. При этом проведение метода ПГТ, ранее имевшего название преимплантационной генетической диагностики, отличается от пренатальной диагностики. Пренатальная диагностика осуществляется после наступления беременности; при выявлении дефектов ребенок, как правило, абортруется. При ПГТ генетически дефектный эмбрион не переносится в матку и соответственно беременность не возникает. Поскольку аборт в православно-христианском дискурсе является тяжелым нравственным преступлением [4; XII, 2], можно было бы предполагать, что ПГТ, препятствующее наступлению беременности, а соответственно и проведению абортов, должно оцениваться положительно. Тем не менее, при его использовании возникают дополнительные этические проблемы, для анализа которых необходимо рассмотреть более подробно осуществление разных типов ПГТ.

Впервые ПГТ успешно был применен Handyside et al. (1990) [10] для селекции эмбриона по полу, чтобы избежать рождения больного мальчика с синдромом, наследуемым в X-хромосоме. Несколькоми годами позднее эти же ученые использовали метод для исключения рождения ребенка с муковисцидозом [11]. В дальнейшем техника усовершенствовалась: помимо полимеразной цепной реакции (ПЦР) для определения единичного дефектного гена стали использовать флюоресцентные красители (FISH-метод) для обнаружения нарушения структурных аномалий хромосом. К 2010 г. FISH-метод стал широко распространенным вариантом ПГТ. Однако он давал недостаточно достоверные результаты в отношении определения правильного количества хромосом, в связи с этим его вытеснили другие методы, которые сейчас являются «золотым» стандартом ПГТ: так называемые техники комплексного хромосомного скрининга (comprehensive chromosome screening), к которым относят матричную сравнительную геномную гибридизацию (array-Comparative Genomic Hybridization), секвенирование нового поколения (next-generation sequencing) и др. [12].

Преимплантационное генетическое тестирование может применяться для определения мутации

единичного гена, например муковисцидоза, болезни Тея – Сакса, хорей Гентингтона, хромосомных аномалий (неправильное количество хромосом, например трисомия 21 – синдром Дауна), выявления дефектов митохондриальных ДНК, определения гистосовместимости оплодотворенного эмбриона [13]. В таких случаях ПГТ применяется: 1) если известно, что один из родителей носитель доминантного гена; 2) если они оба носители рецессивного гена; 3) при их желании родителей исключить рождение ребенка с определенной наследуемой патологией. Для проведения этого типа ПГТ родители должны сдать биоматериал для анализа их ДНК, которую потом сравнивают с эмбриональной ДНК. Этот метод имеет ряд недостатков. Во-первых, не все дефекты одного и того же гена содержат одинаковые мутации. Например, при определении мутации гена, отвечающего за развитие муковисцидоза, выявлена большая гетерогенность мутаций, что осложняет их выявление (их количество более 700 вариантов). Именно поэтому невозможно разработать один тест для всех вариантов мутации. Несмотря на то, что предложены сложные маркеры ПЦР, их эффективность определения даже дефектного одного гена (как при муковисцидозе) составляет 90 % [14]. Дополнительными сложностями данного варианта ПГТ являются контаминация образца бластомера эмбриона посторонними примесями или выпадение аллеля гена (так называемый «allele dropout»). Это происходит, когда один из аллелей, присутствующих в эмбриональной клетке, не умножается в процессе ПЦР. Особенно в случае аутосомно-доминантных заболеваний, выпадение пораженного аллеля может привести к пропуску его регистрации и соответственно к переносу пораженного эмбриона [13].

Применение ПГТ имеет место для выявления наследственных митохондриальных заболеваний. Такие заболевания передаются через цитоплазму матери, поскольку митохондрии попадают с цитоплазмой яйцеклетки. Обычно женщина-носитель дефекта митохондриальной ДНК (мтДНК) имеет разные митохондрии в цитоплазме и передает переменное количество этой мутации своему потомству. Также ПГТ используют, если родители выбирают эмбрион, который будет в будущем потенциальным донором для уже рожденного другого ребенка. В случае лейкемии первого ребенка у второго ребенка могут забираться стволовые клетки костного мозга. В этом случае необходимо, чтобы эмбрион, перенесенный в полость матки, максимально соответствовал по системе гистосовместимости HLA. Для этого полученные эмбрионы будут тестировать при помощи ПГТ с целью поиска подходящего эмбриона, который в дальнейшем перенесут в матку [13].

Однако наиболее часто используемый в настоящее время метод ПГТ – это ПГД-А (преимплантационная генетическая диагностика для выявления ануплоидий, или преимплантационный генетический скрининг). При этом методе генотип эмбриона изучается на количество парных хромосом и наличие хромосомных перестроек. Как было показано выше, гибель эмбрионов при переносе в полость матки

обусловлена как правило хромосомными нарушениями. До 70 % преимплантационных эмбрионов содержат данные хромосомные нарушения [15]. Именно поэтому данная разновидность ПГТ используется, чтобы выявить наиболее перспективных эмбрионов, не имеющих недостатка или перестройки хромосом, и тем самым повысить шансы забеременеть, особенно у матерей старше 35 лет. Так, Franasiak J.M. и соавт. (2014) [16] показали, что у матерей от 35 до 44 лет экспоненциально возрастает количество анеуплоидий эмбрионов, достигая 90 % к 44 годам. Таким образом, ПГД-А применяют у бесплодных пар с повторяющимися неудачными попытками ЭКО и у женщин старше 35–40 лет.

Кроме того, ПГТ может использоваться: 1) для селекции эмбрионов по полу, когда родители предпочитают иметь ребенка определенного пола (например, в Китае предпочтительным является рождение мальчиков); 2) для выбора эмбриона-носителя какого-то гена (например, цвета глаз). Также данная методика открывает возможность осуществления генетического редактирования эмбриона – при этом после воздействия генетического вектора на эмбрионы при помощи ПГТ будут определяться успешно скорректированные эмбрионы-носители нужного гена. ПГД-А, составляя большинство всех ПГТ [17], значительно улучшает уровень имплантации как у молодых пациентов, так и у пациентов старшего возраста (>35 лет). Так, исследование Schoolcraft (2010) показало, что уровень имплантаций эмбрионов после применения ПГД-А у женщин старшего возраста составил 68,9 %, в то время как при обычной морфологической оценке под микроскопом всего 44,8 % [18].

Однако положительные достижения метода вызывают этические вопросы. Поскольку преимплантационное тестирование связано с изучением генетических аномалий эмбрионов перед перенесением их в полость матки, то отбор генетически полноценных и выбраковка генетически дефектных является одной из форм «евгеники», предполагающей большую ценность одних людей по сравнению с другими. Поскольку человек, в православно-христианском этическом учении, является носителем образа Божия с момента зачатия [19], выбор одних, более «перспективных», эмбрионов перед другими не может быть оправдан. Учитывая, что преимплантационная диагностика побуждает родителей к такому выбору, церковное учение не может одобрить эту методику. Являясь полноценным человеком с момента зачатия, каждый полученный эмбрион должен иметь возможность родиться на свет.

Дополнительные биоэтические проблемы ПГТ возникают при рассмотрении ошибок, связанных с этим методом. Так, ошибки метода разделяются на ложноположительные и ложноотрицательные.

Ложноположительный результат дается в случае, если эмбрион здоровый, но его ошибочно признали больным. Ложноотрицательный – наоборот: больного эмбриона диагностируют здоровым. Биологической основой таких ошибок является мозаицизм эмбрионов. Мозаицизм – это эмбриональное явление, когда клетки эмбриона (бластомеры) отличаются друг

от друга по составу хромосом или генов. Например, в некоторых клетках есть хромосомная аномалия, а в других она отсутствует. Но поскольку ПГД-А осуществляется путем забора нескольких клеток, то риск неправильно оценить целый эмбрион по маленькой выборке клеток существует. В настоящее время ПГД-А проводят на стадии бластоцисты (5-й день развития), когда от наружной ее оболочки (трофоблеста) отщепляют несколько клеток для анализа ДНК. При таком подходе мозаицизм достигает всего 1,32 % [12]. Однако до получения результатов ПГД-А эмбрионы необходимо подвергать криоконсервации, неэтичность которой, с точки зрения православной антропологии, была показана в некоторых работах [5]. Если же ПГД-А проводят на стадии нескольких бластомеров (8-клеточный эмбрион на 3-й день развития), то для анализа берут единственный бластомер, что повышает вероятность наличия мозаицизма в остальных клетках и соответственно увеличивает погрешность.

Обсуждение

Несмотря на выявленную в православном дискурсе негативную оценку, использование ПГТ может быть оправдано при условии, если выявленные дефекты будут способствовать лучшему ведению беременности и/или терапевтическому воздействию на внутриутробном этапе. Подобного рода соображения могут оправдывать использование пренатальной диагностики. Например, при выявлении Spina Bifida во время беременности в качестве способа родоразрешения должно быть использовано кесарево сечение, что позволяет спасти ребенка. Кроме того, при этом же заболевании возможна внутриутробная хирургическая коррекция [20].

С другой стороны, любой из хромосомных и генетических дефектов, выявленных ПГТ, не поддается лечению на современном этапе развития медицины. После получения результатов ПГТ о наличии хромосомных аномалий существует только два варианта: 1) эмбриона можно принять и дать ему возможность родиться или 2) отвергнуть и выбросить. Поскольку ПГТ проводят на эмбрионе, никак еще не связанном с женщиной через нейрогормональные механизмы беременности, то соблазн отказаться от переноса эмбриона становится еще большим, чем при пренатальной диагностике, которая выявляет дефекты во время уже существующей беременности. Решиться на проведение аборта всегда психологически тяжелее, чем не допустить беременность больным эмбрионом. В связи с этим влияние ПГТ на выбор женщины становится гораздо существеннее пренатальной диагностики. Гибель эмбриона после проведения процедуры ПГТ хоть и не является результатом аборта, однако представляет собой осознанное решение человека, приводящее к смерти, что должно классифицироваться как убийство в православно-христианском контексте. Подобного рода евгенические мотивы руководят родителями и при выборе эмбрионов по половому признаку. Учитывая, что христианство утверждает равенство мужчины и женщины («нет уже Иудея, ни язычника; нет раба, ни свободного;

нет мужского пола, ни женского: ибо все вы одно во Христе Иисусе») [21: 930–931], предпочтение эмбрионов одного пола будет приравнено к унижению богообразного достоинства эмбрионов другого пола. Кроме того, негативная оценка данной практики в христианском контексте основывается также на том, что результатом данной селекции эмбрионов по половому признаку будет осознанное лишение жизни нежеланных эмбрионов.

Среди возможных этически допустимых альтернатив ПГТ может стать исследование полярных телц, образующихся при образовании яйцеклетки. Первое полярное тельце образуется до оплодотворения, поэтому проведя анализ этой структуры, можно косвенно судить о полноценном или неполноценном геноме оплодотворяемой яйцеклетки. Это даст возможность избежать оплодотворения потенциально дефектной яйцеклетки. Однако данный метод имеет ограничения — его можно использовать только для определения генетических аномалий со стороны матери. Кроме того, аномалии могут появиться при втором делении мейоза, которое у человека происходит после проникновения сперматозоида в яйцеклетку. Это же препятствует анализу второго полярного тельца, так как эмбрион уже создан и результаты его изучения не смогут быть практически реализованы в рамках христианского мировоззрения.

Закключение

С учетом повышенной вероятности рождения ребенка с наследственной патологией в результате ЭКО возникает необходимость использования преимплантационного генетического тестирования, особенно у женщин старше 35 лет или у супружеских пар, имеющих в анамнезе тяжелую генетическую патологию. Применение ПГТ как для определения генетического заболевания (моногенное преимплантационное тестирование) или для повышения вероятности беременности (ПГД-А) потенциально может способствовать лечебному эффекту, если такие способы воздействия во время раннего эмбрионального развития будут в дальнейшем найдены. Поскольку в настоящее время отсутствуют любые возможности скорректировать обнаруженные дефекты хромосом или генов, данная методика будет подталкивать супружескую пару к поддержанию от переноса таких эмбрионов, что приведет к дальнейшей их элиминации, то есть смерти. Поскольку каждый эмбрион с момента зачатия является носителем образа Божия, использование преимплантационного тестирования будет неэтичным в православно-этическом контексте. Бездетные родители, решающие использовать вспомогательные репродуктивные технологии, но стремящиеся жить добродетельно в соответствии с христианскими этическими нормами, должны принять того ребенка, который родится на свет вне зависимости от его здоровья, пола, наличия или отсутствия желаемых признаков и свойств.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Работа выполнена в рамках исследования по гранту Российского научного фонда, проект № 18-78-10018 (продолжение).

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. This study was supported by the grant from the Russian Science Foundation, project No. 18-78-10018 (continuation).

Competing interests. The author declares that he has no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys / M.N. Mascarenhas [et al.] // *PLoS medicine*. 2012. Vol. 9 (12).
2. ORC Macro and the World Health Organization. Infertility, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS). URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en>
3. Олифирович Н.И. Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2007.
4. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. М.: Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата, 2008.
5. Тарабрин Р. Биоэтические проблемы экстракорпорального оплодотворения в российской православной дискуссии // *Государство, религия, церковь в России и за рубежом*. 2021. Т. 39, № 4. С. 142–168.
6. Православие и проблемы биоэтики. Сборник работ. М., 2017.
7. Межсоборное Присутствие Русской Православной Церкви. Проект документа «Этические проблемы, связанные с методом Экстракорпорального оплодотворения». URL: <https://msobor.ru/document/52>
8. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis / J. Wen [et al.] // *Fertility and sterility*. 2012. Vol. 97 (6). P. 1331–1337.
9. Do the children born after assisted reproductive technology have an increased risk of birth defects? A systematic review and meta-analysis / J. Zhao [et al.] // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020. Vol. 33 (2). P. 322–333.
10. Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification / A.H. Handyside [et al.] // *Nature*. 1990. Vol. 344 (6268). P. 768–770.
11. Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis / A.H. Handyside [et al.] // *New England Journal of Medicine*. 1992. Vol. 327 (13). P. 905–909.
12. Tsui L.C., Durie P. Genotype and phenotype in cystic fibrosis // *Hospital practice*. 1997. Vol. 32 (6). P. 115–142.
13. Geraedts J.P.M., De Wert G. Preimplantation genetic diagnosis // *Clinical genetics*. 2009. Vol. 76 (4). P. 315–325.
14. Multiplex PCR of polymorphic markers flanking the CFTR gene; a general approach for preimplantation genetic diagnosis of cystic fibrosis / J. Dreesen [et al.] // *Molecular human reproduction*. 2000. Vol. 6 (5). P. 391–396.
15. Nagaoka S.I., Hassold T.J., Hunt P.A. Human aneuploidy: mechanisms and new insights into an age-old problem // *Nature Reviews Genetics*. 2012. Vol. 13 (7). P. 493–504.
16. The nature of aneuploidy with increasing age of the female partner: a review of 15,169 consecutive trophoblast biopsies evaluated with comprehensive chromosomal screening /

J.M. Franasia [et al.] // Fertility and sterility. 2014. Vol. 101 (3). P. 656–663.

17. Coonen E., De Rycke M., Kokkali G. ESHRE Abstract Book // Annual Meeting. 2015.

18. Clinical application of comprehensive chromosomal screening at the blastocyst stage / W.B. Schoolcraft [et al.] // Fertility and sterility. 2010. Vol. 94 (5). P. 1700–1706.

19. Tarabrin R. Orthodox perspectives on in vitro fertilization in Russia // Christian bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality. 2020. Vol. 26 (2). P. 177–204.

20. Henk ten Have, Maria do Céu Patrão Neves. Fetal surgery // Dictionary of Global Bioethics. Springer, Cham, 2021. P. 523.

21. Послание апостола Павла к Галатам 3 глава, 28 стих // Новый Завет Господа нашего Иисуса Христа на славянском и русском языках. М.: Синодальная типография, 1902.

REFERENCES

1. Mascarenhas M.N. et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*. 2012;9(12).

2. ORC Macro and the World Health Organization. Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS). URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en>

3. Olifirovich N.I. Psychology of family crises. St. Petersburg: Speech, 2007. (in Rus.).

4. Fundamentals of the social concept of the Russian Orthodox Church. Moscow: Department for External Church Relations of the Moscow Patriarchate, 2008. (in Rus.).

5. Tarabrin R. Bioethical problems of in vitro fertilization in the Russian Orthodox discussion. *Gosudarstvo, religiya, tserkov' v Rossii i za rubezhom* = State, religion, church in Russia and abroad. 2021;39(4):142–168. (in Rus.).

6. Orthodoxy and problems of bioethics. Collection of works. Moscow, 2017. (in Rus.).

7. Inter-Council Presence of the Russian Orthodox Church. Draft document "Ethical Issues Associated with the In Vitro Fertilization Method". URL: <https://msobor.ru/document/52>. (in Rus.).

8. Wen J. et al. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis. *Fertility and sterility*. 2012;97(6):1331–1337.

9. Zhao J. et al. Do the children born after assisted reproductive technology have an increased risk of birth defects? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33(2):322–333.

10. Handyside A.H. et al. Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification. *Nature*. 1990;344(6268):768–770.

11. Handyside A.H. et al. Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis. *New England Journal of Medicine*. 1992;327(13):905–909.

12. Tsui L.C., Durie P. Genotype and phenotype in cystic fibrosis. *Hospital practice*. 1997;32(6):115–142.

13. Geraedts J.P.M., De Wert G. Preimplantation genetic diagnosis. *Clinical genetics*. 2009;76(4):315–325.

14. Dreesen J. et al. Multiplex PCR of polymorphic markers flanking the CFTR gene; a general approach for preimplantation genetic diagnosis of cystic fibrosis. *Molecular human reproduction*. 2000;6(5):391–396.

15. Nagaoka S.I., Hassold T.J., Hunt P.A. Human aneuploidy: mechanisms and new insights into an age-old problem. *Nature Reviews Genetics*. 2012;13(7):493–504.

16. Franasia J.M. et al. The nature of aneuploidy with increasing age of the female partner: a review of 15,169 consecutive trophoblast biopsies evaluated with comprehensive chromosomal screening. *Fertility and sterility*. 2014;101(3):656–663.

17. Coonen E., De Rycke M., Kokkali G. ESHRE Abstract Book. Annual Meeting. 2015.

18. Schoolcraft W.B. et al. Clinical application of comprehensive chromosomal screening at the blastocyst stage. *Fertility and sterility*. 2010;94(5):1700–1706.

19. Tarabrin R. Orthodox perspectives on in vitro fertilization in Russia. *Christian bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality*. 2020;26(2):177–204.

20. Henk ten Have, Maria do Céu Patrão Neves. Fetal surgery. *Dictionary of Global Bioethics*. Springer, Cham, 2021:523.

21. The Epistle of the Apostle Paul to the Galatians Chapter 3, verse 28 // New Testament of our Lord Jesus Christ in Slavic and Russian. Moscow: Synodal Printing House, 1902. (in Rus.).

Информация об авторе

Р.Е. Тарабрин – врач, магистр богословия, исследователь Приволжского исследовательского медицинского университета, Нижний Новгород, Россия; ассистент кафедры гуманитарных наук Первого московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, Москва, Россия; преподаватель Сретенской духовной академии, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>, E-mail: romanscript@yandex.ru

Information about the author

Roman E. Tarabrin – MD, MST, Researcher, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia; Assistant Professor, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia; Lecturer, Sretensky Theological Academy, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>, E-mail: romanscript@yandex.ru

Научная статья

УДК 614.253:34С

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-46-50>**Социальная группа «65+»: этическая дилемма пандемии****Мая Владимировна Еремина¹, Алена Дмитриевна Доника^{✉1,2}**¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия²Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия

Аннотация. Актуальность. Условия чрезвычайной ситуации создают беспрецедентный, но легитимный подход, когда права и свободы личности могут быть ограничены в интересах общества. С первых дней пандемии стала выделяться особая социальная группа населения, с условным названием «65+».

Цель работы – дать этическую оценку отношения социума к группе населения «65+», показать противоречие медицинского и биоэтического подходов к критериям выделения группы.

Материалы и методы. Проведен обзор фундаментальных и современных работ в проблемном поле. Эмпирическую базу работы составили материалы социологического опроса с использованием Google forms (N = 520).

Результаты. Согласно анализу статистических показателей занятости в РФ до пандемии (2019 г.) доля работающих в возрасте 60–64 года составила 32,4 %, в интервале 65–69 лет – 13,7 % от численного состава возрастной группы, что свидетельствует о высокой социальной активности группы «65+» (примерно каждый третий-четвертый пенсионер продолжает работать) и демонстрирует трудовой потенциал группы. В то же время противоэпидемические мероприятия, связанные с ограничениями трудовой и социальной активности, коснулись именно этой группы, что привело к стигматизации по возрастному критерию. Многолетнее противостояние пандемии ослабило неразвившуюся в полной мере в национальном здравоохранении психологическую тактику отношения к возрастным пациентам, основанную на этике заботы. Проведенный в марте 2021 г. опрос студентов медицинского вуза (возраст 21–24 года) показал, что большинство (82,8 %) респондентов рассматривали ограничения как недопустимую дискриминацию.

Заключение. Обзор современных исследований, анализ текущей ситуации показали, что феномен постарения нации и уязвимость старшей возрастной группы населения к новой коронавирусной инфекции обусловили противоречие подходов к рассматриваемой возрастной группе с позиций медицины и биоэтики. Гуманная, по своей сути, мера защиты особенно уязвимой по медицинским показателям группы стала восприниматься социумом как повод для стигматизации. Решение дилеммы возможно в контексте конвергенции медицинских и гуманитарных наук в междисциплинарном проблемном поле геронтологии и гериатрии.

Ключевые слова: группа 65+, профессиональная группа врачей, пандемия, этика заботы, инфодемия

Статья поступила 16.12.2021; принята к публикации 18.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-46-50>**Social group "65 plus": Pandemic's ethical dilemma****Maja V. Eremina¹, Alena D. Donika^{✉1,2}**¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia²Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia

Abstract. Background: The conditions of the emergency create an unprecedented, but legitimate approach, when the rights and freedoms of the individual can be limited in the public interest. From the first days of the pandemic, a special social group of the population began to stand out, with the code name "65+".

Aim: to give an ethical assessment of the attitude of society to the population group "65+", to show the contradiction between medical and bioethical approaches to the criteria for selecting a group.

Materials and methods: The review of fundamental and modern works in the problem field was carried out. The empirical basis of the work was the materials of a sociological survey using Google forms (N = 520).

Results: According to the analysis of statistical indicators of employment in the Russia before the pandemic (2019), the share of employees aged 60–64 years was 32,4 %, in the range of 65–69 years – 13,7% of the size of the age group, which indicates the high social activity of the 65+ group (approximately every third or fourth pensioner continues to work) and demonstrates the labor potential of the group. At the same time, anti-epidemic measures related to restrictions on labor and social activity primarily affected this group, which led to stigmatization based on the age criterion. The long-term confrontation with the pandemic has weakened the psychological tactics of treating older patients that have not been fully developed in the national health care, based on the ethics of care. A survey of medical students (aged 21–24) conducted in March 2021 showed that the majority (82,8 %) of respondents viewed restrictions as unacceptable discrimination.

Conclusion: The review of updated research and the analysis of the current situation have shown that the phenomenon of the aging of the nation and the vulnerability of the older age group of the population to a new coronavirus infection have led to a contradiction in approaches to the considered age group from the standpoint of medicine and bioethics. The inherently humane measure of protection for a group that is especially vulnerable in terms of medical indicators began to be perceived by the society as a reason for stigmatization. The solution to the dilemma is possible in the context of the convergence of medical and human sciences in the interdisciplinary problem field of gerontology and geriatrics.

Keywords: 65+ group, professional group of doctors, pandemic, ethics of care, infodemic

Submitted 16.12.2021; accepted 18.02.2022; published 15.05.2022.

Пандемия COVID-19 стала глобальным вызовом для всех социальных институтов, прежде всего затронув здравоохранение и образование. Волны подъема заболеваемости, новые штаммы, противоэпидемические мероприятия и ограничения перевернули общественное сознание, затронув все социальные группы. В условиях дефицита кадров, времени и ресурсов приоритеты государственной политики были сориентированы на наиболее уязвимые группы. В то же время условия чрезвычайной ситуации создают беспрецедентный, но легитимный подход, когда права и свободы личности могут быть ограничены в интересах общества согласно Конституции РФ (ст. 56), Федерального закона № 68-ФЗ 1994 г. «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (ст. 19 Гл. IV) и других нормативных актов¹. С первых дней пандемии стала выделяться особая социальная группа населения, с условным названием «65+», сокращение которого стало таким же маркером пандемии как «дистант», «инфодемия», «удаленка».

Критерий выделения группы взрослого населения, наиболее уязвимой в отношении новой инфекции по возрасту, пожалуй, впервые оказался единственным для определения не только медицинских, но и социальных, правовых подходов к части населения страны. Безусловно, экстремальность ситуаций, требующая незамедлительного принятия решений на государственном уровне в условиях дефицита времени, привела к росту ложной информации, оценивая стремительность распространения и разрушительность действия которой, ВОЗ назвала этот феномен «инфодемией»². Группа населения «65+» стала восприниматься в обществе не с позиций этики заботы, а как повод к социальной стигматизации.

Цель работы

Дать этическую оценку отношения социума к группе населения «65+», показать противоречие медицинского и биоэтического подходов к критериям выделения группы.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели был проведен анализ современных исследований в междисциплинарном поле медицинских и социологических наук, изучена законодательная база РФ в части организации медицинской помощи в ЧС (нормативно-правовые акты и другие документы, относящиеся к общей и конкретной социально-экономической защите населения в чрезвычайной ситуации). Для выявления отношения населения к противоэпидемическим мероприятиям, как социального триггера стигматизации рассматриваемой группы, проводился социологический опрос с использованием Google forms (N = 520). Авторская анкета прошла этическую экспертизу (№ 224-П от 12.01.2020, № 315-П от 11.02.2021), в отношении респондентов соблюдены нормы конфиденциальности и автономии. Математическая обработка данных выполнена методами вариационной статистики с использованием программного обеспечения Windows 17.0.

Результаты

На наш взгляд, парадокс ситуации заключен в том, что пандемия COVID-19 началась именно в тот период, когда был эксплицирован феномен постарения нации, не только для Европейских стран, но и для России. Согласно прогнозам 2018 г., в 2025 г. старшая возрастная группа (условно – пенсионеры и старше) должна была составить примерно 20 % населения РФ. С одной стороны, это явление связано с увеличением продолжительности жизни в экономических реалиях развитых стран и достаточном (или высоком) уровне развития медицинской науки в целом и медицинского обеспечения населения в частности. Оценка медицинских показателей национальной выборки, экстраполированная на условия труда в современном высокотехнологическом обществе, позволила принять ряд государственных мер для обеспечения трудового потенциала страны и социализации старшей возрастной группы. В частности, определенный общественный резонанс вызвала пенсионная реформа с увеличением пенсионного возраста. Появились многочисленные медицинские исследования, демонстрирующие высокие результаты когнитивных, физических, психологических показателей в возрасте 60–70 лет. Социологические

¹ Конституция Российской Федерации 12.12.1993 (с изм., 01.07.2020). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/48be86bd7f4972866a4e8835be2b06da3d052b4b/ (дата обращения: 10.01.2022); Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ (ред. от 30.12.2021) «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» // КонсультантПлюс. URL: <https://www.mchs.gov.ru/uploads/document/2022-01-13/f90164668fe9c6203b010a334b94c352.pdf> (дата обращения: 10.01.2022).

² ВОЗ совместно с Правительством Соединенного Королевства проводит информационно-разъяснительную кампанию, посвященную опасности распространения неточной и недостоверной информации о пандемии коронавирусной инфекции. URL: <https://www.who.int/ru/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/how-to-report-misinformation-online> (дата обращения: 20.08.2020).

и экономические исследования показали высокую социальную интеграцию лиц пенсионного возраста (как часто называлась рассматриваемая группа) [1]. Анализ статистических показателей занятости в РФ 2019 г. по возрастным когортам свидетельствует, что в возрастном интервале 55–59 лет доля работающих пожилых людей от численного состава возрастной группы составила 54,8 %; 60–64 года – 32,4 %, в интервале 65–69 лет – 13,7 %. Фактически треть пожилого населения после выхода на пенсию продолжает вести оплачиваемую трудовую деятельность³. В 2016 г. стартовала «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года», целью которой является создание условий для активного долголетия граждан старшего поколения [2].

Безусловно, на таком фоне общественного сознания введение ограничительных мероприятий, в первую очередь, для этой возрастной группы вызвало неоднозначную реакцию. Ограничение социального передвижения рассматриваемой возрастной группы привело к коммуникационному разрыву с детьми и внуками, недобросовестные работодатели старались избавиться от находящихся в изоляции «возрастных» работников, используя психологическое давление. В публичных местах по отношению к группе «65+» могли применяться меры административного воздействия (предупреждение, ограничение и т. д.). Гуманная, по своей сути, мера защиты особенно уязвимой по медицинским показателям группы стала восприниматься социумом как повод к дискриминации. Психологический прессинг старшей возрастной группы обострялся ситуацией информационного неравенства, описанного еще до пандемии для старшего поколения, скептически относящегося к цифровизации всех сфер жизни [3]. Исследования 2017–2019 гг. демонстрировали как цифровая неграмотность, отсутствие цифровой техники оказывали негативное влияние на удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи [4]. Электронная запись к врачу, замена бесед с врачами-специалистами высокотехнологичной диагностикой разрушали коммуникационные представления возрастных пациентов, ностальгирующих по образу советского врача («разговорчивого», поскольку медицинская помощь в условиях дефицита средств и ресурсов зачастую сводилась к простому психологическому участию). Патерналистской модели взаимоотношения врача и пациента стала приходить на смену модель контрактная, где современный интернет-просвещенный пациент хотел сам принимать активное участие в выборе диагностической и лечебной тактики. В то же время и молодые врачи стали стремиться к партнерским отношениям с осведомленными пациентами, заменяя коммуникационные техники престижными переподготовками и новыми высокотехнологичными медицинскими специальностями. Такая трансформация моделей взаимодействия является отражением экономического прогресса и бурного развития медико-биологических наук, демонстрируя смену моделей

постиндустриального общества. Но то, что являлось нормальным ходом событий до пандемии, могло корректироваться обществом через техники этики заботы о старшей возрастной группе, оказалось триггером для стигматизации старшей возрастной группы в период пандемии, в условиях экстраординарного, стрессового, экстремального существования без ясности перспектив и под угрозой смертельного исхода. Информационный прессинг массмедиа с растущими данными заболеваемости и смертности, информационным потоком высокого риска медицинских последствий для возрастных пациентов, оказался вторичным триггером стигматизации и психологической дезадаптации группы «65+».

Рассматриваемая тенденция имела свое отражение и в профессиональной группе медицинских специалистов: возрастные врачи в первые месяцы пандемии (до начала вакцинации) оказались невостребованными в перепрофилированных в многочисленные ковидарии медицинских организациях. Это, в свою очередь, усилило дефицит медицинских кадров.

Сегодня появились надежные противоэпидемические барьеры, и выделение группы «65+» не настолько актуально, как в первый год пандемии. Но инерция социальных механизмов и психологических процессов поддерживают сложившееся в пандемию неоднозначное отношение общества к рассматриваемой группе.

Социологический опрос, проведенный в мае 2020 г., демонстрировал настороженное отношение населения к дифференцированному подходу государственных противоэпидемических мероприятий: в среднем 84,4 % респондентов (возраст 21–62 года) рассматривали обязательную вакцинацию как недопустимое ограничение (нарушение) прав и свобод гражданина [5]. Дискуссии о введении «ковид-паспортов» весной 2021 г., уже апробированных в это время в Европе, носили в социальных сетях эмоциональный характер. Проведенный в марте 2021 г. опрос студентов медицинского вуза (возраст 21–24 года) показал, что большинство (82,8 %) респондентов рассматривали такие ограничения для невакцинированных, как недопустимую дискриминацию. Будущие врачи в комментариях к ответам обращали внимание на группы населения с медицинскими противопоказаниями к вакцинации и недостаточность данных о побочных эффектах новых вакцин для разных групп. За рубежом вакцинация рассматривается как триггер стигматизации из-за неравного доступа к вакцинам разных слоев населения (или в целом экономически «бедных» стран) [6, 7, 8]. Но в условиях безграничного интернет-пространства эта волна возмущения, несмотря на иное происхождение, внесла свой эмоционально-возмущенный вклад в нарастающую инфодемию [9].

Сегодня пандемия более управляема – национальные системы здравоохранения адаптировались к подъемам роста инфицированных, новые штаммы становятся менее агрессивными на фоне создающегося (как естественным, так и искусственным путем) популяционного иммунитета, население привыкает к существованию в условиях психологического стресса

³ Труд и занятость в России. 2019: Стат. сборник. М.: Росстат, 2019. 135 с.

и уделяет больше внимание уже другим проблемам, не связанным с пандемией. В то же время сохраняется стигматизированное отношение к группе «65+». Доказательная база, основанная на медицинских данных (наличие хронических заболеваний, возрастные изменения и т. п.), используемая в качестве аргумента особого режима противоэпидемических мероприятий к этой части населения, обеспечивает эту константу и сохраняет устойчивое отрицательное отношение к группе «65+», как определенному балласту общества – не востребованному в качестве трудового потенциала.

Многолетнее противостояние пандемии ослабило неразвившуюся в полной мере в национальном здравоохранении психологическую тактику отношения к возрастным пациентам, основанную на этике заботы. Это известное в биоэтике направление в своей сути предполагает особое щадящее к уязвимым группам отношение без унижения достоинства личности. Этика заботы в первую очередь рассматривалась для принятия этических решений по отношению к пациентам, утратившим дееспособность в связи с психическими расстройствами (в том числе синильной деменцией).

Например, при решении этической дилеммы для ставшего недееспособным пациента принимается во внимание его вероятностное мнение (приближенное до состояния психической беспомощности), основанное на анализе бесед с родственниками и близкими. В отношении возрастных пациентов этика заботы предполагает защиту от медицинской стигматизации. Идея такой защиты основана на уважении достоинства личности и осознании безусловности экстраполяции данной практики на будущее поколение.

Заключение

Феномен постарения нации и биологическая уязвимость старшей возрастной группы населения к новой коронавирусной инфекции обусловили противоречие подходов к рассматриваемой возрастной группе с позиций медицины и биоэтики [10, 11]. Решение дилеммы мы видим в столь популярной сегодня конвергенции научных знаний, в данном случае – медицинских и гуманитарных наук, которой наиболее соответствует междисциплинарное проблемное поле геронтологии и гериатрии.

Общество возвращается к проблеме трудовой ресоциализации пенсионеров [12, 13]. 14 октября 2022 г. Министр здравоохранения России М. Мурашко обратился к врачам-пенсионерам с просьбой вернуться к профессиональной деятельности⁴, глава Минздрава Ульяновской области Александр Гашков присоединился к данной инициативе и, обращаясь к врачам, ушедшим на пенсию, подчеркнул: «Бывших медиков не бывает, нас с вами навсегда связывает клятва Гиппократова и необходимость оказания помощи тем, кто ждет нашей поддержки... Если вам по состоянию

здоровья не рекомендуется проводить приемы пациентов, мы можем предложить вам работу в контактных центрах, где больным также необходимы ваши профессиональные рекомендации и доброе слово. Мы просим вас вернуться в наши ряды, вы нам нужны!»⁵.

Такая практика связана с кадровым дефицитом врачей, но и подкреплена пониманием значения практического опыта и экспертного характера медицинских знаний.

Организация объединенных наций и Всемирная здравоохранения объявили 2021–2030 гг. «Десятилетием здорового старения»⁶, что отражает общую тенденцию изменения отношения к старшей возрастной группе населения с позиций медицины, экономики, социологии и этики. В частности, в специальном докладе ВОЗ «Десятилетие здорового старения. Базовый доклад, 2021» постулируется необходимость «изменить мышление и подходы по отношению к возрасту для преодоления феномена эйджизма (дискриминации по возрастному принципу)»⁷.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

⁵ Более 5,5 тыс. случаев COVID-19 выявлено в Поволжье впервые с начала пандемии // Интерфакс. Россия. 20.10.2021. URL: <https://www.interfax-russia.ru/volga/main/bole-5-5-tys-sluchaev-covid-19-vyyavleno-v-povolzhe-vpervye-s-nachala-pandemii> (дата обращения: 20.10.2021).

⁶ World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report, 2021 URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900> (accessed: 20.10.2021).

⁷ Intrinsic Capacity as a Determinant of Physical Resilience in Older Adults / J.K. Chhetri, Q.L. Xue, L. Ma [et al.] // J Nutr Health Aging. 2021. URL: <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1629-z> (accessed: 20.10.2021).

⁴ Мурашко предложил пожилым врачам и медсестрам вернуться на работу // РБК. 14.10.2021 URL: <https://www.rbc.ru/society/14/10/2021/6167ef0b9a7947ec120b14b5> (дата обращения: 20.10.2021).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Коротаев А.В., Новиков К.Е., Шульгин С.Г. Ценности пожилых в стареющем мире // Социология власти. 2019. Т. 31, № 1. С. 114–142. doi:10.22394/2074-0492-2019-1-114-142.
2. Смолькин А.А. Социология возраста и границы социального конструирования // Социология власти. 2019. № 1. С. 8–13. doi:10.22394/2074-0492-2019-1-8-13.
3. Сафиуллин А.Р., Моисеева О.А. Неравенство: Россия и страны мира в условиях четвертой промышленной революции // Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. 2019. Т.12, № 6. С. 29. doi:10.18721/JE.12602.
4. Элланский Ю.Г., Ильяхин Р.Г. Модели гериатрической помощи в России и Европе: предпосылки формирования, современный этап, перспективы // Менеджер здравоохранения. 2019. № 3. С. 54–59.
5. Доника А.Д., Доника Д.А. Медико-социальные и этические правовые последствия пандемии COVID-19. Тамбов, 2021.
6. Horton R. The COVID-19 Catastrophe: What's Gone Wrong and How to Stop It Happening Again. USA: John Wiley & Sons, 2020. 140 p.
7. Morabia A. COVID-19: Health as a Common Good // American Journal of Public Health. 2020. Vol. 110, no. 8. P. 1111–1112. doi: 10.2105/AJPH.2020.30580.
8. Legal agreements: barriers and enablers to global equitable COVID-19 vaccine access / A.L. Phelan, M. Eccleston-Turner, M. Rourke [et al.] // The Lancet. 2020. Vol. 396, no. 10254. P. 800–802. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31873-0
9. Филиппов А.В. Уроки пандемии: этика безопасности // Биоэтика. 2021. Т. 27, № 1. С. 32–35. doi: 10.19163/2070-1586-2021-1(27)-32-35.
10. Nurunnabi A. S., Tanira Sh., Sadia A. Sony Elderly Care Ethics: A Glance on Principlism // Bangladesh Journal of Bioethics. 2016. Vol. 7(1). P. 1–7. doi: 10.3329/bioethics.v7i1.29300.
11. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.
12. Григорьева И.А., Богданова Е.А. Концепция активного старения в Европе и России перед лицом пандемии COVID-19 // Laboratorium: журнал социальных исследований. 2020. № 12 (2). С. 187–211. doi: 10.25285/2078-1938-2020-12-2-187-211.
13. Карпикова И.С., Баева О.Н. Трудовая занятость пожилых россиян: характеристика тенденций и возможностей реализации // Социодинамика. 2021. № 6. С. 1–13. doi: 10.25136/2409-7144.2021.6.35924.

REFERENCES

1. Korotayev A.V., Novikov K.E., Shulgin S.G. Values of the elderly people in an aging world. *Sotsiologiya vlasti = Sociology of Power*. 2019;31(1):114–142. (in Rus.). doi: 10.22394/2074-0492-2019-1-114-142.
2. Smol'kin A.A. Sociology of age and the boundaries of social construction. *Sotsiologiya vlasti = Sociology of Power*. 2019;31(1):8–13. (in Rus.). doi: 10.22394/2074-0492-2019-1-8-1.
3. Safiullin A.R., Moiseeva O.A. Digital inequality: Russia and other countries in the fourth industrial revolution. *π-Economy*. 2019;12(6):26-37. (in Rus.). doi:10.18721/JE.12602.
4. Ellanskij Yu.G., Ilyuhin R.G. Models of geriatric care in Russia and Europe: preconditions, current state, prospects. *Menedzher zdravookhraneniya = Menedzher zdravookhraneniya*. 2019;(3):54–59. (in Rus.).
5. Donika A.D., Donika D.A. Medico-social, ethical and legal consequences of the COVID-19 pandemic. Tambov, 2021. (in Rus.).
6. Horton R. The COVID-19 Catastrophe: What's Gone Wrong and How to Stop It Happening Again. R. USA: John Wiley & Sons, 2020. 140 p.
7. Morabia A. COVID-19: Health as a Common Good. *American Journal of Public Health*. 2020;110(8):1111–1112. doi: 10.2105/ajph.2020.305802.
8. Phelan A.L., Eccleston-Turner M., Rourke M., Maleche A., Wang C. Legal agreements: barriers and enablers to global equitable COVID-19 vaccine access. *Lancet*. 2020; 396(10254):800–802. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31873-0.
9. Filippov A.V., Donika A.D., Ostrovsky A.M. Understanding Outcomes of the Pandemic: Safety Ethics. *Bioetika = Bioethics*. 2021;1(27):32–35. (in Rus.). doi:10.19163/2070-1586-2021-1(27)-32-35.
10. Nurunnabi A.S., Tanira Sh., Sadia A. Sony Elderly Care Ethics: A Glance on Principlism. *Bangladesh Journal of Bioethics*. 2016;7(1):1–7. doi: 10.3329/bioethics.v7i1.29300.0.
11. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
12. Grigoryeva I., Bogdanova E. The concept of active aging in Europe and Russia in the face of the COVID-19 Pandemic. *Laboratorium: zhurnal sotsial'nykh issledovaniy = Laboratorium: Russian Review of Social Research*. 2020;12(2):187–211. (in Rus.). doi:10.25285/2078-1938-2020-12-2-187-211.
13. Karpikova I.S., Baeva O.N. Employment of senior citizens in the Russian Federation: characteristics of trends and opportunities for implementation. *Sotsiodinamika = Sociodynamics*. 2021;6:1–13. (in Rus.). doi: 10.25136/2409-7144.2021.6.35924.

Информация об авторах

М.В. Еремина – старший преподаватель кафедры медицины катастроф ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8203-6634>, Scopus Authors ID: 57208530666, E-mail: ereminamaya@yandex.ru

А.Д. Доника – кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор, старший научный сотрудник Лаборатории этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ГБУ ВМНЦ, профессор кафедры медицины катастроф ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Председатель Российского подразделения Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3905-5538>, Scopus Authors ID:57190221899, E-mail: addonika@yandex.ru

Information about authors

Maya V. Eremina – senior lecturer, department of Disaster medicine, Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8203-6634>, Scopus Authors ID: 57208530666, E-mail: ereminamaya@yandex.ru

Alena D. Donika – Doctor of Science (Sociology), Professor, Senior Researcher of Ethical, judicial and sociological expertise in medicine Department of the Volgograd Medical Research Center, Professor of the Disaster Medicine Department of the Volgograd State Medical University, Head of the Russian unit of the International Bioethics Chair, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8203-6634>, Scopus Authors ID:57190221899, E-mail: addonika@yandex.ru

Обзорная статья

УДК 614.253:616-052

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-51-57>

Размышления об этике пациента

Георгий Саввич Табатадзе¹, Ольга Владимировна Костенко^{✉1}, Виолетта Георгиевна Табатадзе²

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

²Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2, Волгоград, Россия

Аннотация. В статье рассматривается одна из наименее исследованных нравственно-этических проблем – поведение пациента по отношению к врачу и медперсоналу. Показано, что субъективные нравственно-психологические качества пациента имеют важнейшее значение. Анализируется такой важный фактор, определяющий поведение пациента, как мотивации, которыми он руководствуется. Выделяются нравственно-этические качества пациента, необходимые для гармонизации отношений «пациент – врач». Многолетние эмпирические наблюдения в системе взаимоотношений пациента и врача позволяют обосновать выводы, что характер связей между ними опосредуется целями, которыми они руководствуются; что поведение пациента зависит от уровня его духовности, его нравственно-этических качеств, интересов, ценностей; что гармонизация отношений врача и пациента обеспечивается не только тем, что врач «должен», но и тем, что «должен» пациент, то есть совместными усилиями.

Ключевые слова: врач, пациент, мораль, нравственные нормы, нравственные ценности, мотивации, нравственно-этическое поведение, медицинская этика

Статья поступила 10.12.2021; принята к публикации 20.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-51-57>

Reflections on the ethics of the patient

Georgy S. Tabatadze¹, Olga V. Kostenko^{✉1}, Violetta G. Tabatadze²

¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

²Children's Clinical Dental Polyclinic No. 2, Volgograd, Russia

Abstract. The article deals with one of the least studied moral and ethical problems – the behavior of the patient in relation to the doctor and medical staff. It is shown that the subjective moral and psychological qualities of the patient are of crucial importance. Such an important factor determining the patient's behavior as the motivations that guide him is analyzed. The moral and ethical qualities of the patient necessary for the harmonization of the patient-doctor relationship are highlighted. Long-term empirical observations in the system of patient-doctor relationships allow us to substantiate the conclusions that the nature of the connections between them is mediated by the goals they are guided by; that the patient's behavior depends on the level of his spirituality, his moral and ethical qualities, interests, values; that the harmonization of doctor-patient relations is ensured not only by the fact that the doctor "should", but also by what the patient "should", i.e. by joint efforts.

Keywords: doctor, patient, morality, moral norms, moral values, motivations, moral and ethical behavior, medical ethics

Submitted 10.12.2021; accepted 20.02.2022; published 15.05.2022.

С древних времен людям, занимающимся врачеванием, уделялось особое внимание, к их моральным качествам, нравственному облику, внешнему виду предъявлялись особые требования. Но в процессе врачевания участвуют две стороны. Пациент является одним из активных участников этого процесса. Поэтому его нравственно-этическое поведение по отношению к врачу – это не менее важная сторона медицинской этики. Этой стороне вопроса уделялось

и уделяется недостаточно внимания. В древних источниках мы находим лишь фрагменты этических наставлений пациенту. Можно отметить, например, отдельные рекомендации по уважительному отношению к врачу в Древнем Египте, Древней Индии (буддизм). Гиппократ наставлял пациента следующим образом: «Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение трудно. Поэтому не только сам врач должен

употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности», или другое его высказывание: «больной должен вместе с врачом бороться с болезнью». И сегодня дело обстоит не на много лучше.

Сложилось превратное представление о том, что пациент всегда прав. Одностороннее понимание одного из основных принципов Гиппократов «Не навреди» привело к такому положению в медицине, при котором почти во всех конфликтах виновными остаются медицинские работники. Между тем, многое в лечении и профилактике зависит от усилий обеих сторон. И здесь очень важно не только этическое поведение врача, но и нравственное поведение пациента. В силу невоспитанности, низкой культуры части населения еще не редки случаи нетактичного поведения отдельных категорий пациентов, что вызывает соответствующую реакцию врача. Грубость, фамильярность, ничем не обоснованные претензии на получение того или иного вида медицинской помощи, а то и хулиганские выходки — далеко не полный перечень нарушений лиц, обратившихся за помощью к медицинским работникам. И неслучайно медики поднимают вопрос о моральном и правовом воздействии на таких нарушителей.

Очевидно, что соблюдение врачом нравственных норм во многом зависит и от нравственного поведения пациента. Дело в том, что в рамках сегодня понимаемой медицинской этики, когда речь идет в основном о врачебной этике, невозможно комплексно описать этические отношения в медицинской практике, так как рассматривается в этом случае одна сторона реализации этических норм — со стороны врача, но не другая сторона — пациент. Именно во взаимосвязи сторон полноценно реализуются нравственно-этические качества. Врач и пациент — объективно носители этики, но именно в их взаимодействии проявляется субъективная сторона применения нравственно-этических принципов и норм.

Нравственно-этическое поведение врача и пациента по отношению друг к другу — это сложная проблема философско-психологического характера. Главное — это культурно-нравственный уровень участников этих отношений. Контакт «врач — пациент» является межличностным и его результат в равной степени зависит от двух сторон. Такая общепринятая норма, как «пациент всегда прав», не может эффективно работать в этой системе отношений. Только высокий культурный и нравственный уровень обеих сторон позволяет избежать негативных, конфликтных ситуаций.

Отношения между двумя участниками всегда являются объективно-субъективными. К. Маркс писал, что «сущность человека есть абстракт, присущий отдельному индивиду» [1]. Объективно-субъективная основа действий пациента связана с чувством самосохранения, и нравственное поведение направлено на достижение этой цели. Нравственно-этические и моральные качества пациента являются индивидуальными по форме выражения, но имеют социальное

содержание. Этика пациента базируется на общепринятых нормах поведения и морали, дополняясь личным отношением к своему заболеванию, конкретному врачу, медицинским работникам и медучреждению. Пациент попадает в принципиально другую жизненную ситуацию, отличную от его повседневности, невольно испытывает психологический стресс. Поэтому общепринятые нормы нравственного поведения человека в таких экстремальных для пациента условиях искажаются, а нередко вообще нарушаются и возникает ситуация, когда взаимоотношения с врачом и медперсоналом зависят именно от этического поведения пациента. Важнейшую роль здесь играют субъективные нравственно-психологические качества пациента. Как говорил Марсилио Фичино, важно, что победит в нас: «Зверь в нас — это инстинкт, человек в нас — разум» [2].

Определяя поведение пациента через психические и духовные его характеристики, следует отличать «нравственное поведение человека вообще» от его нравственного поведения в изменившихся условиях. Болезнь создает психологическое напряжение, которое уменьшается только путем установления позитивного контакта с врачом и успешностью лечения. Эмоции, которые определяют поведение пациента, нередко затрудняют понимание им своего состояния, и только врач может разъяснить его положение и возможные последствия. Личность пациента есть системное качество, приобретаемое индивидом в процессе совместной деятельности и общения, стороны делятся информацией и ее оценкой и принимают совместное решение [3].

Пациент перестает быть независимым человеком, теперь он нуждается в людях, от которых зависит его здоровье, которые смогут удовлетворить его желание вылечиться и быть здоровым. Он начинает осознавать свое реальное положение, необходимость взаимопонимания между ним и медперсоналом и соответственно перестраивает свое эмоциональное состояние и нравственно-этическое поведение. Стремление пациента взаимодействовать с медперсоналом, зарождение веры в их возможности вынуждают его вести себя дисциплинированно, проявлять уважение к медперсоналу. Это есть основа установления партнерских отношений между ними.

Одним из важных факторов, влияющих на поведение пациента, являются мотивации, которыми он руководствуется. Мотивации являются источником поступков пациента, направленности его мышления. Различные мотивации обуславливают поведение пациента и побуждают действовать определенным образом и в определенном направлении, но основным мотивом является стремление к полному выздоровлению. На его мотивации, на его эмоциональное состояние влияет противоречивое сочетание, используя термины З. Фрейда, «инстинкта жизни» и «инстинкта смерти». Пациент как бы отчуждает от себя свое здоровье, ощущая превосходство врача. И такая морально-нравственная ситуация трансформирует его этические ценности. Это проблема моральная и психологическая

для обеих сторон. «Эго» пациента не может смириться, что борьба «инстинкта жизни» и «инстинкта смерти» зависит не от него. И как только он преодолевает подобное отчуждение, он, реально оценив ситуацию, преодолевает свое «эго». И отношения «пациент – врач» нормализуются.

Фрейд, наблюдая за своими пациентами, говорил, что пациент может влюбиться во врача, или, наоборот, бояться, и даже ненавидеть его. Не впадая в такие эмоциональные крайности, отметим, что речь не идет о любви и прочих сентиментах в отношениях пациента к врачу. Врач может и не нравиться пациенту. Любить и ненавидеть тех, с кем вступаешь в отношения по поводу своего здоровья, вовсе не обязательно. А вот сотрудничество, уважение, терпимость, понимание особенностей характера врача необходимо. В равной степени это относится и к врачу.

Таким образом, субъективное нравственно-этическое поведение пациента определяется сложившимися объективными факторами, которые определяют его действия и поступки. Проблема в том, насколько рационально пациент может осмыслить и оценить свое положение и действовать рационально. Осознание объективной реальности и преодоление своего «эго» позволяет пациенту полноценно взаимодействовать с врачом, тем самым включиться в процесс лечения, стать его участником. Но, это не значит, что пациент уже не может объективно воспринимать врача и объективно оценивать его действия, воспринимать все, как есть. Диалектика объективного и субъективного состоит в том, что его объективность нарушается озабоченностью своим здоровьем, желанием видеть улучшение своего здоровья, исцеление.

Если применить Гиппократовский принцип «Не навреди», который относится к деятельности врача к пациенту, то можно считать главным принципом поведения больного – «Не навреди себе сам». С одной стороны, этот принцип объективный, так как больной в целом зависит от врача, с другой стороны, субъективный, так как зависимость пациента относительна, ибо в процессе лечения он предъявляет требования к медицинскому персоналу: требует внимания, вежливости, качественного лечения и т. п. При этом пациент часто проявляет недоверие к врачу, нетерпение, предъявляет необоснованные претензии лично врачу. Пациент забывает, что медицинский персонал – это люди, которым не чужды все человеческие эмоции, симпатии и антипатии.

Важных нравственно-этических качеств пациента, необходимых для гармонизации отношений с медперсоналом, значительно меньше, чем предъявляется врачу и медперсоналу. В общем контексте их следует рассматривать как понимание ответственности пациента перед собой и перед медицинским персоналом. Выделим наиболее существенные, на наш взгляд, нравственно-этические качества пациента, необходимые для гармонизации отношений «врач – пациент»:

- пациент должен управлять своими эмоциями, не вести себя конфликтно и уметь поддерживать хорошие отношения с медицинским персоналом;

- уважать личность врача и медработников, независимо от национальной и половой принадлежности, его религиозных, этнических чувств и т. п. Основной принцип этики – «уважение прав и достоинств человека» – может быть сформулирован в данном случае как уважение достоинства, личности врача;

- пациент должен доверять профессионализму врача, доверять медицинскому персоналу. Если пациент доверился врачу, следует доверять ему во всем. Только на этой основе может сформироваться готовность к сотрудничеству и взаимопониманию, стремление следовать предписаниям врача. Врачи и медперсонал очень болезненно переживают все проявления неуважения и недоверия к ним;

- на основе принципа «не навреди себе сам» весь процесс лечения со стороны пациента должен строиться на понимании, что действия врача направлены на его излечение.

Отметим, что пациент должен сознавать, что его жалобы, как ему кажется, на неудовлетворительные действия врача и медперсонала, особенно если они оскорбительны, вызовут соответствующую, естественно негативную, реакцию врача и всего медперсонала.

Конечно, при всей зависимости от врача, пациент относительно самостоятелен. Его свобода «заключается в том, что пациент должен дать согласие на лечение, причем оно должно быть информированным, то есть врач должен предложить больному все варианты помощи, которую он может оказать с обоснованием и прогнозом последствий. Само по себе это бывает проблематично, да и пациенты часто руководствуются соображениями немедицинского характера в выборе варианта лечения» [4], например, стоимостью лечения. Выбор всегда определяется возможностями и интересами пациента. Нередко пациенты не считают себя больными и поэтому к роли пациента адаптированы плохо. Их поведение создает лишние проблемы врачу. «Врач несет юридические и этические обязательства перед своим пациентом и должен оказать ему компетентную медицинскую помощь, основываясь на реальной необходимости для пациента, а не на том, что считает нужным кто-то еще» [5]. В то время как пациент такой ответственности, в общем-то, не несет, только в экстремальном случае.

Часто пациент не может оценить свое состояние, не проявляет готовность принять предлагаемый курс лечения, вплоть до отказа от медицинской помощи. Это обусловлено, как показали исследования, например, Табатадзе В.Г. [6], возрастом, социальным положением, уровнем культурного развития, местом проживания, типом высшей нервной деятельности, темпераментом, умственным развитием, положением в семье. Единственно, что может врач, в таких ситуациях, это попытаться, уважая личность пациента, убедить его в необходимости лечения, в принятии оптимальной стратегии лечения. Нормальной, в этом смысле, в ходе медицинского лечения следует считать ситуацию, когда пациенты вовлечены и активно участвуют в процессе принятия решения. Однако, на наш взгляд, активность пациента в принятии решения

о курсе лечения проявляется как право «совещательного голоса», так как последнее слова все равно за врачом.

3. Фрейд выделял четыре психологических механизма поведения человека (имитации, идентификации, чувства стыда и вины) [7]. Рассмотрим их применительно к поведению пациента.

Имитация и идентификация – механизмы, которые определяют конкретное поведение пациента. Например, нередко пациент попадает под влияние поведения других больных и имитирует их поведение, как негативное, так и позитивное, особенно в том случае, когда диагнозы совпадают. Пациент может задаться вопросом – почему диагнозы совпадают, а курс лечения отличается, тем самым у него возникают «лишние» вопросы к врачу, что, конечно, не способствует нормализации отношений с врачом.

Стыд и вина, с одной стороны, представляют собой негативные качества, так как сковывают действия пациента, принятие им решения, изменяют его рациональное отношение к реальности. С другой стороны, позитивные механизмы, поскольку они ограничивают определенное поведение или подавляют его, способствуют эмоциональному перестроению, рациональному восприятию ситуации, отходят на задний план неприятные ожидания, чувство угрозы его здоровью со стороны медицинских работников, что, в итоге, способствуют позитивному взаимодействию пациента с врачом.

Любые действия пациента по отношению к медперсоналу – это отношения, связанные с его нравственно-этическими принципами, он либо соблюдает их, либо нарушает их. Это основа поведения пациента, его ответственности перед собой и медперсоналом. Соответственно не только статус больного, но и его нравственно-этические качества определяют отношение к нему всего медперсонала.

Поведение пациента основано на моральных идеалах соответствующего общества. В общесоциальном плане становление этики пациента следует рассматривать как процесс его социализации, то есть как определенный процесс освоения им этических норм, принятых в данном обществе. Это происходит в результате его субъективного восприятия этих норм, влияния семейных традиций, религиозных предписаний, норм, возникающих в общении с другими людьми и т. п. Пациент оценивает и приобретает общепринятые качества, ценности, убеждения, формы поведения, то есть социализируется осознанно. Попадая в новое для себя положение, пациент, осознавая его, социализируется как бы заново.

Нравственно-этическое поведение пациента охватывает различные противоречивые нормы и ценности, которые регулируют его образ действий по отношению к медработникам. В сложившейся устойчивой социальной системе протекание таких событий обычно строится в соответствии с определенными нормами, за выполнением которых никто специально не следит, но которым люди, тем не менее, следуют достаточно строго. В своей

совокупности эти нормы, которых придерживается каждая из сторон в ходе регулярных взаимодействий, очерчивают то, что принято называть социальной ролью.

Поэтому можно говорить о социальной роли врача и социальной роли пациента. Наличие этих ролей и норм организует действия сторон: каждая из них, вступая в контакт, более или менее отчетливо представляет себе, чего следует ожидать от другой стороны и чего ожидает от нее другая сторона. Такая определенность взаимных ожиданий может не только упорядочивать отношения «врач – пациент» и облегчить взаимодействие, но и осложнить отношения, если эти ожидания не оправдываются. Тогда, «как правило, обе стороны, чаще всего даже не осознавая этого, ведут себя в ходе взаимодействия так, «как положено», «как принято» [8]. На наш взгляд, это наихудший вариант взаимоотношений между врачом и пациентом, ибо строится на общепринятом и содержит в себе безразличие врача к пациенту и пациента к врачу. Для каждого из них существует, так сказать, «врач вообще» и «пациент вообще». Такое взаимодействие можно назвать безличностным, или деперсонализированным. Также обезличенными являются отношения врача и пациента, когда врач, как специалист, не признает мнения пациента и доминирует в ходе всего лечения.

Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает самым решительным образом не допускать деперсонализации отношения врача к пациенту, требует уважения его как личности. Но этот стандарт должен быть дополнен и обязательным уважительным отношением пациента к врачу как личности.

Другой вариант построения отношения «пациент – врач» основывается на их отношениях как личностей, в нравственно-этическом смысле, признающих и уважающих друг друга. Конечно, эти личности находятся при этом в неравном положении. Врач обладает определенными научными знаниями, опытом и умеет их применить. Пациент при этом ведет себя дисциплинированно, выполняя все предписания врача. Наибольшей свободой действий, свободой принимать решения обладает врач, а чтобы его уважали и доверяли, врач не должен злоупотреблять этой свободой. Наоборот, его свобода действий должна способствовать установлению взаимопонимания между ним и пациентом.

Считается, что наиболее оптимальные нравственно-этические отношения «пациент – врач» возникают тогда, когда пациент равноправен в своем взаимодействии с врачом, когда пациент информирован настолько, что может обсуждать с врачом и спорные вопросы. «Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы... Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает

равенство достоинства и уважения, ... общность ценностей, которым каждая из сторон привержена» [9]. С этим мнением можно согласиться только в общесоциологическом плане, но не в нашем случае. Уже изначально пациент не равноправен с врачом, как в юридическом, так и в этическом плане. Не может быть равноправия в вопросах, которые относятся к компетенции врача. Более того, врач и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентаций, они могут относиться к различным социальным классам и этническим группам. Единственной основой их гармоничных отношений может стать совпадение интересов: один стремится вылечить, другой – вылечиться. Наиболее полное совпадение интересов характерно для ряда болезней, которые принято называть хроническими. В этом случае чаще всего достигается взаимопонимание, и внимание к мнению друг друга позволяет выработать решение о том или ином медицинском назначении совместно.

Несколько отличаются спецификой взаимоотношения пациента и врача при контрактных отношениях. Здесь на первый план выступают материальные возможности пациента, в соответствии с которыми врач предлагает варианты лечения и объясняет возможные последствия. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. Но, в конечном счете, пациент все равно оказывается зависимым от врача. Однако данная зависимость регулируется условиями контракта, и если они не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным и обратиться к другим специалистам.

Во взаимоотношениях между пациентом и врачом существуют ситуации, при которых отношения не могут быть нормальными:

- когда психологические, эргономические, профессиональные условия в клинике не «работают» на нравственную составляющую лечения. «Если же какой-то из этих компонентов нарушен, хотя бы он и не представал перед нами в виде морального агента лечения, негативное отношение пациента сразу примет форму отрицательной нравственной оценки деятельности врача и всего медицинского персонала клиники» [10];

- когда врач самостоятельно принимает решение;
- пациент выдвигает свое понимание причин и методов лечения, решение врач принимает под влиянием мнения пациента;

- пациент предъявляет большое количество жалоб на врача. Он убежден, что его «неправильно лечат».

Но даже в этих случаях «долг врача перед пациентом – приложить все свое умение для достижения запланированного результата, однако он не может полностью отвечать за пациента», а потому «пациент должен осознавать, что во многом успех лечения зависит от него самого» [11].

Одно из наиболее серьезных препятствий в установлении гармоничных индивидуальных отношений

«пациент – врач» – это следование обеих сторон сложившихся стереотипов. Например, «врач должен», «врач обязан», «пациент должен», «пациент обязан». Если обе стороны не могут освободиться от стереотипов, то существующая реальность искажается. Стереотипы мышления не дают возможности рационально мыслить и воспринимать ситуацию. Не менее серьезным препятствием являются иллюзии пациента. Они так же, как и стереотипы, искажают восприятие действительности, мешают рационально оценить свое положение, поскольку в мышлении преобладают не реализуемые надежды, мечты – «бог поможет!», «со мной этого не может произойти» и т.п. Пациент должен избавиться от поработающих его мышление стереотипов и иллюзий и, осознав действительность, вести себя сообразно с ней.

Как видно из вышесказанного, все сводится к мышлению пациента и его нравственно-этическим понятиям и ценностям, которыми он руководствуется. Мышление пациента, как и любого человека «... представляет собой сложную, иерархически упорядоченную систему неявных доминант, образцов, принципов, форм и категорий теоретического освоения мира» [12]. Положение больного провоцирует определенную корректировку ценностей и доминант, тем самым преобразует мышление пациента. Его мышление направлено на условия, в которых пациент оказывается и которые готовят изменения его нравственно-этических установок. Его мышление становится относительно самостоятельным, ибо выходит за рамки общепринятых правил, норм и традиций. Результатом его рациональной оценки ситуации являются конкретные действия, выбор поведения для достижения своей цели. Он может рационально оценить ситуацию как угрожающую ему, его индивидуальности, и тогда его поведение препятствует установлению контактов с врачом, изменению своего поведения в соответствии со сложившимися условиями. Чем выше уровень развития мышления пациента, тем больше возможностей установления нормальных этических отношений с врачом. На врача в такой ситуации ложится дополнительная морально-нравственная нагрузка, ибо он должен обладать определенными знаниями и навыками, чтобы научить пациента сотрудничать и взаимодействовать в процессе лечения. Он должен правдиво, уважая личность пациента, без иллюзий, показать пациенту истинное положение вещей. В этом плане взаимоотношения врача и пациента есть социальное взаимодействие в конкретной сфере, которое выражает характер связей между ними, связей, опосредуемых целями, которые каждая из взаимодействующих сторон преследует.

Разумное, рассудительное отношение пациента к своему положению позволяет ему объективно осмыслить необходимость единства его и медперсонала. Мысль о выздоровлении начинает преобладать в мышлении и определять целесообразные действия пациента. Теперь он осознает границы, что этически

допустимо и что этически недопустимо в его поведении, что поощряется, а что считается неприемлемым и неприемлемым для него в данных условиях. Это один из возможных вариантов поведения пациента.

Другой вариант эгоцентристский, он связан с субъективистским складом мышления пациента, для которого главное – он и его болезнь. Он и болезнь не разделимы. Пациент абсолютизирует себя как личность и начинает вести себя так, что отталкивает медперсонал. Он воспринимает врача и медперсонал как противоположные ему субъекты, а не как личности, интересуется только собой, своим состоянием, считает, что он должен быть главным объектом внимания врача и медперсонала, при этом не проявляет к ним должного уважения, не осознает своей личной моральной (нередко и юридической) ответственности за неблагоприятные последствия своих действий.

Третий вариант – личностно-психологической тип мышления пациента, он связан с готовностью и его возможностями целенаправленного восприятия и соответствующим пониманием того, что с ним происходит. Он стремится не разочаровать медперсонал своим поведением.

Но мышление пациента отягощено чертами его характера, который специфически противоречиво проявляется в данном случае. Как пациент ведет себя, как действует, как чувствует и воспринимает ситуацию, как мыслит, в значительной мере, определяется его характером. В его характере, как и любого человека, могут сочетаться противоположные качества, которые либо препятствуют установлению нормальных отношений с медперсоналом, либо способствуют. Способствуют такие черты характера, как уравновешенность, уступчивость, несамостоятельность, нерешительность, безразличность и способность приспосабливаться, слабая воля, зависимость от других людей и подверженность влиянию «авторитета» и т. п. Препятствия возникают тогда, когда пациент честолюбив, самостоятелен, а нередко властолюбив, вспыльчив, упрям, враждебен или критически настроен по отношению к врачу и медперсоналу, безответственен, то есть обладает качествами, которые делают его, как говорят врачи, «проблемным пациентом». Особенности характера пациента, в значительной мере, определяют нравственно-этическое поведение пациента.

Важным в отношениях пациента к врачу, с психологической точки зрения, может быть внешний вид врача, его манеры, жесты, мимика, манера общения. Справедливости ради отметим, что перечисленные факторы не менее важны и для врача в его восприятии пациента.

Таким образом, единственно главной нравственно-этической задачей пациента является установление гармоничных отношений с врачом и медперсоналом. Упрямство пациента, эгоизм, нежелание осознать реальное положение вещей, уважать медработников мешает увидеть действительность, в которой он существует. Осознать реальность, воспринять ее

такой, какой она является, есть единственная возможность, единственное моральное и интеллектуальное требование, которое должен осуществить пациент. Вместо того, чтобы быть наблюдателем, пациент должен стать участником лечебного процесса. Он должен не просто реагировать на слова врача и интерпретировать их по-своему, а понимать его. Но даже будучи вовлеченным, пациент должен оставаться объективным, то есть видеть врача, таким, как он есть, а не таким, каким он хочет его видеть. Как говорил древнеримский мыслитель Плавт Тит Макций: «Кто желает съест орех, должен разбить скорлупу» [13]. Пациент должен изменить себя психологически, не выискивать недостатки у врача и медперсонала, не судить о них по своим меркам, не требовать для себя чего-то особенного, не предъявлять невыполнимые требования, а действительно понимать, что выход в сложившейся ситуации может быть найден только благодаря совместным усилиям.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. В 30 т. Т. 3. М., 1955. 630 с.
2. Гордеева М. Сандро Боттичелли. М.: ООО Издательский дом «Комсомольская правда», 2010. 48 с.
3. Шамшури В.И. Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // Здравоохранение. 1998. № 6. С. 7–14.
4. Седова Н.Н. Мысли о биоэтике. Избранные статьи и фрагменты. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. 188 с.
5. Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: этическое и правовое регулирование отношений «врач – пациент» // Медицинское право. 2005. № 2. С. 14–19.

6. Табатадзе В. Г. Взаимоотношения врача-ортодонта и ребенка-пациента в стоматологической практике: дис. ... кандидата медицинских наук. Волгоград, 2007.
7. Фрейд З. Социология. Основы общей теории. М.: Норма, 2003. 912 с.
8. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник. М.: Кнорус, 2016. 216 с.
9. Кон И.С. Социологическая психология. М., 1999. 560 с.
10. Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность. М.: Мед. книга, 2004. 96 с.
11. Красильникова И.П. Долг и ответственность врача // Сибирский медицинский журнал. 2000. № 4. С. 105–107.
12. Ивин А.А. Теория аргументации: учебное пособие. М.: Гардарики, 2000.
13. Андриевская К., Агеев М. Энциклопедия мудрости. М.: Изд-во «Росса», 2007. 814 с.

REFERENCES

1. Marx K., Engels F. Works. In 30 vol. Vol. 3. Moscow, 1955. 630 p. (in Rus.).
2. Gordeeva M. Sandro Botticelli. Moscow: LLC Publishing House "Komsomolskaya Pravda", 2010. 48 p. (in Rus.).
3. Shamshurin V.I. Legal relationship between a doctor and a patient. *Zdravookhraneniye = Healthcare*. 1998;6:7–14. (in Rus.).

4. Sedova N.N. Thoughts on bioethics. Selected articles and fragments. Volgograd: Publishing House of VolgGMU, 2018. 188 p. (in Rus.).
5. Siluyanova I.V. Paternalism and Informed Consent: Ethical and Legal Regulation of Doctor-Patient Relations. *Meditinskoye pravo = Medical Law*. 2005;2:14–19. (in Rus.).
6. Tabatadze V. G. The relationship of an orthodontist and a child patient in dental practice: dissertation of a candidate of medical sciences. Volgograd, 2007. (in Rus.).
7. Freud Z. Sociology. Fundamentals of the general theory. Moscow: Norma Publ., 2003. 912 p. (in Rus.).
8. Sedova N.N. Bioethics: textbook. Moscow: Knoruz Publ., 2016. 216 p. (in Rus.).
9. Kon I.S. Sociological psychology. Moscow, 1999. 560 p. (in Rus.).
10. Bondarenko N.N. Dentist and patient: rights, obligations, responsibility. Moscow: Med. book Publ., 2004. 96 p. (in Rus.).
11. Krasilnikova I.P. Doctor's duty and responsibility. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal = Siberian Medical Journal*. 2000;4:105–107. (in Rus.).
12. Ivin A.A. Argumentation Theory: A Study Guide. Moscow: Gardariki Publ., 2000. (in Rus.).
13. Andrievskaya K., Ageev M. Encyclopedia of Wisdom. Moscow: Rossa Publishing House, 2007. 814 p. (in Rus.).

Информация об авторах

Г.С. Табатадзе – доктор философских наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7254-2499>, E-mail: tabatadze.48@mail.ru

О.В. Костенко – кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4078-487X>, E-mail: olyakostenko@mail.ru

В.Г. Табатадзе – кандидат медицинских наук, заведующая ортодонтическим отделением Волгоградского государственного автономного учреждения здравоохранения «Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2», Волгоград, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9663-0298>, E-mail: violetta.tabatadze@mail.ru

Information about the authors

G.S. Tabatadze – Doctor of Philosophy, Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course in Sociology of Medicine of Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7254-2499>, E-mail: tabatadze.48@mail.ru

O.V. Kostenko – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with the course of Sociology of Medicine of Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4078-487X>, E-mail: olyakostenko@mail.ru

V.G. Tabatadze – Candidate of Medical Sciences, Head of Orthodontic department of the Volgograd State Autonomous Healthcare Institution "Children's Clinical Dental Polyclinic No. 2", Volgograd, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9663-0298>, E-mail: violetta.tabatadze@mail.ru

Вопросы эвтаназии и паллиативная помощь в пульмонологии

Елена Вадимовна Яковлева[✉], Елена Александровна Бородулина

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Аннотация. Актуальность. В настоящее время эвтаназия официально разрешена только в ряде стран, а в большинстве государств, как и в Российской Федерации, запрещена законом. Однако в клинической практике существует большое количество неизлечимых пациентов, испытывающих некупируемую боль, поэтому проблема эвтаназии является актуальной.

Цель работы – проанализировать современное состояние проблемы эвтаназии и паллиативной помощи в пульмонологии с медицинской и философской точек зрения.

Материал и методы. Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме эвтаназии за последние 10 лет. Поиск литературы осуществлен по базам данных Elibrary и PubMed.

Результаты. В настоящее время эвтаназия (греч. *eu* – «добро» и *thanatos* – «смерть») понимается как сознательный акт, относительно быстро и безболезненно ведущий к смерти неизлечимого и испытывающего страдания человека. Лучшей и, возможно, единственной альтернативой эвтаназии является паллиативная помощь. В пульмонологии основное внимание паллиативной помощи уделяется раннему выявлению дыхательной недостаточности, купированию одышки, страха и боли. Эффективное осуществление паллиативной помощи в респираторной медицине должно опираться на многопрофильную команду врачей-пульмонологов, физиотерапевтов, медсестер, психологов.

Заключение. Проблема эвтаназии к настоящему времени все так же остается спорной как с медицинской, так и с этической точек зрения. Принятие эвтаназии законом может стать фактором, удерживающим органы власти от финансирования разработок по поиску новых методов лечения. Не исключен риск злоупотребления эвтаназией с целью получения органов для трансплантации или для избавления от тяжелобольных, обременяющих родственников. Следует рассмотреть вопрос о введении дополнительных образовательных циклов по вопросам современных возможностей паллиативной медицинской помощи, техническим средствам реабилитации и особенностям их применения у пациентов с различными нозологиями в терминальной стадии при подготовке врачей и медицинских сестер.

Ключевые слова: эвтаназия, паллиативная помощь, пульмонология, философия

Статья поступила 16.11.2021; принята к публикации 18.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-58-62>

Euthanasia and palliative care in pulmonology

Elena V. Yakovleva[✉], Elena A. Borodulina

Samara State Medical University, Samara, Russia

Abstract. Background: Currently, euthanasia is officially allowed only in a number of countries, in most countries, as well as in the Russian Federation, it is prohibited by law. However, in clinical practice, there are a large number of incurable patients who experience intractable pain, so the problem of euthanasia is relevant.

Aim: to analyze the current state of the problem of euthanasia and palliative care in pulmonology.

Material and methods: review of domestic and foreign literature on the problem of euthanasia over the past 10 years has been carried out. Literature search was carried out using the e-library and PubMed databases.

Results: We present a medical and philosophical perspective. Currently, euthanasia (Greek "good death") is a way to quickly and painlessly die if there is a serious illness that is incurable, suffering and pain. The best and perhaps the only alternative to euthanasia is palliative care. In pulmonology, palliative care focuses on early detection of respiratory failure, dyspnea, fear and pain relief. The effective organization of palliative care in respiratory medicine depends on the well-coordinated work of pulmonologists, physiotherapists, nurses, and psychologists.

Conclusion: The problem of euthanasia to date still remains controversial from both medical and ethical points of view. The adoption of euthanasia by law may be a deterrent to governments from funding research into new treatments. The risk of abuse of euthanasia in order to obtain organs for transplantation or to get rid of seriously ill burdensome relatives cannot be ruled out. It is necessary to consider the issue of introducing additional educational cycles on the issues of modern achievements in palliative medicine, technical means of rehabilitation and the peculiarities of their use in patients with various diseases in the terminal stage in the training of doctors and nurses.

Keywords: euthanasia, palliative care, pulmonology, philosophy

Submitted 16.11.2021; accepted 18.02.2022; published 15.05.2022.

Введение. Проблема жизни и смерти всегда была предметом философского, медицинского и юридического осмысления. Отношение к преднамеренному

ускорению смерти неизлечимо больного пациента, даже с целью закончить его страдания, всегда было спорным.

В настоящее время эвтаназия (греч. *eu* – «добро» и *thanatos* – «смерть») понимается как сознательный акт, относительно быстро и безболезненно ведущий к смерти неизлечимо больного и страдающего человека, чтобы прекратить нетерпимую боль и страдания [1, 2]. В ряде стран (таких меньшинство) эвтаназия официально разрешена, в Российской Федерации запрещена законом [3]. Однако в клинической практике существует большое количество неизлечимых пациентов, испытывающих не купируемую боль, поэтому проблема эвтаназии является актуальной [1, 2, 4]. Респираторная медицина не является исключением, в пульмонологической практике немало количество неизлечимых заболеваний в терминальной фазе требует адекватного обезболивания, купирования одышки, кашля, респираторной поддержки – ХОБЛ, муковисцидоз, рак легкого, оппортунистические инфекции при ВИЧ/СПИД.

Цель работы

Проанализировать современное состояние проблемы эвтаназии и паллиативной помощи в пульмонологии с медицинской и философской точек зрения.

Материал и методы

Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме эвтаназии за последние 10 лет. Поиск литературы осуществлен по базам данных Elibrary и PubMed.

Результаты и обсуждение

Эвтаназия как способ решения проблемы жизни и смерти безнадежного больного входит в практику современной медицины под влиянием следующих факторов: с одной стороны, активное развитие реаниматологии, что позволяет поддерживать жизнь даже при смерти мозга, с другой стороны, общественные ценности и нравственные приоритеты. Эвтаназия является умышленным действием или бездействием медицинского работника, приводящим к смерти пациента, совершаемым по однозначно сформулированному запросу информированного пациента (или его законного представителя) для купирования его физических и/или психических страданий [1, 4].

Феномен эвтаназии включает в себя несколько взаимосвязанных аспектов, а именно биомедицинские, этические, юридические и религиозные.

Биомедицинский аспект связан с определением групп пациентов, в отношении которых может подниматься вопрос необходимости эвтаназии. Наибольшая группа – это инкурабельные пациенты в тяжелом состоянии, испытывающие сильную боль и иные страдания, не поддающиеся коррекции. Те случаи, когда тяжелое состояние и физические страдания носят временный и обратимый характер, вопрос эвтаназии рассматриваться не должен. Еще одна группа пациентов – пациенты в стабильном вегетативном состоянии. В данном случае биомедицинский аспект

проблемы связан с четким определением степени тяжести заболевания и необратимости вегетативного состояния [1].

Юридический аспект проблемы эвтаназии связан с необходимостью разработки правовых основ законодательства об эвтаназии [3].

Религиозный аспект связан с необходимостью принятия единого для всех конфессий решения, потому что жизнь дается человеку свыше, а забирает ее в случае эвтаназии не создатель, а закон [2].

В Конституции РФ (часть 1, статья 20) указано: «Каждый имеет право на жизнь» [3]. На первый взгляд, кажется, что все прозрачно и понятно: у каждого человека есть право на жизнь, он может пользоваться этим правом или нет по собственному усмотрению. Получается, что Конституция, гарантируя право на жизнь, также предполагает право на смерть как отказ от пользования правом на жизнь. Действительно, если право на жизнь не включало бы права на смерть, то оно выступало бы в роли не права, а обязанности. Тогда человек, не соблюдающий это обязательство, должен был бы привлекаться к ответственности. При этом согласно Федеральному закону № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» «гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, когда гражданин страдает заболеванием, которое несет опасность для окружающих или представляет собой серьезное психическое расстройство, а также при лечении лиц, совершивших общественно опасные действия» [3]. Получается, что юридических оснований принуждать человека с тяжелым неизлечимым заболеванием к лечению в законе нет. В данном случае право человека на отказ от лечения выступает в роли подтверждения его законного «права на смерть».

В законодательстве некоторых стран наблюдается противоречивая оценка феномена эвтаназии, что связано с отсутствием единого взгляда как с медицинской, так и с этической точек зрения. Широко обсуждаться проблема эвтаназии начала только с середины XX века после огласки деятельности американского врача-патологоанатома Джека Кеворкяна. В 1958 г. Кеворкяном была опубликована серия статей о способе безболезненного убийства страдающих неизлечимых пациентов. Свои эксперименты Кеворкян проводил над приговоренными к смертной казни, и его статьи вызвали общественный резонанс [5].

В 1977 г. в Калифорнии (США) на референдуме был впервые принят закон о «праве на смерть», согласно которому пациенты с неизлечимыми заболеваниями, приносящими боль и страдания, могут подписать документ об отказе от реанимационных мероприятий [5, 6]. В Швеции и Финляндии разрешена пассивная эвтаназия путем прекращения жизнеобеспечения. Законы Швейцарии разрешают специализированным и сертифицированным клиникам проводить процедуру «ассистированного самоубийства» при отсутствии корыстных мотивов. Пациент, решившийся на эвтаназию,

если есть желание и возможность, может даже посетить достопримечательности в городе назначения, после чего осматривается консилиумом врачей и представляет свои документы юристам больницы. Далее следует подписание договора и прием летальной дозы препарата из группы барбитуратов. При этом в законодательстве Швейцарии нет ограничений на выполнение процедуры, как для граждан, так и для иностранцев [5, 6]. В странах Европы в связи с этим можно услышать фразу «поехать в Швейцарию», которая является синонимом эвтаназии. «Суицидальный туризм» в Швейцарию с каждым годом становится все более популярным. Статистика показывает, что количество добровольно умирающих пациентов в местных клиниках ежегодно увеличивается на 5–10 % по сравнению с предыдущим годом [6].

Законодательство Российской Федерации об эвтаназии неоднозначно. В этическом кодексе российского врача статья 14 «Врач и право пациента на достойную смерть» гласит: «Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких недопустима, в том числе и в форме пассивной эвтаназии. Под пассивной эвтаназией понимается прекращение лечебных действий у постели умирающего больного» [3]. Рассмотрим ситуацию, когда в больницу поступает инкурабельный пациент в тяжелом состоянии и письменно отказывается от реанимационных мероприятий. Врачи, обязанные соблюдать его интересы, в случае клинической смерти такого пациента дадут ему спокойно уйти. Такая ситуация не должна вызывать вопросов у противников эвтаназии, так как эвтаназия нигде не упоминалась. Но и сторонники эвтаназии могут быть довольны, поскольку фактически это и была эвтаназия. Крайними в этой ситуации остаются врачи, которые вынуждены разрываться между долгом спасать и необходимостью соблюдать закон и права пациента, и сам пациент, который оказывается незащищенным от потенциальных злоупотреблений в этой непростой системе взаимоотношений врача, закона и пациента.

Возможной альтернативой эвтаназии является паллиативная помощь, цель которой не в том, чтобы вылечить пациента (поскольку пациент неизлечим), а в облегчении страданий, обеспечении адекватной анестезии и оказании психологической поддержки. Слово «паллиативный» происходит от латинского *palliativus* – покрытый плащом, защищенный [7]. Следовательно, паллиативная помощь означает «защиту от страданий», облегчение состояния человека на любой стадии его болезни.

Первоначально паллиативная помощь была разработана для пациентов с запущенным раком, в настоящее время она охватывает любые хронические заболевания и состояния, при которых человек в ней нуждается [8, 9]. Необходимо опровергнуть тезис о том, что паллиативную помощь следует применять только тогда, когда лечебное воздействие невозможно. Паллиативный и лечебный подходы должны дополнять друг друга на протяжении всего заболевания:

на ранних стадиях следует отдавать приоритет лечебному воздействию, а по мере того, как болезнь прогрессирует и состояние пациента ухудшается, контроль над симптомами, то есть паллиативная помощь становится основным направлением [9].

В пульмонологии основное внимание паллиативной помощи уделяется раннему выявлению дыхательной недостаточности, купированию одышки, страха и боли. Эффективное осуществление паллиативной помощи в респираторной медицине в идеале должно опираться на многопрофильную команду врачей-пульмонологов, физиотерапевтов, медсестер, психологов [8, 10, 11].

Спектр заболеваний, в терминальной стадии которых пульмонологическому пациенту может потребоваться паллиативная помощь, достаточно широк. Например, есть исследования, в которых показано, что распространенность симптомов (одышка, астения, беспокойство, страх смерти), которые требуют проведения паллиативной помощи, выше у пациентов с ХОБЛ, чем у пациентов с раком или сердечной недостаточностью [12, 13].

На поздних клинических стадиях ВИЧ-инфекции достаточно часто развиваются тяжелые оппортунистические инфекции, поражающие, в первую очередь, легочную ткань: пневмоцистная пневмония, цитомегаловирусная пневмония, туберкулез, легочные микозы и др. Пациенты с ВИЧ/СПИД и поражением легких также нуждаются в проведении паллиативной помощи: должном уходе, респираторной и нутритивной поддержке, психологической помощи [14, 15].

Генетически обусловленным заболеванием, современное лечение которого представлено в настоящее время в виде симптоматической терапии, является муковисцидоз. Заболевание неизлечимо и значительно нарушает качество жизни пациента, что заведомо предполагает раннее начало паллиативной помощи: поддержка техническими средствами (небулайзеры, кислородные концентраторы, откашливатели и др.) и обучение проведению кислородотерапии на дому, купирование одышки, психологическая поддержка [16, 17, 18].

Заключение

Проблема эвтаназии к настоящему времени все так же остается спорной как с медицинской, так и с этической точек зрения. Принятие эвтаназии законом может стать фактором, удерживающим органы власти от финансирования разработок по поиску новых методов лечения. Не исключен риск злоупотребления эвтаназией с целью получения органов для трансплантации или для избавления от тяжело больных, обременяющих родственников. При этом можно утверждать, что пассивная эвтаназия уже негласно вошла в практику здравоохранения: при письменном отказе пациента от лечения или от реанимационных мероприятий врач не может проводить лечение насильно и отпускает пациента.

Лучшей и, возможно, единственной альтернативой эвтаназии является паллиативная помощь. На наш взгляд, следует рассмотреть вопрос о введении дополнительных образовательных циклов по вопросам современных возможностей паллиативной медицинской помощи, техническим средствам реабилитации и особенностям их применения у пациентов с различными нозологиями в терминальной стадии при подготовке врачей и медицинских сестер.

Важным аспектом осуществления паллиативной медицинской помощи пульмонологическим пациентам является возможность ее проведения не только в специализированных медицинских отделениях и организациях, но и на дому при наличии технических средств поддержки – кислородных концентраторов, небулайзеров, откашливателей и др. При проведении паллиативной помощи на дому необходима слаженная работа и преемственность врачей, медицинских сестер, социальных работников, психологов, а также родственников самого пациента.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Смирнова Ю.Д. Философское осмысление вопроса эвтаназии // Толерантность – «оливковая ветвь» человечества на этапе исторического разлома: материалы Международного гуманитарного форума, посвященного 70-летию ООН и ЮНЕСКО. 2016. С. 45–47.
2. Бовыкина М.М., Свирина П.С. Этические проблемы эвтаназии // Система ценностей современного общества. 2016. № 48. С. 38–42.

3. Симонян Р.З. Правовые нормы об эвтаназии в российском законодательстве: уголовно-правовая характеристика эвтаназии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 6 (5). С. 971–975.

4. Беликова К.М. Ответственность ученых за разработку, развитие и применение технологий для эвтаназии: некоторые аспекты // Юридические исследования. 2020. № 5. С. 12–24.

5. Тюрин М.И., Литвяк Л.Г. Эвтаназия в мире и в России // Евразийский союз ученых. 2014. № 8 (10). С. 54–56.

6. Магомедов С.С. Несколько фактов об эвтаназии и самоубийстве. Туризм в Швейцарии // Страны. Языки. Культура: сборник материалов XI международной научно-практической конференции / под ред. Н.Н. Абуевой. 2020. С. 193–194.

7. Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б. Доступность паллиативной медицинской помощи для населения // Правовые вопросы в здравоохранении. 2016. № 1. С. 54–61.

8. Паллиативная медицинская помощь при центральном раке легких / А.А. Русанов, А.Л. Акопов, О.Р. Мельников [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. 2014. № 3. С. 16–17.

9. Эртель Л.А. Оптимизация качества жизни пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи // Социология медицины. 2020. Т. 19 (1). С. 43–52.

10. Паллиативная помощь пульмонологическим больным / А.В. Медведев, А.Ф. Абукиров, Е.И. Шмелёв [и др.] // Актуальные вопросы современной медицины: сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции. 2016. С. 99–104.

11. Maddocks M., Lovell N., Booth S., Man W.D. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease // Lancet. 2017. Vol. 390 (10098). P. 988–1002. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32127-X.

12. Kelley A.S., Morrison R.S. Palliative Care for the Seriously Ill // N Engl J Med. 2015. Vol. 373(8). P. 747–755. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1404684>.

13. Vermylen J.H., Szmulowicz E., Kalhan R. Palliative care in COPD: an unmet area for quality improvement // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015. Vol. 10. P. 1543–1551. doi: 10.2147/COPD.S74641.

14. Келли М., Миллер С., Соловьева С.А. Этика паллиативной помощи и ВИЧ/ТБ: опыт, полученный в Томске // Бюллетень сибирской медицины. 2006. Т. 5 (5). С. 151–157.

15. Шагоян Ж.К., Куташов В.А., Шульга А.С. Паллиативная помощь и ВИЧ/СПИД // Центральный научный вестник. 2016. Т. 1 (13). С. 56–58.

16. Симонова О.И., Черневич В.П., Горинова Ю.В. Муковисцидоз: болезнь души и тела // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. 2020. Т. 3 (8). С. 34–40.

17. Palliative care in cystic fibrosis / T. Blin, T. Flament, J. Mankikian [et al.] // BMJ Supportive & Palliative Care. 2020. Vol. 10 (3). P. 341–342.

18. Defining palliative care in cystic fibrosis: a delphi study / E.P. Dellon, J. Goggin, E. Chen [et al.] // J Cyst Fibros. 2018. Vol. 17 (3). P. 416–421. doi: 10.1016/j.jcf.2017.10.011.

REFERENCES

1. Smirnova Yu.D. Philosophical understanding of the issue of euthanasia. *Tolerantnost' – «olivkovaya vev'» chelovechestva na etape istoricheskogo razloma: materialy Mezhdunarodnogo humanitarnogo foruma, posvyashchennogo 70-letiyu OON i YUNESKO = Tolerance – the "olive branch" of humanity at the stage of historical break. Materials of the International Humanitarian Forum dedicated to the 70th anniversary of the UN and UNESCO.* 2016:45–47. (in Rus.).

2. Bovykina M.M., Svinina P.S. Ethical issues of euthanasia. *Sistema tsennostey sovremennogo obshchestva = The value system of modern society*, 2016;48:38–42. (in Rus.).
3. Simonyan R.Z. Legal norms on euthanasia in Russian legislation: criminal law characteristics of euthanasia. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy = International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;6(5):971–975. (in Rus.).
4. Belikova K.M. Responsibility of scientists for the development, development and application of technologies for euthanasia: some aspects. *Yuridicheskiye issledovaniya = Legal research*. 2020;5:12–24. (in Rus.).
5. Tyurin M.I., Litvyak L.G. Euthanasia in the world and in Russia. *Yevraziyskiy soyuz uchenykh = Eurasian Union of Scientists*. 2014;8(10):54–56. (in Rus.).
6. Magomedov S.S. Some facts about euthanasia and suicide. Tourism in Switzerland. *Strany. Yazyki. Kul'tura: sbornik materialov KHI mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii / pod red. N.N. Abuyevoy = Countries. Languages. Culture. Collection of materials of the XI international scientific-practical conference*. Ed. by N.N. Abueva. 2020: 193–194. (in Rus.).
7. Erugina M.V., Krom I.L., Shmerkevich A.B. Availability of palliative care for the population. *Pravovyye voprosy v zdravookhraneni = Legal issues in healthcare*. 2016;1: 54–61. (in Rus.).
8. Rusanov A.A., Akopov A.L., Melnikov O.R. et al. Palliative care for central lung cancer. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya = Palliative medicine and rehabilitation*. 2014;3:16–17. (in Rus.).
9. Ertel L.A. Optimization of the quality of life of patients in need of palliative care. *Sotsiologiya meditsiny = Sociology of medicine*. 2020;19(1):43–52. (in Rus.).
10. Medvedev A.V., Abubikirov A.F., Shmelev E.I. et al. Palliative care for pulmonological patients. *Aktual'nyye voprosy sovremennoy meditsiny: sbornik nauchnykh trudov po itogam III mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii = Topical issues of modern medicine. Collection of scientific papers based on the results of the III international scientific and practical conference*. 2016:99–104. (in Rus.).
11. Maddocks M., Lovell N., Booth S., Man W.D. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2017; 390(10098): 988–1002. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32127-X.
12. Kelley A.S., Morrison R.S. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*. 2015. 373(8):747–755. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1404684>.
13. Vermeylen J.H., Szmuiłowicz E., Kalhan R. Palliative care in COPD: an unmet area for quality improvement. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1543–1551. doi: 10.2147/COPD.S74641.
14. Kelly M., Miller S., Solovieva S.A. Ethics of palliative care and HIV/TB: experience gained in Tomsk. *Byulleten' sibirskoy meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2006;5(5): 151–157. (in Rus.).
15. Shagoyan Zh.K., Kutashov V.A., Shulga A.S. Palliative Care and HIV/AIDS. *Tsentrallyy nauchnyy vestnik = Central Scientific Bulletin*. 2016;1(13):56–58. (in Rus.).
16. Simonova O.I., Chernevich V.P., Gorinova Yu.V. Cystic fibrosis: a disease of mind and body. *Pallium: palliativnaya i khospisnaya pomoshch' = Pallium: palliative and hospice care*. 2020;3(8):634–640. (in Rus.).
17. Blin T., Flament T., Mankikian J. et al. Palliative care in cystic fibrosis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2020; 10(3):341–342.
18. Dellon E.P., Goggin J., Chen E. et al. Defining palliative care in cystic fibrosis: a delphi study. *J Cyst Fibros*. 2018; 17(3):416–421. doi: 10.1016/j.jcf.2017.10.011.

Информация об авторах

Е.В. Яковлева – очный аспирант кафедры фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1858-5206>, ✉E-mail: elena130894@mail.ru

Е.А. Бородулина – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия, ORCID:<http://orcid.org/0000-0002-3063-1538>, E-mail: borodulinbe@yandex.ru

Information about authors

Elena V. Yakovleva – Postgraduate at the Department of Phthisiology and Pulmonology, Samara State Medical University, Samara, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1858-5206>, ✉E-mail: elena130894@mail.ru

Elena A. Borodulina – DM, Professor, Head of the Department of Phthisiology and Pulmonology, Samara State Medical University, Samara, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3063-1538>, E-mail: borodulinbe@yandex.ru

УДК 614.253:616-052

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-63-64>

Сетевая форма преподавания биоэтики

Светлана Александровна Костенко^{✉1}, Сергей Николаевич Власов²

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

²Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Аннотация. Цифровая образовательная среда позволяет широко внедрять сетевую форму обучения. В сообщении приводится пример обмена лекциями по биоэтике между Ростовским, Волгоградским, Пермским медицинскими университетами, Пушинским государственным естественно-научным институтом. Отмечаются новые возможности для студентов, магистров и аспирантов в приобщении к этическим ценностям жизни. Выдвигается предложение заключать договоры между вузами, как это предусмотрено Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации», по внедрению сетевой формы гуманитарного образования. И прежде всего в области биоэтики.

Ключевые слова: биоэтика, сетевая форма обучения, лектор, студент, магистр, аспирант

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-63-64>

Network form of teaching bioethics

Svetlana A. Kostenko^{✉1}, Sergey N. Vlasov²

¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

²Children's Clinical Dental Polyclinic No. 2, Volgograd, Russia

Abstract. The digital educational environment makes it possible to widely implement the network form of education. The report gives an example of the exchange of lectures on bioethics between Rostov, Volgograd, Perm Medical Universities, Pushchino State Natural Science Institute. New opportunities are noted for students, masters and graduate students in familiarizing themselves with the ethical values of life. A proposal is put forward to conclude agreements between universities, as provided for by the Federal Law "On Education in the Russian Federation", on the introduction of a network form of liberal education. And, above all, in the field of bioethics.

Keywords: bioethics, network form of education, lecturer, student, master, postgraduate student

В новой редакции Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» есть Статья 15. Сетевая форма реализации образовательных программ. В ней сказано:

«1. Сетевая форма реализации образовательных программ обеспечивает возможность освоения обучающимися образовательной программы и (или) отдельных учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), практики, иных компонентов, предусмотренных образовательными программами (в том числе различных вида, уровня и (или) направленности), с использованием ресурсов нескольких организаций, осуществляющих образовательную деятельность, включая иностранные, а также при необходимости с использованием ресурсов иных организаций». Элементы сетевой формы обучения студентов медицинских вузов уже начали широко внедряться. Интересен в этом отношении опыт преподавания биоэтики, о котором мы хотим рассказать.

Высшая школа медицинской гуманитаристики института общественного здоровья ВолГМУ начала программу обмена лекциями с лучшими преподавателями медицинских вузов России. В феврале этого года перед студентами волгоградского меда выступил известный биолог, заведующий кафедрой Пушинского государственного естественнонаучного института Х.П. Тирас, который представил свой взгляд на смысл и перспективы биоэтики. Это был новый для студентов-медиков подход, который их заинтересовал, что было видно по большому количеству вопросов. Ответную лекцию в Пушино волгоградские профессора посвятили этической экспертизе экспериментов с животными – теме весьма актуальной для магистров-биологов пушинского вуза.

В марте перед аспирантами из Волгограда и Перми выступила доктор философских наук, профессор кафедры философии Пермского государственного медицинского университета Ирина Анатольевна Серова.

На этот раз применили новую методику – «лекция-на-двоих». Это была лекция-дискуссия между Ириной Анатольевной и профессором ВолгГМУ Натальей Николаевной Седовой. Она получила много положительных откликов от аспирантов обоих вузов. В свою очередь, Н.Н. Седова прочла для того же контингента лекцию «Этическая экспертиза клинических исследований».

Очень интересным был обмен лекциями с Ростовским медицинским университетом. Заведующая кафедрой философии этого вуза доктор философских наук, профессор Вигель Нарине Липоритовна прочла для аспирантов ВолгГМУ лекцию на тему «Эстетика в медицине». В ВолгГМУ эта тема не изучается, тем больший интерес проявили к ней аспиранты. Они были приятно поражены изящной презентацией и уникальными сведениями, которые сообщил лектор. Профессор Н.Л. Вигель прибегла к интересной методике – она не стала делать никакого заключения, вместо этого показала аспирантам видеоролик – «Вальс цветов» Чайковского в исполнении артистов балета Большого театра. И это оказало неповторимое воздействие на слушателей, многие из которых выразили желание глубже изучать медицинскую эстетику. Сейчас в Высшей школе медицинской гуманитаристики решается вопрос о разработке соответствующего курса.

Ответная лекция для ростовчан была посвящена проблеме концептуализации современной медицины. В ней профессор Н.Н. Седова предложила авторскую типологию современных направлений в медицине, претендующих на статус концептуальных: исследования качества жизни, ассоциированного со здоровьем, доказательной медицины, персонализированной медицины, трансляционной медицины и 4П-медицины. Аспирантам было предложено определить, с каким из этих направлений связано их диссертационное исследование.

Уже эти примеры показывают перспективы преподавания биоэтики в цифровой среде. А с позиции

студентов и аспирантов именно так и нужно ее преподавать. Разные подходы, разные школы, разная методика преподавания создают поливариантный контент биоэтики, в котором каждый обучающийся может найти что-то, что интересует именно его. Очень надеемся, что эта практика распространится на все медицинские вузы, что между ними будут заключены договоры о сетевой форме обучения биоэтике, и это принесет несомненную пользу и студентам, и аспирантам.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Информация об авторах

С.А. Костенко – аспирант кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия, [✉]E-mail: kostenko_sa@inbox.ru

С.Н. Власов – студент Ростовского государственного медицинского университета, Ростов-на-Дону, Россия, E-mail: ser.vl4s0v02@yandex.ru

Information about the authors

S.A. Kostenko – Postgraduate student of the Department of Philosophy, Bioethics and Law of Volgograd State Medical University, Volgograd, [✉]E-mail: kostenko_sa@inbox.ru

S.N. Vlasov – student of Rostov State Medical University, Department of Pedagogy Rostov-on-Don, Russia, E-mail: ser.vl4s0v02@yandex.ru

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА *

PUBLICATION ETHICS **

Журнал «Биоэтика» публикует рукописи, соответствующие международным нормам публикационной этики в био-медицинских журналах.

Рукопись будет снята с публикации, если на каком-либо этапе рассмотрения или предпечатной подготовки редакционной коллегией будет выявлено нарушение требований публикационной этики.

Если такое нарушение будет обнаружено читателями после публикации статьи, она будет отозвана. Это повлечет за собой также годичный запрет на будущие публикации в нашем журнале для членов авторского коллектива.

К нарушениям публикационной этики относятся:

- неправомерные заимствования;
- одновременная подача рукописи в несколько журналов;
- сокрытие конфликта интересов;
- оценивание профессиональных качеств рецензентов;
- неправомерное соавторство.

Неправомерные заимствования

Неправомерные заимствования могут существовать во многих формах – от представления чужой работы как авторской до копирования или перефразирования существенных частей чужих работ (без указания авторства) или до заявления собственных прав на результаты чужих исследований. Неправомерные заимствования во всех формах представляют собой неэтичные действия и неприемлемы.

Авторы рукописей должны представлять полностью оригинальные работы. Упоминания результатов работ других авторов должны сопровождаться ссылками на соответствующие первоисточники (которые подлежат включению в список источников).

Цитирование текста, ранее опубликованного где-либо, должно быть оформлено как ПРЯМАЯ РЕЧЬ (текст нужно заключить в кавычки) с обязательным указанием первоисточника. Включение в рукопись больших фрагментов заимствованного текста недопустимо.

Необходимо всегда признавать вклад других лиц в проведенное исследование. Авторы должны ссылаться на публикации, которые имели большое значение при выполнении научной работы, освещенной в рукописи.

Данные, полученные неофициально (например, в ходе беседы, переписки или в процессе обсуждения с третьими сторонами), не должны быть использованы или представлены без ясного письменного разрешения первоисточника.

Информация, полученная из конфиденциальных источников (например, о предоставлении гранта на проведение исследования), не должна упоминаться в рукописи без четкого письменного разрешения того из авторов рукописи, кто имеет непосредственное отношение к данным конфиденциальным источникам.

Выявление неправомерных заимствований проводится:

- в рамках научного рецензирования;
- через систему АНТИПЛАГИАТ;
- после публикации рукописей – по факту обращения читателей с соответствующими заявлениями.

При установлении факта неправомерного заимствования данных (результатов научной работы) или идеи рукопись (статья) будет отозвана (ретрагирована). На сайте журнала и в международных наукометрических базах данных (МНБД) будет размещено официальное уведомление.

Одновременная подача рукописи в несколько журналов или представление уже опубликованных данных под другим названием

Выявление факта представления одной и той же рукописи одновременно более чем в один журнал будет расценено как нарушение публикационной этики. Рукопись будет отклонена.

Публикация определенного типа статей (например, переводных статей) в некоторых случаях допустима при соблюдении ряда условий. При подаче рукописи для вторичной публикации авторы должны уведомить об этом редакционную коллегию и подробно обосновать целесообразность такой публикации. В случае вторичной публикации урегулирование вопросов, связанных с авторскими правами на публикацию, решается индивидуально в каждом конкретном случае. Общими правилами оформления рукописи для «вторичной» публикации являются:

- указание полной библиографической ссылки на первичную публикацию;
- сохранение оригинальной библиографии первичной работы.

Более подробную информацию о допустимых формах вторичных (повторных) публикаций можно найти на странице ICME.

Соккрытие конфликта интересов

Все авторы обязаны раскрыть (задекларировать в соответствующем разделе рукописи) финансовые или другие явные, или потенциальные конфликты интересов, которые могут быть восприняты как оказавшие влияние на результаты или выводы, представленные в работе.

* Подробно изложена на сайте издания. Доступна по ссылке: <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/about/editorialPolicies#custom-1>

** <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/about/editorialPolicies>

Примеры потенциальных конфликтов интересов, подлежащих раскрытию:

- получение финансового вознаграждения за участие в исследовании или написание рукописи;
- какая-либо связь (работа по договору, консультирование, наличие акционерной собственности, получение гонораров, предоставление экспертных заключений) с организациями, имеющими непосредственный интерес к предмету исследования или обзора;
- патентная заявка или регистрация патента на результаты исследования (авторского права и др.);
- получение финансовой поддержки для любого из этапов проведения исследования или написания рукописи (в том числе гранты и другое финансовое обеспечение).

Информация о конфликтах интересов, полученная от авторов рукописей, будет доступна только редакционной коллегии при принятии решения о публикации рукописи. Также информация о конфликтах интересов публикуется в составе полного текста статьи.

Оценка компетенции рецензента

Оценка профессиональных качеств рецензента является исключительной прерогативой редакционной коллегии. Попытки авторов давать оценки компетентности рецензентов повлекут за собой отклонение рукописи.

Неправомерное соавторство

Авторами публикации могут выступать только те лица, которые внесли значительный вклад в формирование замысла работы, разработку, исполнение и/или интерпретацию результатов представленного исследования, а также в сам процесс написания рукописи (в том числе проводившие научную и стилистическую правку и оформление в соответствии с требованиями журнала).

Авторы должны удостовериться в том, что:

- все участники, внесшие существенный вклад в исследование, представлены как Соавторы;
- не приведены в качестве Соавторов те, кто не участвовал в проведении исследования;
- все Соавторы видели и одобрили окончательную версию работы и согласились с представлением ее к публикации (подтверждением этого являются подписи всех авторов в сопроводительном письме).

The "Bioethics journal" publishes manuscripts that meet international standards of publication ethics in biomedical journals

The manuscript will be retracted from publication if at any stage of consideration or prepress editorial Board found a violation of the requirements of publication ethics.

If such a violation is found by readers after the publication of the article, it will be retracted. This will also entail a one-year ban on future publications in our journal for members of the authors team.

Violations of publication ethics include:

- plagiarism;
- simultaneous submission of manuscripts to several journals;
- concealment of conflict of interest;
- assessment of professional qualities of reviewers;
- illegal co-authorship.

Plagiarism

Plagiarism can take many forms, from presenting someone else's work as an author's work, to copying or rephrasing essential parts of someone else's work (without attribution), or to claiming ownership of someone else's research. Plagiarism in all forms is unethical and unacceptable.

The manuscript authors should submit entirely original work. References to the results of the works of other authors should be accompanied by references to the relevant primary sources (which should be included in the list of references).

Citation of the text, previously published somewhere, should be framed as a DIRECT SPEECH (the text should be enclosed in quotation marks) with the obligatory indication of the source. The inclusion of large fragments of borrowed text in the manuscript is unacceptable.

The contribution of others to the study should always be recognized. Authors should refer to publications that were of great importance in the performance of scientific work covered in the manuscript.

Data obtained informally (e.g. during a conversation, correspondence or discussion with third parties) should not be used or presented without the written permission of the original source.

Information obtained from confidential sources (for example, grant for research) should not be mentioned in the manuscript without the Express written permission of the author of the manuscript, who is directly related to these confidential sources.

Simultaneous submission of a manuscript to several journals or submission of already published data under a different title

Identification of the fact of submission of the same manuscript to more than one journal at the same time will be regarded as a violation of publication ethics. The manuscript will be rejected.

Publication of a certain type of articles (for example, translated articles) in some cases is permissible under certain conditions. When submitting a manuscript for secondary publication, the authors should notify the Editorial Board and justify the expediency of such publication in detail. In the case of a secondary publication, the resolution of issues related to copyright for publication is decided on a case-by-case basis. The General rules of the manuscript for the "secondary" publication are:

- full bibliographic reference to the primary publication;
- preservation of the original bibliography of the primary work.

More information on acceptable forms of secondary (repeated) publications can be found on the ICMJE page.

Оформление статей согласно ГОСТ Р 7.0.7–2021.

1. Основные сведения об авторе (приводятся на русском и английском языках) содержат:

- имя, отчество, фамилию автора (полностью);
- наименование организации (учреждения), её подразделения, где работает или учится автор (без обозначения организационно-правовой формы юридического лица: ФГБУН, ФГБОУ ВО, ПАО, АО и т. п.);
- адрес организации (учреждения), её подразделения, где работает или учится автор (город и страна);
- электронный адрес автора (e-mail);
- открытый идентификатор учёного (Open Researcher and Contributor ID – ORCID) (Scopus – при наличии).

ORCID приводят в форме электронного адреса в сети «Интернет». В конце ORCID точку не ставят. Наименование организации (учреждения), её адрес, электронный адрес и ORCID автора отделяют друг от друга запятыми.

(Пример – Сергей Юрьевич Глазьев Финансовый университет, Москва, Россия, serg1784@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4616-0758>)

2. Аннотацию формируют по ГОСТ Р 7.0.99 на русском и английском языках. Объём аннотации 200–250 слов. Перед аннотацией приводят слово «Аннотация» ("Abstract").

3. Ключевые слова (словосочетания) должны соответствовать теме статьи и отражать её предметную, терминологическую область. Не используют обобщённые и многозначные слова, а также словосочетания, содержащие причастные обороты. Количество ключевых слов (словосочетаний) не должно быть меньше 3 и больше 15 слов (словосочетаний). Их приводят, предваряя словами «Ключевые слова:» ("Keywords:"), и отделяют друг от друга запятыми. После ключевых слов точку не ставят.

4. После ключевых слов приводят слова благодарности организациям (учреждениям), научным руководителям и другим лицам, оказавшим помощь в подготовке статьи, сведения о грантах, финансировании подготовки и публикации статьи, в рамках или по результатам которых опубликована статья. Эти сведения приводят с предшествующим словом «Благодарности:». На английском языке слова благодарности приводят после ключевых слов на английском языке с предшествующим словом "Acknowledgment")

5. Основной текст статьи желательно структурировать из следующих частей:

- введение;
- текст статьи (с выделением разделов «Материалы и методы», «Результаты», «Обсуждение» и др.);
- заключение.

Надписи и подписи к иллюстративному материалу приводят на языке текста статьи и повторяют на английском языке.

6. Ссылки на источники литературы – в тексте указываются в квадратных скобках. Библиографические записи в перечне затекстовых библиографических ссылок нумеруют и располагают в порядке цитирования источников в тексте статьи. Перечень затекстовых библиографических ссылок помещают после основного текста статьи с предшествующими словами «Список источников». В перечень затекстовых библиографических ссылок включают записи только на ресурсы, которые упомянуты или цитируются в основном тексте статьи. Библиографическую запись для перечня затекстовых библиографических ссылок составляют по ГОСТ Р 7.0.5-2008. Дополнительно приводят перечень затекстовых библиографических ссылок на латинице ("References"), который оформляется согласно Vancouver Style.

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

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

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

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

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

3. 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.

* <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/about/submissions>

Научное издание

БИОЭТИКА (BIOETHICS JOURNAL)

Федеральный научно-практический журнал Т. 15, № 1. 2022

Свидетельство ПИ № ФС 77-75405 от 01.04.2019 г.

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций

*Редактирование Н. Н. Золиной
Компьютерная верстка Е. Е. Таракановой*

Директор Издательства ВолгГМУ И. В. Казимирова

Дата выхода в свет 16.05.2022 г. Формат 60х84/8.
Усл. печ. л. 7,91. Уч.-изд. л. 8,05. Тираж 100 экз. Заказ № 114. Цена свободная.

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Адрес редакции:
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Отпечатано в производственно-полиграфическом отделе Издательства ВолгГМУ.
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45

Подписной индекс: ПП526