

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

НАУЧНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЖУРНАЛ
ЯРОСЛАВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
И РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ИМ. Н. И. ПИРОГОВА

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Александр Леонидович Хохлов, академик РАН, д. м. н., профессор
ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА Александр Григорьевич Чучалин, академик РАН, д. м. н., профессор
ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА Елена Георгиевна Гребенщикова д. филос. н., профессор; Дмитрий Николаевич Христенко, к. ист. н., доцент
РЕДАКТОРЫ Марина Владимировна Сырова
ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР Евгений Лукьянов
ПЕРЕВОДЧИКИ Екатерина Третьякова, Вячеслав Витюк, Надежда Тихомирова
ДИЗАЙН Марина Доронина
ВЕРСТКА Игорь Александрович Кобзев

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. А. Александровский, член-корр. РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
С. Ф. Багненко, академик РАН, д. м. н. профессор (Санкт-Петербург, Россия)
А. А. Баранов, д. б. н., профессор (Красноярск, Россия)
Б. Бирер, профессор (Массачусетс, США)
О. А. Горянов, к. м. н., кандидат богословия, профессор (Петрозаводск, Россия)
Е. И. Гусев, академик РАН, профессор (Москва, Россия)
С. В. Глаголев, зам. начальника Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции (Москва, Россия)
Н. Диниз, профессор (Парана, Бразилия)
В. Т. Ивашкин, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Л. И. Ильенко, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
И. Н. Каграманян, д. м. н., руководитель Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского ун-та (Москва, Россия)
Д. А. Кудлай, член-корр. РАН, д. м. н. (Москва, Россия)
В. А. Кукес, академик РАМН, академик РАН, профессор (Москва, Россия)
Ф. Кроули, доктор наук, профессор (Бельгия)
В.В. Косенко, к. фарм. н. (Москва, Россия)
Т. Кудайбергенова, д. м. н., доцент (Бишкек, Киргизия)
С.А. Лукьянов, академик РАН, д. б. н., профессор (Москва, Россия)
А. Я. Маликов, к.м.н. (Санкт-Петербург, Россия)
Л. К. Мошетова, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
А. А. Мохов, д. ю. н., профессор (Москва, Россия)
В. Мутузвами, профессор (Индия)
Е. Л. Насонов, академик РАН, профессор (Москва, Россия)
А. В. Павлов, д. м. н., профессор (Ярославль, Россия)
В. И. Петров, академик РАН, профессор (Волгоград, Россия)
Д. В. Ребриков, д. б. н., профессор (Москва, Россия)
Д. А. Рождественский, к. м. н. (Москва, Россия)
Б. К. Романов, д. м. н., доцент (Москва, Россия)
Н. Сафарли, профессор (Баку, Азербайджан)
Ю. Н. Саямов, к. ист. н., профессор, член Римского клуба (Москва, Россия)
Б. Сарымсакова, д. м. н., профессор (Астана, Казахстан)
Н. Н. Седова, д. филос. н., д. ю. н., профессор (Волгоград, Россия)
А. С. Созинов, д. м. н., профессор (Казань, Россия)
В.Н. Сокольчик, к. филос.н., доцент (Минск, Беларусь)
В. И. Стародубов, академик РАН, д.м.н., профессор (Москва, Россия)
Н. В. Теплова, д.м.н., доцент (Москва, Россия)
П. Д. Тищенко, д. филос. н., профессор (Москва, Россия)
В. А. Ткачук, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
А. Томсен-Кабон, доктор наук (Тулуза, Франция)
Ч. Хайхун, профессор (Пекин, Китай)
Н. В. Чудова (Москва, Россия)
Е. Шимаа, доцент (Египет)
Е. В. Шляхто, академик РАН, д.м.н., профессор Санкт-Петербург, Россия)
О. О. Янушевич, академик РАН, д.м.н., профессор (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Е. В. Дмитриева, д. с. н. (Москва, Россия)
Н. В. Богданова, к. м. н. (Дмитроград, Россия)
Я. В. Власов, д. м. н., профессор (Самара, Россия)
Н. Н. Волченко, д. м. н. (Москва, Россия)
Т. А. Гуськова, член-корр. РАМН, член-корр. РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
А. Д. Дурнев, член-корр. РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Е. В. Жилиев, д. м. н. (Москва, Россия)
О.П. Ковтун, член-корр. РАН, д. м. н., профессор (Екатеринбург, Россия)
А. В. Концевая, д. м. н. (Москва, Россия)
А. В. Короткова, к. м. н. (Москва, Россия)
Е. Г. Лилеева, к. м. н., доцент, (Ярославль, Россия)
А. И. Мартынов, к. м. н. (Москва, Россия)
С. Н. Мосолов, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Ю. Л. Мизерницкий, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Н. А. Михайлова, к. б. н., (Саратов, Россия)
Ч. С. Павлов, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Л. М. Рошаль, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Н. В. Семенова, д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
А. В. Теплова, к. ист. н, профессор (Минск, Белоруссия)
Д. Е. Фирсов, доктор культурологии, к. филос. н. (Ярославль, Россия)

ПОДАЧА РУКОПИСЕЙ <https://medet.rsmu.press/>

ПЕРЕПИСКА С РЕДАКЦИЕЙ <https://medet.rsmu.press/>

СОТРУДНИЧЕСТВО editor@rsmu.press

АДРЕС РЕДАКЦИИ ул. Островитянова, д.1, г. Москва, 119997

Журнал включен в РИНЦ

Здесь находится открытый архив журнала



DOI выпуска: 10.24075/medet.2023-03

Свидетельство о регистрации средства массовой информации серия ПИ № ФС77-81021 от 02 июня 2021 г.

Учредители: ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль, Россия);

ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия).

Издатель: ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России;

адрес: ул. Островитянова, д.1, г. Москва, 119997, Россия, 8(495)434-03-29

Журнал распространяется по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International www.creativecommons.org



Подписано в печать 08.10.2023

Тираж 100 экз. Отпечатано в типографии Print.Formula
www.print-formula.ru

MEDICAL ETHICS

SCIENTIFIC INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF YAROSLAVL STATE MEDICAL UNIVERSITY
AND PIROGOV RUSSIAN NATIONAL RESEARCH MEDICAL UNIVERSITY

EDITOR-IN-CHIEF Alexander Khokhlov, full member of RAS, DSc (Med), professor
CHAIR OF EDITORIAL BOARD Alexander Chuchalin, full member of RAS, DSc (Med), professor
DEPUTY EDITORS-IN-CHIEF Elena Grebenshchikova, DSc (Phil), professor; Dmitry Khristenko, CSc (Hist), Associate professor
EDITOR Marina Syrova
LAYOUT EDITOR Evgeny Lukyanov
TRANSLATORS Ekaterina Tretiakova, Vyacheslav Vityuk, Nadezhda Tikhomirova
DESIGN Marina Doronina
LAYOUT Igor Kobzev

ASSOCIATE EDITORS

Alexandrovsky YuA, corr. member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Bagnenko SF, full member of RAS, DSc (Med), professor (Saint Petersburg, Russia)
Baranov AA, DSc (Biol), professor (Krasnoyarsk, Russia)
Bierer B, professor (MA, USA)
Cambon-Thomsen A, DSc (Toulouse, France)
Crowley F, DSc, professor (Belgium)
Goryanov OA, CSc (Med), CSc (Theol), professor (Petrozavodsk, Russia)
Gusev EI, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Glagolev SV, Deputy Head of Bureau for Federal Quality Control of Medical Products (Moscow, Russia)
Diniz N, professor (Parana, Brazil)
Ivashkin VT, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Ilienko LI, DSc, professor (Med) (Moscow, Russia)
Haihong Zhang, professor (Beijing, China)
Kagramanyan IN, DSc (Med), Head of Institute of Leadership and Healthcare Management (Moscow, Russia)
Kudlay DA, corr. member of RAS, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Kukes VG, full member of RAMS, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Kosenko VV, CSc (Pharm) (Moscow, Russia)
Kudaibergenova T, DSc (Med), Associate professor (Bishkek, Kyrgyz Republic)
Lukyanov SA, full member of RAS, DSc (Biol), professor (Moscow, Russia)
Malikov AY, CSc (Med) (Saint Petersburg, Russia)
Moshetova LK, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Muthuswamy V, professor (India)
Nasonov EL, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Pavlov AV, DSc (Med), professor (Yaroslavl, Russia)
Petrov VI, full member of RAS, professor (Volgograd, Russia)
Rebrikov DV, DSc (Biol), professor (Moscow, Russia)
Rozhdestvensky DA, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Romanov BK, DSc, Associate (Med), professor (Moscow, Russia)
Safarli N, professor (Baku, Azerbaijan)
Sayamov YuN, CSc (Hist), member of Club of Rome, professor (Moscow, Russia)
Sarymsakova B, DSc (Med), professor (Astana, Kazakhstan)
Sedova NN, DSc (Phil), SJD (Volgograd, Russia)
Shimaa E, Associate professor (Egypt)
Shlyakhto EV, full member of RAS, DSc (Med), professor (Saint Petersburg, Russia)
Sozinov AS, DSc (Med), professor (Kazan, Russia)
Sokolchik VN, CSc, Associate professor (Med) (Minsk, Belarus)
Starodubov VI, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Tishchenko PD, DSc (Phil), professor (Moscow, Russia)
Teplova NV, CSc, Associate professor (Med) (Moscow, Russia)
Tkachuk VA, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Yanushevich OO, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)

EDITORIAL BOARD

Bogdanova NV, CSc (Med) (Dmitrograd, Russia)
Dmitrieva EV, DSc (Sociol) (Moscow, Russia)
Durnev AD, corr. member of RAMS, corr. member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Firsov DE, DSc (Cult), CSc (Phil) (Yaroslavl, Russia)
Guskova TA, corr. member of RAMS, corr. member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Kovtun OP, corr. member of RAS, DSc (Med), professor (Yekaterinburg, Russia)
Kontsevaya AV, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Korotkova AV, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Lileeva EG, CSc (Med), Associate professor (Yaroslavl, Russia)
Martynov AI, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Mosolov SN, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Mizernitsky YuL, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Mikhailova NA, CSc (Biol) (Saratov, Russia)
Pavlov ChS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Roshal LM, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Semenova NV, DSc (Med) (Saint Petersburg, Russia)
Teplova AV, CSc (Hist), professor (Minsk, Belarus)
Vlasov YaV, DSc (Med), professor (Samara, Russia)
Volchenko NN, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Zhilyaev EV, DSc (Med) (Moscow, Russia)

SUBMISSION <https://medet.rsmu.press/>

CORRESPONDENCE <https://medet.rsmu.press/>

COLLABORATION editor@rsmu.press

ADDRESS Ostrovityanov Street 1, Moscow, 119997, Russia

Indexed in RSCI

Open access to archive



Issue DOI: 10.24075/medet.2023-03

The mass media registration certificate серия ПИ № ФС77-81021 от 02 июня 2021 г.

Founders: Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl, Russia)

Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia).

Publisher: Pirogov Russian National Research Medical University; address: Ostrovityanov Street 1, Moscow, 117997, Russia

The journal is distributed under the terms of Creative Commons Attribution 4.0 International License www.creativecommons.org



Approved for print 08.10.2023

Circulation: 100 copies. Printed by Print.Formula

www.print-formula.ru

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 4

Медицинская этика как прикладная теория развития
В. И. Моисеев
Medical ethics as an applied theory of development
Moiseev VI

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 9

Врачи уходят...куда? зачем? и почему?
Н. Н. Седова
Why are physicians leaving practices and where are they employed?
Sedova NN

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 14

Социокультурные аспекты преконцепционного генетического тестирования
А. О. Борисова, Р. С. Нестеров
Sociocultural aspects of preconception genetic testing
Borisova AO, Nesterov RS

МНЕНИЕ 22

Клинические исследования у беременных: проблемы и решения
К. А. Луцевич, И. Г. Рыженкова, О. В. Решетько
Enrolling pregnant women: problems and solutions of clinical research
Lutsevich KA, Ryzhenkova IG, Reshetko OV

МНЕНИЕ 28

Трансплантационный туризм как актуальная гуманитарная проблема в современном медицинском образовании
Д. В. Михель, И. В. Михель
Transplant tourism as a pressing humanitarian issue in modern medical education
Mikhel DV, Mikhel IV

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 32

Экологический сетевой подход в приложении к биоэтическим организационным структурам
А. В. Олескин
The ecological network approach applied to bioethical organizational structures
Oleskin AV

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 40

«Суверенное решение» в дискурсе медицинской этики
М. Лукович, К. Майсторович, Д. Кнежевич
The 'sovereign decision' in the discourse of medical ethics
Lukovich M, Meistorovich K, Knezhevich D

МНЕНИЕ 46

«Сложный путь к истине»: ответственный выбор, цели и ценности. Комментарий к статье «Суверенное решение» в дискурсе медицинской этики (Михаило Лукович, Катарина Майсторович, Дуња Кнежевич)
Д. Е. Фирсов
'The complex way to the truth': responsible choices, goals and values. Commentary on article 'Sovereign decision' in the discourse of medical ethics (Mihailo Lukovich, Katarina Meistorovich, Dunja Knezhevich)
Firsov DE

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 48

Проблемные зоны современного дискурса об эвтаназии. Этический аспект
О. А. Фирсова
Problem zones of modern discourse about euthanasia. Ethical aspect
Firsova OA

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА КАК ПРИКЛАДНАЯ ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ

В. И. Моисеев ✉

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

В статье исследуется новый подход к медицинской этике, предполагающий ее трактовку как прикладной теории развития. Опираясь на идеи немецкой классической философии и русской философии всеединства, развитие определяется на основе представления любой системы как совокупности базовых полярностей (тезисов и антитезисов), та или иная композиция которых выражает глубинные полярные определения системы, ее полярный портрет. Предлагается математическая модель данной методологии с использованием векторных пространств со скалярным произведением. На этой основе вводится мера развития, дается определение закона развития, определения полярных портретов здоровья и болезни, формулировка высшего нравственного закона как закона развития в нравственной сфере. Чтобы показать медицинскую этику как прикладную теорию развития, анализируются три нормы классической медицинской этики — нормы милосердия, «не навреди» и врачебной тайны, проводится их полярная интерпретация с точки зрения предложенных моделей и показывается, что все эти нормы так или иначе выражают частные случаи закона развития. На этой основе подкрепляется гипотеза медицинской этики как прикладного раздела теории развития и предлагается новая научно-исследовательская программа подобной переинтерпретации других норм медицинской этики.

Ключевые слова: этика, интегральная этика, медицинская этика, теория развития, закон развития, мера развития, деонтологизм, утилитаризм, полярный портрет

✉ **Для корреспонденции:** Вячеслав Иванович Моисеев
ул. Делегатская, д.20, стр. 1, 127473, г. Москва, Россия; vimovim@gmail.com

Статья поступила: 10.08.2023 **Статья принята к печати:** 14.09.2023 **Опубликована онлайн:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.023

MEDICAL ETHICS AS AN APPLIED THEORY OF DEVELOPMENT

Moiseev VI ✉

AI Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

A new approach to medical ethics when it is interpreted as an applied theory of development has been investigated in this article. Relying on the ideas of German classical philosophy and Russian philosophy of unitotality, the development is defined based on the idea of any system as a set of basic polarities (thesis and antithesis). Their composition expresses deep polar definitions of the system and its polar portrait. A simulation model of this methodology is suggested using vector spaces with a scalar product. The development measure is introduced using the basis, the development law is defined, polar portraits of health and diseases are determined, the highest moral law is formulated as the law of development in the ethical sphere. To display medical ethics as an applied theory of development, three standards of classical medical ethics such as standards of mercy, 'no harm' and medical secrecy are analyzed, their polar interpretation is performed taking into account the suggested models. It is also displayed that all these standards express specific cases of the development law. Hypothesis of medical ethics as an applied section of development theory is supported, and a new research program of similar reinterpretation of other standards of medical ethics is suggested.

Keywords: ethics, integral ethics, medical ethics, theory of development, law of development, measure of development, deontology, utilitarianism, polar portrait

✉ **Correspondence should be addressed:** Vyacheslav I. Moiseev
st. Delegatskaya, 20, b. 1, 127473, Moscow, Russia; vimovim@gmail.com

Received: 10.08.2023 **Accepted:** 14.09.2023 **Published online:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.023

Сегодня наблюдается значительное отставание гуманитарного знания от естественнонаучного. Если последнее представлено фундаментальными теоретическими системами с универсальными законами и обобщением громадного числа фактов, то гуманитарные науки находятся до сих пор преимущественно на описательной стадии развития — стадии сбора фактов и их первоначальной систематизации. В том числе это относится к такой гуманитарной науке, как этика, и такому ее прикладному разделу, как медицинская этика. Этика до сих пор строится на основе множества частных норм, каждая из которых регулирует те или иные частные формы поведения. В работах немецкого философа Иммануила Канта была сделана попытка перевести этику в область более универсальную, подведя все частные нормы под единый нравственный закон — категорический императив [1]. Так возник деонтологический подход в теоретической этике. Однако на его основе не удалось достичь достаточной универсальности этического знания, поскольку деонтологическому подходу противостояло другое направление этики — утилитаризм.

Если деонтологизм слишком жестко проводит идею нравственных норм, не взирая на конкретные обстоятельства (контекст), то утилитаризм, наоборот, слишком привязывает свои оценки к текущему контексту и опирается на более прагматический критерий выгоды и пользы деяния. В итоге этике так и не удается достичь интеграции своих более частных направлений, в первую очередь деонтологизма и утилитаризма, и она вновь обрекается на господство частного над общим. В том числе такое неудовлетворительное состояние этического знания сильно сказывается на прикладных направлениях этики, в частности на медицинской этике. Дело в том, что любая частная норма всегда условна, и она кажется нравственной, пока не столкнулась с другой такой же нормой в тесном контексте, где выполнение одной нормы отрицает выполнение другой. Например, говорить больному правду о его смертельном диагнозе (норма правдивости) или оградить больного от такой жестокой правды (норма милосердия)? Такие ситуации встречаются постоянно и в первую очередь ждут от этической теории своего разрешения. Но пока

этика строится на множестве частных норм, она не сможет предложить качественных решений в ситуациях конфликта норм. Необходимо, следуя Канту, двигаться в направлении интегральной этики, в основе которой будет лежать универсальный нравственный закон. Но, в отличие от кантовской нравственной жесткости и учитывая более гибкую методологию утилитаризма, нужен одновременно более гибкий и достаточно универсальный образ интеграции в современном этическом знании. Ниже будет предложен один возможный проект построения интегральной этики и ее приложений в области медицинской этики. Наша гипотеза состоит в том, что *главный нравственный закон — это закон развития*. Добро есть в конечном счете то, что направлено на развитие человека и общества или поддержание уже достигнутого уровня развития. Наоборот, зло — все то, что препятствует развитию человека и общества или разрушает уже достигнутое развитие. Закон развития универсален, он действует не только в области общества, но и в природе — дочеловеческой и неживой природе. Но в обществе закон развития пропускается сквозь свободу разумных существ и получает свое нравственное определение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Гипотеза высшего нравственного закона как закона развития требует в первую очередь определения развития. В этой области мировая мысль уже проделала определенную работу и дала ряд решений. В наибольшей степени результаты в данном направлении были получены в школе немецкой классической философии [2]. Главные идеи этих философов достаточно просты. В основе любого события или системы лежат те или иные базовые контрастные качества (*базовые полярности* — тезис и антитезис), и любые состояния представляют собой определенные композиции своих базовых полярностей, в идеале стремящиеся к их синтезу. Переход от полярностей тезиса и антитезиса к синтезу — это и есть простейший случай развития. Для каждой системы нужно выяснить ее «полярный портрет», т.е. какие базовые полярности лежат в ее основе и какой вид композиции характерен для этой системы (*полярный портрет — это и есть тот или иной вид композиции базовых полярностей*). Далее на этой основе становится более понятным, как достигать синтеза для данной системы, т.е. развивать ее.

Такую методологию немецкие философы систематически применяли во всех областях бытия — в природе, обществе, области духа, искусстве, религии, этике. Везде они пытались построить полярные портреты любых систем и восстановить на этой основе некоторую должную организацию бытия.

Позднее подобная методология построения полярных портретов развивалась в ряде последующих философских систем. С нашей точки зрения, новый этап ее развития был достигнут в русской философии всеединства, основанной В. С. Соловьевым [3]. В частности, здесь формируется отход от жесткой триадической методологии развития и предполагается большее внимание к фактам и конкретной организации частных систем, из которых более органично должны формулироваться их полярные портреты. Также базовых полярностей теперь не обязательно должно быть только две — это частный случай любого набора таких полярностей, на основе которого могут возникать не только многоуровневые, но и многомерные синтезы. Соловьев вплотную подходит к формулировке закона добра как закона развития в своей главной работе

«Оправдание добра» [4]. Развитие есть рост всеединства, и добро есть то же самое всеединство, в достаточной мере достигнутое в жизни общества и человека.

В работе автора [5] делается следующий шаг в развитии указанной методологии. Предлагается новый математический аппарат для выражения базовых полярностей и их композиций. Для этого используются структуры евклидова векторного пространства (векторного пространства со скалярным произведением [6]), когда базовые полярности интерпретируются как ортогональные (перпендикулярные) базисные векторы в некотором многомерном пространстве, и полярный портрет системы в этом случае предстает как векторная суперпозиция базовых полярностей:

$$P = \sum_{i=1}^n a_i P_i \quad (1)$$

где P — текущий полярный вектор как полярный портрет системы, P_i — базисные полярности как базисные полярные векторы; числа a_i , где $0 \leq a_i \leq 1$, — коэффициенты, с которыми базисные векторы входят в состав текущего полярного вектора P .

Вектор синтеза C в этом случае есть векторная сумма базисных полярностей

$$C = \sum_{i=1}^n P_i \quad (2)$$

На этой основе предлагается простая *мера развития* — как величина проекции текущего полярного вектора P на вектор синтеза C :

$$M(P) = (P, e_c) = |P| \cos(P \wedge C), \quad (3)$$

где $e_c = C/|C|$ — орт вектора C (вектор единичной длины и того же направления, что вектор C), (P, e_c) — скалярное произведение векторов P и e_c , $|P|$ — величина вектора P , $\cos(P \wedge C)$ — косинус угла между векторами P и C .

Смысл указанной меры развития простой — полярный вектор тем более развит, чем ближе он к вектору синтеза (чем больше в нем синтеза).

Тем самым интуиции и качественные методы представителей немецкой и русской философии получают свое более строгое и количественное выражение.

На этой основе может быть дана формулировка *закона развития*: система $S(t)$, меняющаяся во времени t и имеющая в качестве своего полярного портрета полярный вектор $P(t)$ в системе базисных полярностей P_i , $i = 1 \dots n$, находится в развитии (развивается), если выполняется соотношение:

$$dM(P(t))/dt \geq 0, \quad (4)$$

т.е. мера развития $M(P(t))$ этой системы растет ($dM(P(t))/dt > 0$), пока не достигнет своего максимального значения в данной системе полярностей ($dM(P(t))/dt = 0$).

Подобная формулировка напоминает знаменитый второй закон термодинамики ($dH/dt \geq 0$, где H — энтропия системы), закон роста (точнее, неубывания) энтропии в изолированной термодинамической системе, но закон развития формулируется для другой меры — полярной меры развития (3).

С использованием указанных структур и методов могут быть сформулированы основы интегральной этики. В первую очередь может быть дано определение высшего нравственного закона (*закона добра*) как

закона развития: *добро есть деяние разумного субъекта, которое направлено на максимизацию меры развития в данном конкретном контексте реализации этого деяния и совершается субъектом свободно и осознанно.*

Основные моменты этой формулировки требуют своего пояснения.

Во-первых, под деянием имеется в виду действие или бездействие субъекта (человека или сообщества).

Во-вторых, максимизация меры развития предполагает достижение максимальной меры развития из всех возможных в данной ситуации альтернатив, в том числе, если иное невозможно, — выбор той альтернативы, где мера развития падает, но меньше, чем у всех остальных альтернатив (принцип выбора «меньшего из зол»). Более строго это можно представить следующим образом.

Допустим, субъект S находится в некоторой текущей ситуации A . В этой ситуации возможны только деяния данного субъекта $D_1 \dots D_n$, которые меняют ситуацию A до некоторых ситуаций $B_1 \dots B_n$ соответственно, т.е. $B_i = D_i(A)$, где $i = 1 \dots n$. Далее предполагаются полярные портреты ситуаций A и B_i , т.е. $P(A)$ — полярный портрет (полярный вектор) ситуации A , $P(B_i)$ — полярный портрет ситуации B_i . Определяются меры развития этих ситуаций: $M(P(A)) = M(A)$ — мера развития ситуации A , $M(P(B_i)) = M(B_i)$ — меры развития ситуаций B_i . В этом случае предполагается, что добром для субъекта в описанном контексте будет такое деяние D^+ , для которого выполняется условие:

$$M(D^+) - M(A) = \max_i \{M(D_i(A)) - M(A)\}, \quad (5)$$

т.е. прирост меры развития в деянии D^+ будет максимальным из всех возможных в данном контексте деяний D_i . Деяние D^+ — одно из деяний D_i .

На основе принципа максимизации (5) предлагается решение проблемы конфликта норм, когда за каждым деянием D_i стоит соответствующая норма, и в этом случае необходимо выбрать ту норму, которая максимизирует меру развития в данном контексте, т.е. предполагается деянием D^+ . В подобной методологии достигается интеграция универсальности высшего нравственного закона, предполагаемого деонтологическим подходом, и в то же время возможность более гибкой ценностной калькуляции, присущей утилитаризму.

В-третьих, предполагается, что субъект S должен быть разумным субъектом, т.е. обладать свободой совершения деяний, и он должен осознанно выбирать деяние D^+ именно потому, что оно максимизирует меру развития в данном контексте. Причем не обязательно субъект должен явно высчитывать эту меру и знать математику векторных пространств, но, по крайней мере, он должен обладать интуицией меры развития и, по возможности, дополнять эту интуицию рациональными средствами, которые так или иначе интерпретируют добро как методологию максимизации меры развития.

На основе сформулированной методологии может строиться интегральная этика как прикладная теория развития. Теория развития выступает наиболее общим знанием, в отношении к которому любая этика (даже самая интегральная) окажется лишь приложением универсальной теории развития к области морали и нравственности в жизни разумных субъектов и их сообществ.

Используя описанную методологию, были проанализированы некоторые базовые нормы медицинской этики и показано, что они вполне коррелируют с описанной методологией максимизации меры развития

в определенных контекстах. Тем самым показано, что медицинская этика также является прикладным разделом интегральной этики и теории развития.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С точки зрения описанной выше методологии были исследованы три основных нормы классической медицинской этики — норма милосердия («делай благо»), норма «не навреди» и норма врачебной тайны (конфиденциальности). Но прежде чем переходить к их непосредственному анализу, следует сказать несколько слов о полярном портрете болезни и здоровья.

В общем случае, организм, живое существо также могут быть представлены как сложные системы со множеством базисных полярностей и своим текущим состоянием в данном полярном базисе. В этом случае *здоровье представляет такие состояния живой системы, когда ее полярный портрет близок к вектору синтеза, в то время как любые виды болезни можно выразить как процесс потери целостности системы, что может быть представлено полярным вектором, более или менее значительно отклоняющимся от вектора синтеза и снижающим меру развития в данной системе базовых полярностей.*

В этом случае задача, стоящая перед врачом, — это, во-первых, понять, в каком текущем состоянии находится человек (момент *эмпатии*), и, во-вторых, отстранившись от господства текущего состояния, вывести человека из его страдания в более благополучное состояние (*развивающая рефлексия*). В терминах полярностей это можно выразить следующим образом: 1) понять текущий полярный портрет системы P , 2) перевести этот полярный портрет ближе к состоянию синтеза S .

Можно провести здесь аналогию со спасением утопающего: вначале нужно нырнуть в воду и в некоторой мере как бы утонуть вместе с утопающим, чтобы понять, где он находится и как ему можно помочь, а затем, подхватив его, вынести на поверхность и доставить на берег. Здесь два основных акта: 1) ныряние вглубь (погружение в болезнь) и 2) вытаскивание на поверхность (подъем в здоровье). И нужно иметь достаточно сил, чтобы не только нырнуть, но и суметь подняться из глубины, да еще и вместе с утопающим. Такую же структуру должна в идеале иметь и деятельность врача: во-первых, нужно «нырнуть» в болезнь, чтобы понять ее, в том числе ощутив изнутри, сопереживая больному и его страданиям, постигнув «внутреннюю картину болезни», и только затем суметь поднять больного на поверхность здоровья. В целом, мы получаем процесс лечения как единство эмпатии и развивающей рефлексии.

Опираясь на представленные определения и образы, рассмотрим далее указанные нормы медицинской этики с точки зрения теории развития.

1. Норма милосердия («делай благо»)

Этой нормой врачебная деятельность определяется как благо для больного, т.е., принимая во внимание описанный выше полярный портрет болезни и здоровья, — как вначале процесс погружения врача в болезнь, определения состояния больного как текущего полярного портрета его болезни, а затем как изменение его полярного портрета в направлении к вектору синтеза. Выразим этот процесс более строго.

Пусть больному имеет полярный портрет P в некотором полярном пространстве с базисом базисных полярностей $P_1 \dots P_n$. Наличие болезни означает, что мера развития

в данном случае мала, т.е. $M(P) < |C|$. Врачу необходимо, во-первых, определить полярный портрет P болезни (состояния больного), и, во-вторых, совершить благо для больного, что можно выразить как такое изменение текущего полярного портрета P больного до некоторого нового состояния P' , где $M(P') > M(P)$ — произойдет увеличение целостности (меры синтеза) пациента, т.е. он должен перейти в новое состояние с полярным портретом P' с большей мерой развития. В векторной модели это выразится в том, что полярный вектор P будет давать проекцию большей величины на вектор синтеза C , чем исходный вектор P . В качестве деяния врача в этом случае выступает изменение полярного портрета от P до P' , что можно выразить вектором приращения $\Delta P = P' - P$. Используя свойства скалярного произведения, мы можем определить меру развития не только состояний P и P' , но и ΔP :

$$M(\Delta P) = M(P' - P) = (P' - P, e_C) = (P', e_C) - (P, e_C) = M(P') - M(P) \quad (6).$$

Если $M(P') > M(P)$, то $M(P') - M(P) > 0$, т.е. $M(\Delta P) > 0$. Таким образом, норма милосердия побуждает врача совершать такие деяния в отношении к больному, которые будут предполагать рост меры развития, т.е. стратегию максимизации по мере развития — выбора деяния ΔP с положительной мерой развития $M(\Delta P) > 0$, и если таких деяний несколько, то выбор из них с максимальным приростом меры развития, согласно (5).

Таким образом, норма милосердия получает свою интерпретацию как частный случай закона развития.

2. Норма «не навреди»

Эта норма обязывает врача в его попытке помочь больному, по крайней мере, не навредить ему, что можно трактовать как запрет на такие деяния врача, которые снизят меру развития больного, т.е. запрет на деяния ΔP , где $M(\Delta P) < 0$. Подобное условие запрета равносильно нестрогому неравенству $M(\Delta P) \geq 0$. Норма милосердия, как мы выяснили, в неравенстве $M(\Delta P) \geq 0$ выражает момент строгого неравенства $M(\Delta P) > 0$, и тогда на долю нормы «не навреди» остается только случай $M(\Delta P) = 0$ — если не можешь помочь, т.е. совершить деяние ΔP , где $M(\Delta P) > 0$, то по крайней мере, ограничься таким деянием ΔP , где $M(\Delta P) = 0$, т.е. состояние больного останется прежним.

Таким образом, если в норме милосердия врач находится в пространстве выбора из положительных альтернатив, где $M(\Delta P) > 0$, то в рамках нормы «не навреди» врач определяется в пространстве отрицательных ($M(\Delta P) < 0$) и нулевых ($M(\Delta P) = 0$) альтернатив, что выражает принцип максимизации меры развития (5) как выбор нулевой альтернативы.

В целом, нормы милосердия и «не навреди» определяют деятельность врача как те или иные частные случаи максимизации меры развития, т.е. оказываются частными случаями закона развития и закона добра.

3. Врачебная тайна

Эта норма обеспечивает сохранение пространства доверия между врачом и пациентом, поскольку пациент должен доверить врачу персональную информацию, которую он не хотел бы, чтобы она стала достоянием третьих лиц, и такую информацию он готов сообщить врачу только при условии сохранения врачом тайны этой информации для других. В свою очередь, подобная персональная информация важна для определения полной картины болезни, ее

симптомов и истории развития, что является необходимым условием правильного диагноза и лечения.

Следовательно, тайна персональной информации — это условие построения адекватной картины болезни P , без которой невозможны последующие деяния врача ΔP , где $M(\Delta P) > 0$ — произойдет процесс выздоровления больного как увеличение его меры развития. Опираясь на принцип врачебной тайны, больной дает доступ врачу к персональной информации, что позволяет врачу совершить момент эмпатии, в том числе погрузиться во внутреннюю картину болезни, узнать дополнительные детали, без которых порой невозможно восстановить подлинную картину заболевания в целом. Вспомним пример со спасением утопающего. Норма конфиденциальности — это разрешение больного на возможность «нырнуть» врачу-спасателю в глубину вод тонущего пациента, без чего невозможно будет поднять его на поверхность здоровья.

Также следует иметь в виду, что персональная информация, которой больной готов поделиться с врачом только при выполнении нормы конфиденциальности, — это часть полной информации о болезни, часть симптоматики, на основе которой затем врач способен будет восстановить полную картину болезни. Восхождение от симптомов к нозологии также частный случай синтеза, т.е. закона развития, когда врач в своем сознании интегрирует фактологический материал, в том числе из персональной информации, и организует его в синтетическую модель заболевания, способную объять все имеющиеся факты. Здесь мы имеем дело с некоторым полярным базисом $P_1 \dots P_n$, выражающим частную фактологию болезни, и полярным портретом болезни как вектором синтеза $C = \sum_{i=1}^n P_i$ этой фактологии. Постановка диагноза — это случай восхождения от указанного базиса P_i , $i = 1 \dots n$, к интегральной картине болезни как вектору синтеза C базовых полярностей-симптомов.

Таким образом, норма конфиденциальности также выражает идеи синтеза и развития в медицинской этике и медицинской профессии, обеспечивая необходимую (персональную) часть полярного базиса симптоматики, без которой невозможна полноценная диагностика как частный случай синтеза-развития фактов в интегральную картину болезни. Воссоздавая целостный образ болезни, врач совершает процесс медицинской эмпатии, во многом отождествляя себя с больным, его проявлениями и благодаря этому восстанавливая адекватную картину патологического состояния больного.

В едином процессе диагностики и лечения как единства медицинской эмпатии и развивающей рефлексии норма врачебной тайны выражает первый момент эмпатии, а нормы милосердия и «не навреди» — второй момент развивающей рефлексии. В целом, три данные нормы оказываются разными сторонами выражения и обеспечения единого процесса медицинской деятельности как частного случая закона развития.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Три важные нормы классической медицинской этики — милосердия («делай благо»), «не навреди» и врачебной тайны — были представлены как частные случаи закона развития. Было показано, что в фундаментальных основаниях этих норм лежат интуиции развития и различные его аспекты. Тем самым предполагается, что подобная работа может быть проделана и далее, для остальных норм медицинской этики. Конечно, это индуктивное обобщение,

которое требует дальнейшего масштабного исследования и реализации нового научно-исследовательского проекта. Пока мы в определенной мере заявляем о возможности такого проекта. В то же время уже на примере анализа трех норм можно почувствовать некоторую общую методологию и предположить ее достаточно регулярный характер в медико-этических определениях. Если этика основана на законе развития как принципе максимизации меры развития, то вполне логично предположить, что и все более частные этические нормы будут теми или иными реализациями подобной универсальной стратегии. Но, повторяем, тема достаточно новая и требует дальнейшего исследования. Мы призываем научное сообщество обратить внимание на представленную в данной работе методологию и обсудить ее возможности и перспективы.

ВЫВОДЫ

Если обобщать полученные результаты, то можно сделать тот фундаментальный вывод, что медицинская этика не просто является прикладным аспектом общей этики,

но, во-первых, общая этическая теория может быть переосмыслена во многом по-новому — как прикладное направление универсальной теории развития, как интегральная этика, и, во-вторых, медицинская этика оказывается в этом случае прикладным направлением интегральной этики. Последнюю следует понимать как вариант общей этики, построенной на принципах теории и закона развития.

Подобный подход к трактовке медицинской этики одновременно предполагает гораздо более тесное ее отношение к чисто медицинским аспектам врачебной деятельности. Как естественнонаучные, так и гуманитарные стороны медицинской профессии выступают в этом случае в коренном единстве — как разные аспекты реализации единого закона развития в приложении лишь к разным его проявлениям: соматическим или душевно-духовным. Процесс диагностики и лечения имеет в таком представлении также единую природу, так или иначе выражающую направленность медицинской профессии на сохранение и усиление меры развития страдающего человека.

Литература

1. Кант И. Критика практического разума. М.: Наука. 2007; 530 с.
2. Гулыга А. В. Немецкая классическая философия. М.: Рольф. 2001; 416 с.
3. Моисеев В. И. Логика всеединства. М.: ПЕР СЭ. 2002; 415 с.
4. Соловьев В. С. Оправдание добра. М.: Институт русской цивилизации, Алгоритм. 2012; 656 с.
5. Моисеев В. И. Очерки по философии неовсединства. М.: ЛЕНАНД. 2018; 632 с.
6. Логинов В. Н, Широкова З. В. Линейная алгебра. Комсомольск-на-Амуре: КНАГТ У. 2015; 152 с.

References

1. Kant I. Kritika prakticheskogo razuma. M.: iNauka. 2007; 530 s. Russian.
2. Gulyga AV. Nemeckaja klassicheskaja filosofija. M.: Rol'f. 2001; 416 s. Russian.
3. Moiseev VI. Logika vseedinstva. M.: izdatel'stvo «PER SJe». 2002; 415 s. Russian.
4. Solov'ev VS. Opravdanie dobra. M.: Institut russkoj civilizacii, Algoritm. 2012; 656 s. Russian.
5. Moiseev VI. Ocherki po filosofii neo-vseedinstva. M.: LENAND. 2018; 632 s. Russian.
6. Loginov VN, Shirokova ZV. Linejnaja algebra. Komsomol'sk-na-Amure: KnAGT U. 2015; 152 s. Russian.

ВРАЧИ УХОДЯТ...КУДА? ЗАЧЕМ? И ПОЧЕМУ?

Н. Н. Седова ✉

Высшая школа медицинской гуманитаристики, Волгоград, Россия

Актуальной проблемой отечественного здравоохранения является в настоящее время проблема дефицита медицинских кадров. При этом конкурсы на поступление в медицинские колледжи и вузы, как всегда, очень большие. Но, получив профессию, многие выпускники уходят — либо из государственной в коммерческую медицину, либо из медицины вообще. Бытует мнение, что причина этого — низкие заработки в сфере здравоохранения, но это не совсем так. В статье обобщены результаты социологического исследования, на основе которых сделаны выводы об иерархии причин сокращения числа врачей в государственной медицине современной России. Исследование проведено в типичном, среднестатистическом российском регионе — Волгоградской области. Был применен метод экспертного опроса — в нем участвовали руководители государственных медицинских организаций. Оказалось, что уходу из профессии или переходу в коммерческую медицину способствует этико-правовая неустроенность врачей. Больше всего профессионалы переживают как раз за свою профессию — причиной ухода из нее чаще всего называют падение престижа в обществе, невнимание к специалистам-медикам, что особенно остро переживается молодыми врачами. Следовательно, наиболее острой является проблема заботы о медицинских кадрах, особенно — о молодых специалистах. В связи с этим отмечается особая роль наставников начинающих врачей, которые выступают не только обучающими их специалистами, но и моральными агентами, формирующими преданность профессии. В то же время сами наставники нуждаются в государственной поддержке. В статье высказаны предложения по вопросу о том, в каких формах эта поддержка может осуществляться.

Ключевые слова: коммерческая медицина, государственная медицина, врачи, профессия, социальная незащищенность, дефицит кадров

✉ **Для корреспонденции:** Наталья Николаевна Седова
пл. Павших Борцов, д. 1, г. Волгоград, 400131, Россия; nns18@yandex.ru

Статья поступила: 03.08.2023 **Статья принята к печати:** 09.09.2023 **Опубликована онлайн:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.017

WHY ARE PHYSICIANS LEAVING PRACTICES AND WHERE ARE THEY EMPLOYED?

Sedova NN ✉

Higher School of Medical Humanitaristics, Volgograd, Russia

The shortage of healthcare personnel is a contemporary issue of national healthcare. At the same time, admission to medical colleges and universities is always highly competitive. However, having become a doctor, many specialists either seek private medical practice or retire from medicine. It is widely thought that low earnings of healthcare professionals are the reason for that. But this is not entirely true. The article summarizes the results of a sociological trial used to conclude about the hierarchy of reasons for the reduction in the number of physicians in state medicine of modern Russia. The trial was conducted in a typical region of the Russian Federation — the Volgograd region. An expert survey of the heads of state medical organizations was used. It turned out that ethical and legal insecurity of doctors promoted retiring from medicine and seeking private medical practice. It is the profession that healthcare professionals worry about the most; they have to shun medicine due to the decline of the value of the profession in the society and inattentiveness to healthcare professionals, which is most acutely felt by young physicians. Thus, care for medical personnel, especially young specialists, is the most pressing issue. That's why mentors of medical beginners play a specific role as they do not only educate but also raise devotion to the profession. At the same time, mentors need state support as well. The article suggests which forms of support can be provided.

Key words: commercial medicine, state medicine, doctors, profession, social insecurity, shortage of personnel

✉ **Correspondence should be addressed:** Natalia N. Sedova
Pavshikh Bortsov Square, 1, Volgograd, 400131, Russia; nns18@yandex.ru

Received: 03.08.2023 **Accepted:** 09.09.2023 **Published online:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.017

Острая нехватка медицинских кадров в практическом здравоохранении постоянно обсуждается и в СМИ, и во властных структурах [1, 2]. Предпринимаются определенные меры по поддержанию государственной медицины, но ситуация остается напряженной. В связи с этим проводятся исследования кадровой динамики, но акцент делается, в основном, на экономические проблемы [3]. Однако известная поговорка «Не в деньгах счастье» как нельзя более применима именно в медицине. Поэтому мы задались вопросом, какие моральные причины побуждают медицинских работников уходить из государственного здравоохранения в коммерческие структуры или вообще прощаться с профессией. Волгоградским государственным медицинским университетом и Комитетом по здравоохранению Волгоградской области в мае-июне 2023 г. было проведено социологическое

исследование в регионе, которое должно было помочь ответить на поставленный вопрос.

Цель исследования: определить приоритеты руководителей медицинских организаций типичного российского региона в разрешении проблем кадрового обеспечения вверенных им структурных подразделений, выяснив этико-правовые причины ухода медицинских работников из государственной медицины в коммерческие структуры или вообще в другие сферы деятельности.

Задачи исследования — выяснить:

- какие именно проблемы в региональном здравоохранении вызывают озабоченность руководителей медорганизаций;
- как распределяются приоритеты в решении данных проблем;

- какие меры по решению кадровых проблем здравоохранения респонденты считают наиболее эффективными;
- какие изменения в работе медицинских организаций получат поддержку их руководителей;
- что конкретно нуждается в изменении в сфере кадровой политики в региональном здравоохранении.

Методика исследования. Была разработана специальная анкета для опроса руководителей региональных государственных медицинских организаций, результаты опроса обработаны в Google-формах с помощью системы SPSS, обобщены и интерпретированы. Исследовательское поле — 94 медицинские организации регионального подчинения. Респонденты — руководители этих организаций. Выборка сплошная. Отобрано анкет для анализа — 94.

Интерпретация результатов исследования. Основная группа руководителей медицинских организаций — это люди предпенсионного возраста (42% респондентов находятся в возрастной группе от 51 до 60 лет). Этот факт имеет как положительное, так и отрицательное значение. Положительное состоит в том, что у них достаточно большой опыт работы, именно в этой группе больше всего стажированных врачей-руководителей (всего опыт работы от 25 до 31 и более лет у 42% респондентов). Отрицательное — в том, что в ближайшее время они перейдут в следующую возрастную группу — пенсионеров, и не все смогут остаться на нынешней должности. Потенциально возможен кадровый дефицит руководителей медорганизаций. Сейчас больше трети опрошенных имеют стаж работы на руководящей должности более 15 лет. Следовательно, основная задача сейчас — подготовка резерва в данной группе. Больше перспектив устроиться в частную клинику дает второе высшее образование или ученая степень.

Условно разделив оценки укомплектованности врачами медорганизаций на удовлетворительные и неудовлетворительные, можно увидеть, что баллы за неудовлетворительные составляют одну пятую всех баллов, а за удовлетворительные — 4/5.

Можно сказать, что руководители медорганизаций, участвовавшие в опросе, считают а) актуальной нехватку врачей и б) оценивают ее как 1/3 необходимого состава (результат подсчета баллов). По данным исследования, проводившегося в октябре 2022 г. порталом hh.ru, нехватка медицинских и соцработников составляла в регионе 17% от необходимого (В Волгоградской области в 2022 г. требовались медики и соцработники — KP.RU). Это практически в 2 раза отличается от дефицита, выявленного в ходе нашего опроса. Почему? Ответ простой — главные врачи и их заместители хорошо представляют, сколько квалифицированных специалистов им нужно для нормальной работы. Но на статистику их мнение не влияет, так как, чтобы снизить дефицит кадров, врачам разрешают работать на 1,5 или на 1,25 ставки. В этом случае получаем те 17% врачей, которых не хватает для полноценной работы отрасли. Так что и данные нашего исследования, и данные hh.ru оказываются справедливыми.

Так же как неудовлетворительную оценивают респонденты укомплектованность медорганизаций средним медицинским персоналом, хотя и считают ее более высокой, чем укомплектованность врачами. На ситуацию со средним медицинским персоналом следует обратить особое внимание. Вспомним предложение МЗ РФ о передаче части функций врачей медицинским

сестрам [4]. Бурная реакция в медицинском сообществе не позволила включить вопрос об отношении к этой инициативе в наше исследование, так как оценки данного предложения носили слишком эмоциональный характер. Но сопоставим этот факт с происходящими изменениями в среднем профессиональном образовании в медицине.

С 1 сентября 2023 г. студенты медицинских специальностей в учреждениях среднего профессионального образования будут учиться меньше [5]. Все дело в новых федеральных образовательных стандартах, которые утвердили в Министерстве просвещения. По некоторым специальностям срок обучения сократят на целый год. На год срок обучения сократили по восьми специальностям СПО: «Лечебное дело», «Лабораторная диагностика», «Медицинская оптика», «Медико-профилактическое дело», «Фармация», «Сестринское дело», «Стоматология ортопедическая», «Стоматология профилактическая». Сейчас срок обучения после 9 класса по этим специальностям (кроме «Стоматология профилактическая») составляет 3 года 10 месяцев. Со следующего года студенты будут учиться 2 года 10 месяцев. По специальности «Стоматология профилактическая» студенты, поступившие в колледжи после 9 класса, учатся 2 года 10 месяцев. Со следующего года будет достаточно 1 года 10 месяцев для получения профессии. На 4 месяца меньше будут учиться по специальностям: «Медицинский массаж» и «Акушерское дело». В Министерстве просвещения считают, что сокращение срока обучения позволит повысить качество образования и быстрее обеспечить медицинскую отрасль необходимыми кадрами. Остается вопрос: как за такое короткое время сформировать у будущих медиков среднего звена навыки сострадания, милосердия, доброты, да и просто умение поговорить с пациентом? [6–8].

В нашем исследовании вопрос о качестве оказания медицинской помощи поднимался специально. Респонденты достаточно высоко оценили качество профессиональной подготовки медицинских кадров по 10-балльной шкале — 43% ответивших считают ее соответствующей 7–8 баллам, что является хорошим показателем. Характерно, что один балл не поставил никто, два балла поставил всего один человек. Средние оценки в 5–6 баллов выбрала четверть опрошенных, что говорит о наличии нереализованных возможностей в подготовке медицинских кадров. Это приобретает особое значение, когда встает вопрос об оттоке из государственного здравоохранения как раз высококлассных профессионалов. Действительно, хорошо подготовленные специалисты нужны везде, а им, в свою очередь, нужны условия труда, соответствующие квалификации. Поэтому может случиться так, что в государственном здравоохранении останутся как раз те, чью квалификацию руководители медорганизаций оценивают как среднюю — в 5–6 баллов. И таких, по результатам опроса, примерно, четверть персонала государственных медицинских организаций.

В оценке ситуации с оттоком кадров в коммерческие медицинские организации респонденты разделились, примерно, на три группы, представители которых достаточно сильно отличались во взглядах на проблему. Seriously обеспокоены оттоком кадров 23,5%. Считают, что проблема либо отсутствует, либо неоправданно преувеличена 14%. Основную же группу ответивших составляют те, кто признает наличие проблемы, но не делает из этого трагедии — 59,2%. Здесь следует учесть те дебаты, которые давно идут в обществе, по поводу государственной

и частной медицины. Есть группа сторонников перехода целиком на государственную медицину, как в советское время. Есть группа активных сторонников перехода на частную медицину. И есть те, кто выступает за достижение баланса государственной и коммерческой медицины на справедливых условиях. В нашем опросе все три подхода оказались представлены, но надо определиться, какую позицию выберет региональный комитет здравоохранения, потому что именно его политика создает программу действий для всех медицинских организаций.

Примерно такое же деление на группы присутствует и в отношении респондентов к миграционным процессам внутри медицинского сообщества. Выяснение этого вопроса позволяет получить латентную информацию об отношении руководителей медицинских организаций к региональной системе здравоохранения. Действительно, одной из причин оттока кадров является признание того, что где-то, в каком-то другом регионе страны условия труда и отношение к медикам лучше, чем в их родном городе или районе. Для представителей этой группы респондентов характерны фобии по поводу оттока кадров в другие регионы (22% опрошенных). Другими словами, они не просто допускают такую возможность, они не сомневаются, что она будет реализована, потому что в другом регионе «лучше». При этом идет ссылка на рассказы коллег или материалы в Интернете.

Примерно, 27% респондентов особых чувств по поводу отъезда коллег на работу в другой регион не испытывают, руководствуясь, видимо, двумя взаимодополняющими соображениями: а) это выбор самого человека, неважно, лучше ему будет на новом месте или хуже, он сам знает, что делает, и б) ситуация, примерно, везде одинаковая, неважно, где работать, лишь бы быть в профессии.

И третья группа, самая многочисленная (49%), признает наличие проблемы, но вот делает ли что-то, чтобы ее решить, — осталось неизвестным, поскольку это вопрос другого исследования.

Очевидно, что организационный интерес представляет не само отношение руководителей медицинских организаций к оттоку кадров, будь то отъезд в другой регион или переход в частную клинику, а причины возникновения самой проблемы. В обыденном сознании бытует представление о том, что врачи меняют место работы в поисках более высокой оплаты труда. Наше исследование этого не подтвердило, хотя и не опровергло, о чем будет сказано ниже. А пока отметим, что только 26,9 опрошенных считают ситуацию с оплатой труда в государственных медучреждениях, если не трагической, то драматической (ответы, в которых оценка составляет от одного до пяти баллов включительно). В то же время 72,1% респондентов дали, скорее, положительную оценку ситуации с оплатой труда (от 6 до 10 баллов включительно), хотя отличной ее признал только один человек.

А что же тогда, по мнению руководителей медорганизаций, сильнее всего влияет на процесс оттока кадров? Оказывается, основная причина оттока кадров, по мнению руководителей медорганизаций, в низком уровне социального обеспечения медиков. Неудовлетворительным его признали 46,4% опрошенных, а удовлетворительным — 47,3%. Но среди положительных оценок преобладают оценки в 6–7 баллов, и мало кто оценил эту позицию в 8–10 баллов. Эти данные можно интерпретировать как потребность медицинских работников в более высокой степени **социальной защищенности**. Очевидно, что необходимы специальные

мероприятия в этом отношении (повысить престиж профессии, расширить правовое поле, регламентирующее труд медицинских работников, совершенствовать систему поощрений, которая в настоящее время представлена локальными актами, тогда как система наказаний действует на постоянной основе, сократить трудовые затраты на НЕ медицинские виды работ, и др.)

Положительно оценили ситуацию с кадрами в государственных медицинских организациях (отлично, хорошо, удовлетворительно) 57,1% респондентов. При этом большинство выбрало ответ «удовлетворительно». Отрицательную оценку дали 43% ответивших (скорее, неудовлетворительно, неудовлетворительно, критично). Несмотря на то, что положительных оценок больше, такое распределение показывает неуверенность руководителей медорганизаций в завтрашнем дне. Отток кадров продолжается и, хотя такая ситуация характерна для российского здравоохранения в целом, в каждом регионе есть свои особенности. В Волгоградской области очевиден парадокс: хорошая профессиональная подготовка делает медицинские кадры области востребованными и в частной медицине, и в других регионах, но это, в свою очередь, ослабляет кадровую базу нашего региона. Традиционные для России вопросы «Кто виноват?» и «Что делать?» были заданы респондентам, хотя и в иной форме.

Ответили не все, но те, кто ответил, признались, что больше всего обеспокоены снижением численности как врачей, так и среднего медперсонала. Эта информация ничего нового не содержала, поскольку заказчик исследования и задумал его будучи обеспокоенным той же проблемой. А вот указание причин дефицита кадров явилось неожиданностью. Как уже указывалось, бытует мнение, что миграционные процессы внутри медицинского сообщества имеют одну причину — недостаточную оплату труда. Но наши респонденты как раз ее в числе «лидеров кризиса» и не назвали! По их мнению, главная причина дефицита медицинских кадров — отсутствие системы распределения выпускников бюджетной формы обучения. На втором месте — снижение престижа профессии. На третьем — увеличение объема работы, высокие физические и психологические нагрузки. Здесь ясно прослеживается установка на моральные составляющие профессии — надежда на реализацию таких принципов биоэтики, как справедливость и благо [9, 10].

Первая, отмеченная респондентами, причина может быть истолкована как признак социальной зрелости респондентов — руководителей медицинских организаций. Они реально смотрят на вещи и ориентированы на перспективу. Но решать вопрос о введении какой-то формы распределения выпускников региональные органы власти не могут, это решается на федеральном уровне. Но уже сейчас и целевой прием, и ученический договор, за который ратует премьер-министр России, и некоторые другие формы могут регулироваться и регулируются на региональном уровне. Необходимо мониторить эффективность их применения и закреплять лучшее. Видимо, понимая трудности решения задач по обязательному распределению, респонденты не отметили этот момент в своих рекомендациях органам власти (предложение поступило только от одного человека).

Особо хочется отметить указание такой причины дефицита кадров, как **снижение престижа профессии**. Во-первых, это говорит о преданности своей профессии самих респондентов. Во-вторых, поднять престиж профессии можно и нужно уже на местном и региональном уровне, но

необходимо собрать предложения самих врачей и провести компаративный анализ с мнением пациентов о статусе врача. Таких исследований сейчас много, а мнение врачей целесообразно выяснять методом фокус-групп. Это позволит одновременно отслеживать динамику удовлетворенности изменениями в профессии самих медиков.

Что касается третьей причины дефицита кадров, то это, скорее, не причина, а следствие самого этого дефицита. Но здесь обнаруживается замкнутый круг — дефицит кадров увеличивает нагрузку на медперсонал — повышение нагрузки провоцирует уход из профессии, а это ведет к дефициту кадров. Ясно, что этот круг надо разорвать. В каком звене? Ответ или, лучше сказать, совет содержится в ответе на вопрос «Какие предложения, касающиеся мер поддержки медицинских работников государственных медицинских организаций, целесообразно, по Вашему мнению, внести на рассмотрение региональных органов власти?». Оказалось, что основные ожидания респондентов здесь связаны как раз с мерами социальной поддержки и социальной защиты медицинских работников. Так, на первом месте предоставление, за счет регионального бюджета, выплат медицинским работникам государственных медицинских организаций для оплаты первоначального взноса при получении ипотечного жилищного кредита на приобретение (строительство) жилого помещения и осуществление санаторно-курортного лечения медицинских работников в санаторно-курортных учреждениях региона за счет средств регионального бюджета. На втором — увеличение, за счет средств регионального бюджета, размера единовременной материальной помощи при трудоустройстве молодых специалистов с высшим и средним специальным медицинским образованием в медицинских организациях, расположенных в сельской местности. На третьем — предоставление, за счет средств регионального бюджета, ежемесячной денежной выплаты наставнику, сопровождающему очно или дистанционно, в соответствии с утвержденным планом адаптации, профессиональную деятельность наставляемого специалиста в медицинской организации.

Отметим озабоченность руководителей медицинских организаций положением и перспективами молодых

специалистов, что подтверждает вывод о том, что они настроены на перспективу и предлагают мероприятия, которые могут быть реализованы на региональном уровне. Это последовательная позиция, поскольку в целом респонденты не считают предусмотренные законодательством меры социальной поддержки медицинских работников достаточными (52,7%), хотя признают, что сейчас эти меры реализуются (59,1%).

Все сказанное предполагает однозначный ответ на вопрос «Что делать?» — заботиться не только о пациентах, но и о самих медицинских работниках [11]. В своих ответах они отметили, какой именно заботы и защиты ждут. Сформулируем это в кратких выводах.

Выводы

1. Руководители медицинских организаций признают отток кадров из системы здравоохранения и, как следствие, их дефицит в вверенных им организациях. Они не считают, что ситуация носит критический характер, но озабочены разработкой мер по сокращению этого процесса.
2. Отток кадров из государственных медицинских организаций в частную медицину или в другой регион связан с неудовлетворенностью социальной поддержкой и социальной защитой медицинских работников. Некоторые из этих проблем могут быть решены только на федеральном уровне, некоторые — на региональном. В защите, внимании, понимании нуждаются не только пациенты, но и медицинские работники, а система их этического-правовой поддержки у нас в стране не существует [12].
3. На региональном уровне возможны меры по укреплению престижа медицинской профессии, развитию системы наставничества, внедрению системы региональных льгот и поощрений. Особо нуждается в поддержке система межпоколенческой передачи ценностей профессии, где исключительно важна недооцененная пока у нас роль наставника [13, 14]. Наставник — это моральный агент становления выпускника медицинского вуза как специалиста и человека.

Литература

1. Самохвалов Игорь. Почему в России не хватает медработников. Парламентская газета. 06 марта 2023 г. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: dzen.ru/a/ZAUDTYdeDwlhzZ5e Дата обращения 11.07.2023.
2. Нодельман Валерия, Кулакова Вероника. Врачебный договор: в ГД обсуждают возврат к распределению из медвузов. Известия. 10.06.2023. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: https://cdn.iz.ru/sites/default/files/styles/1920x1080/public/article-2023-07/DKR_0261.jpg?itok=t4PBrDdc. Дата обращения 11.07.2023.
3. Меры соцподдержки и льготы для медработников в 2023 году. Онлайн юрист. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://ur29.ru/news/sotcialnaya-podderzhka-dlia-medrabotneyko-v/?ysclid=lkw7a68bun381253861>. Дата обращения 11.07.2023.
4. Пламенев Илья. Минздрав предложил передать часть врачебных обязанностей медсестрам. РБК. 10.05.2023. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rbc.ru/society/10/05/2023/645b1ec79a794767f947a7b4?ysclid=ly0vpe5o0208488916>. Дата обращения 11.07.2023.
5. В медучилищах будут учиться на год меньше. OKA.FM.29.08.2022. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oka.fm/new/read/social/V-meduchilishah-budut-uchitsya-na-god-menshe/#:~:text=%2D%20%D0%9E%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%20%2D-,%D0%92%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%83%D1%87%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%89%D0%B0%D1%85%20-%D0%B1%D1%83%D0%B4%D1%83%D1%82%20%D1%83%D1%87%D0%B8%D1%82%D1%8C%D1%81%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%20%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D1%88%D0%B5-,%D0%92%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%83%D1%87%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%89%D0%B0%D1%85%20%D0%B1%D1%83%D0%B4%D1%83%D1%82>
6. Седова Н. Н., Доница А. Д., Костенко О. В. Биоэтика: учебник. Москва: КНОРУС. Среднее профессиональное образование, 2022; 138 с.
7. Светличная Т. Г., Щукина Е. Г., Петрова И. А. Духовность и нравственное состояние личности медицинской сестры. Биоэтика. 2019; 12 (2): 15–18.
8. Власова В. Н. Биоэтика для медицинских сестер. Биоэтика. 2022; 15 (2): 68–69.

9. Тищенко П. Д., Седова Н. Н., Петров К. А. Врачевание — это деятельное милосердие и основание солидарности. *Биоэтика*. 2022; 15 (1): 6–18.
10. Семенова Е. Г., Черемушникова И. К. К вопросу о врачебной этике (историческая реконструкция на основе комплементарных дискурсов). *Биоэтика*. 2020; 14 (2): 6–8.
11. Табатадзе Г. С., Костенко О. В., Табатадзе В. Г. Размышления об этике пациента. *Биоэтика*. 2022; 15 (1): 51–57.
12. Седова Н. Н. Этическая экспертиза в медицине: от гуманизма к формализму. *Биоэтика*. 2022; 15 (2): 6–11.
13. Быков А. В., Мяконький Р. В. Начинаящий хирург и его наставник. Волгоград, 2022; 172 с.
14. Каплунов К. О., Мяконький Р. В. К вопросу о наставничестве в эпоху COVID-19: взгляд молодых специалистов. В сборнике: *Безопасность в современной медицине: от концепции к образованию и практике*. Владикавказ. 2022; 273–280.

References

1. Igor Samokhvalov. Why there are not enough medical workers in Russia. Parliamentary newspaper. March 06, 2023. Available from URL: dzen.ru/a/ZAUDTYdeDwlhzz5e. Accessed 11.07.2023. Russian.
2. Nodel'man Valeriya, Kulakova Veronika. Vrachnyy dogovor: v GD obsuzhdayut vozvrat k raspredeleniyu iz medvuzov. *Izvestiya*. 10.06.2023. Available from URL: https://cdn.iz.ru/sites/default/files/styles/1920x1080/public/article-2023-07/DKR_0261.jpg?itok=t4PBrDdc. Accessed 11.07.2023. Russian.
3. Social support measures and benefits for health workers in 2023. Available from URL: <https://ur29.ru/news/sotcialnaya-podderzhka-dlia-medrabotneykov/?ysclid=lkw7a68bun381253861>. Accessed 11.07.2023. Russian.
4. Ilya Plamenev. The Ministry of Health proposed to transfer part of the medical duties to nurses. RBC (rbc.ru). Available from URL: <https://www.rbc.ru/society/10/05/2023/645b1ec79a794767f947a7b4?ysclid=ljyObpe5o0208488916>. Accessed 11.07.2023. Russian.
5. Medical schools will study for a year less. Medical schools will study for a year less (oka.fm). Available from URL: <https://www.oka.fm/new/read/social/V-meduchilishah-budut-uchitsya-na-godmenshe/#:~:text=%2D%20%D0%9E%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%20%2D-,%D0%92%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%83%D1%87%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%89%D0%B0%D1%85%20-%D0%B1%D1%83%D0%B4%D1%83%D1%82%20%D1%83%D1%87%D0%B8%D1%82%D1%8C%D1%81%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%20%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D1%88%D0%B5-,%D0%92%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%83%D1%87%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%89%D0%B0%D1%85%20-%D0%B1%D1%83%D0%B4%D1%83%D1%82%20%D1%83%D1%87%D0%B8%D1%82%D1%8C%D1%81%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%20%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D1%88%D0%B5->
6. Sedova NN, Donika AD, Kostenko OV. *Bioethics: textbook*. Moscow: KNORUS. Secondary vocational education, 2022; 138 p. Russian.
7. Svetlichnaya TG, Shchukina EG, Petrova IA. Spirituality and moral state of a nurse's personality. *Bioethics*. 2019; 12 (2): 15–18. Russian.
8. Vlasova VN. Bioethics for nurses. *Bioethics*. 2022; 15(2): 68–69. Russian.
9. Tishchenko PD, Sedova NN, Petrov KA. Healing is an active charity and the foundation of solidarity. *Bioethics*. 2022; 15 (1): 6–18. Russian.
10. Semenova EG, Cheremushnikova IK. On the question of medical ethics (historical reconstruction based on complementary discourses). *Bioethics*. 2020; 14 (2): 6–8. Russian.
11. Tabatadze GS, Kostenko OV, Tabatadze VG. Reflections on the ethics of the patient. *Bioethics*. 2022; 15 (1): 51–57. Russian.
12. Sedova NN. Ethical expertise in medicine: from humanism to formalism. *Bioethics*. 2022; 15 (2): 6–11. Russian.
13. Bykov AV, Myakonky RV. A novice surgeon and his mentor. Volgograd, 2022; 172 p. Russian.
14. Kaplunov KO, Myakonky RV. On the issue of mentoring in the era of COVID-19: the view of young professionals. In the collection: *Safety in modern medicine: from concept to education and practice*. Vladikavkaz, 2022; 273–280. Russian.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕКОНЦЕПЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

А. О. Борисова , Р. С. Нестеров

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Прекоцепционное генетическое тестирование на носительство (ПГТ(Н)) стало заметным социокультурным явлением, поставив перед индивидом и обществом различные этические вопросы. Проблема информирования пациента касательно рисков рождения детей с генетическими патологиями включает в себя спектр вопросов, касающихся вероятностного характера генетических данных, проблемы детерминизма, а также стоимости и качества медико-генетического консультирования. Профилактические задачи генетики неизбежно ставят вопрос о границах автономии пациента и взаимной ответственности индивида и общества. В статье приведен этико-философский анализ социокультурных аспектов ПГТ(Н), включающих в себя неоевгенические черты профилактики, проблемы гибриса и генетического фатализма.

Ключевые слова: прекоцепционное генетическое тестирование, медико-генетическое консультирование, этика, этические проблемы генетики, социокультурные аспекты генетики

Финансирование: проект РНФ. № 19-18-00422.

Вклад авторов: А. О. Борисова — разработка концепции статьи, составление резюме, обзор публикаций по теме статьи, анализ научного материала, написание текста; Р. С. Нестеров — обзор публикаций по теме статьи, подбор эмпирических данных статьи, написание текста.

✉ **Для корреспонденции:** Александра Олеговна Борисова
ул. Островитянова, 1, г. Москва, Россия; borissova@yandex.ru

Статья поступила: 21.05.2023 **Статья принята к печати:** 28.08.2023 **Опубликована онлайн:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.020

SOCIOCULTURAL ASPECTS OF PRECONCEPTION GENETIC TESTING

Borisova AO , Nesterov RS

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Preconception genetic testing for carrier diseases (PGT(C)) became a noticeable sociocultural phenomenon that raised various ethical issues with the individual and society. The issue of informing patients about the risks of giving birth to children with genetic abnormalities includes a range of questions about the probabilistic nature of genetic data, determinism, and cost and quality of medical and genetic counseling. Preventive tasks of genetics inevitably raise a question about the borders of a patient's autonomy and mutual responsibility of the individual and society. In this article, ethical and philosophical analysis of sociocultural aspects of PGT(C) has been presented, including neoevgenic prevention traits, hubris and genetic fatalism.

Key words: preconception genetic testing, medical and genetic counseling, ethics, ethical problems of genetics, sociocultural aspects of genetics

Financing: Russian Science Foundation project No. 19-18-00422.

Author contribution: Borisova AO — development of the article concept, preparation of resumes, review of related publications, analysis of scientific data, writing a text; Nesterov RS — review of related publications, selection of empirical data, writing a text.

✉ **Correspondence should be addressed:** Aleksandra O. Borisova
ul. Ostrovityanova, d. 1, Moscow, Russia; borissova@yandex.ru

Received: 21.05.2023 **Accepted:** 28.08.2023 **Published online:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.020

Различные виды генетического тестирования стали неотъемлемой частью жизни современного общества, породив ряд социальных явлений, встроенных в культуру на различных мировоззренческих уровнях.

Появившиеся в 2008 г. методики NGS (Next-generation sequencing), позволили быстро секвенировать нуклеотидную последовательность ДНК, РНК и другие биополимерные молекулы. Методы NGS отличаются небольшой стоимостью (за 15 лет стоимость секвенирования ДНК снизилась в 100 тысяч раз [1]) и высокой точностью по сравнению с прежними технологиями — благодаря этому генетические исследования стали доступны для врачей-клиницистов разных специальностей и для широкого круга пациентов. На этой почве зародились новые практики заботы о здоровье, связанные с генетическим тестированием с целью определить риски заболеваний и спортивных травм, предрасположенности к ожирению и другим метаболическим проблемам, чувствительность

к лекарствам, а также прогнозирование репродуктивных возможностей. Кроме того, экономически стимулированное желание узнать о себе что-то новое и интересное, привело к развитию потребительской генетики — направления исследований, цели которых далеки от прикладных задач медицины и носят, скорее, развлекательный характер. Это, например, тестирование на этническую принадлежность, поиск родственников, выбор косметических и уходовых средств. Прибегнуть к генетическому тестированию теперь может каждый желающий, минуя врачебные назначения — генетические лаборатории контактируют напрямую с потребителем, что вносит новый взгляд на генетическую информацию. Привычные иерархические алгоритмы медицины нарушаются [1], генетика выходит за рамки здравоохранения и становится частью жизни современного общества и весомым сектором экономики.

Таким образом, новая геномика стала широкомасштабным социальным явлением, новым вызовом для индивида и общества.

Прекоцепционное генетическое тестирование на носительство (ПГТ(Н)) остро поставило вопрос соотношения профилактики и репродуктивной автономии пациента, а также породило ряд этических противоречий. Успешный опыт программ ПГТ(Н) стал популяризоваться и ставить такие этические вопросы, как вынужденный выбор или моральное обязательство по отношению к своим будущим детям, сконструированные на культурных представлениях о здоровье, благополучии, счастье.

Эти ценностные конструкты с одной стороны и свобода и право индивида на медицинские ресурсы с другой стороны составляют картину сложного морального выбора. Этот выбор сдвигается в сторону интересов индивида в одних случаях и общества в других. Например, в случае профилактики интересы общества преобладают.

Преследуя благие цели профилактики различных тяжелых заболеваний, медицинская генетика расширила спектр ценностных ориентиров далеко за пределы биологического понимания здоровья. Желание улучшить здоровье популяции привело к тому, что индивидуальная свобода оказалась поставлена под угрозу. Пациентская автономия по мере развития генетических технологий и появления потребительской геномики стала более уязвимой и зависимой. Моральные дилеммы «правильного выбора» встраиваются в социальную ткань в контексте медиализации на уровне прогностических и терапевтических решений, каждое из которых произрастает на социокультурной почве. Репродуктивная автономия в контексте ПГТ(Н) приобретает особые черты, проанализировать которые представляется крайне важным с точки зрения современной биоэтики.

В статье рассматриваются культурные факторы формирования общественных представлений о здоровье в контексте генетического тестирования, а также приведен анализ социальных явлений, порожденных технологиями ПГТ(Н).

1. ПРЕКОЦЕПЦИОННОЕ ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ КАК НОВЫЙ ВЫЗОВ ОБЩЕСТВУ

1.1 Социальные тенденции генетических исследований на носительство в России

Несмотря на относительную новизну, услуги по генетической диагностике набирают большую популярность среди граждан России — по оценкам экспертов, отмечается рост рынка генетического тестирования.

Используя метод контент-анализа средств массовой информации (СМИ), в рамках данной статьи мы обратили внимание на популярность ДНК-тестирования среди населения.

По данным, опубликованным в отчете маркетинговой компании Smart Consult, в ходе вторичного анализа данных было выявлено, что производители указывают на рост спроса на свои услуги в 2021 г. В ходе анализа данных аналитики выяснили, что российский рынок генетических тестов в среднем в год увеличивается на 15% по охвату и к 2025 г. расходы на ДНК тестирование достигнут 5 млрд. рублей [2].

В отчете ООО «Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «Генетико» за 2020 г. замечен спад по вырученной прибыли по сравнению с 2019 г. на 10% [3]. Авторы отчета отмечают, что спад потребности в генетических тестах связан с пандемией COVID-19. В данный период гражданам были ограничены в передвижении и в целом

реже обращались за медицинской и диагностической помощью, не связанной с профилактикой и лечением коронавирусной инфекции.

Респонденты-производители генетических тестов, опрошенные в рамках исследования, проводимого Forbes, отмечали при этом, что в 2021 г. спрос на их продукцию значительно возрос по сравнению с 2020 г. Российская компания Genotek в опросе сообщила, что ежегодно в 2,5 раза увеличивается востребованность их услуг [4].

Результаты подобных исследований и опросов позволяют определить экономическую роль услуг генетического тестирования и их востребованность для населения, что в свою очередь указывает и на социальную значимость.

Безусловный вклад в увеличение востребованности генетического тестирования вносят повсеместная пропаганда и популяризация здорового образа жизни. Несмотря на более высокую стоимость генетических тестов в России по сравнению с США (в 2–3 раза) [5], в настоящее время, помимо людей с высоким уровнем дохода, увеличилось потребление генетических тестов и среди людей со средним уровнем достатка. Однако сегодня людей больше интересует не рождение здоровых детей, а текущие личные проблемы, связанные с избыточным весом, мышечной массой, риском развития тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и др. [6].

Например, по данным исследования НИИЦ эндокринологии, значительно увеличился спрос на генетическое тестирование в РФ в 2021 г., что на 16% больше, чем в 2020 г. Авторы исследования, ссылаясь на Н. Г. Мокрышеву, отмечают: «генетика занимает все большее место в современной медицине по четырем основным направлениям, в том числе в пренатальной диагностике, предиктивной медицине и различных скринингах» [7].

Ссылаясь на экспертное мнение, М. Д. Логачева и В. С. Пушкарев утверждают [8], что постепенно стоимость генетического тестирования будет снижаться. Снижение стоимости также может положительно повлиять на востребованность тестирования среди населения и на масштабирование услуги, в том числе ПГТ(Н), на государственном уровне.

При анализе правовых рисков, связанных с генетической дискриминацией, Е. Е. Богданова прямо отвечает, что запрос общества на информацию о ДНК резко возрос. Вместе с тем, возросла и «значимость генетической информации, содержащейся в ДНК человека» [9].

К. З. Ревязан, анализируя зарубежный опыт относительно психосоциальных, этических и иных аспектов генетического тестирования обращает внимание на следующий факт. «После получения информации о преимуществах проведения генетического скрининга на носительство моногенных рецессивных заболеваний у большинства лиц даже без отягощенного анамнеза формируется к нему положительное отношение» [10]. Авторы упоминают исследование, которое проходило в США в 2019 г., в рамках которого участники получали знания и информацию о скрининге. «Подавляющее большинство пациентов сообщили о положительном (45,2%) или нейтральном (48,2%) отношении к нему, а также считали, что скрининг необходимо предлагать всем беременным женщинам. Однако при ответе на вопрос о желании пройти скрининг на носительство

только 34,2% ответили положительно, 51% были не готовы, остальные сомневались. Полученные результаты значимо не различались между исследуемыми группами пациентов. Нежелание пройти скрининг объяснялось нехваткой времени, отсутствием готовности менять свои репродуктивные планы при выявлении носительства, финансовыми ограничениями, так как участники не считали нужным тратить деньги на «гипотетическую возможность носительства», что лишний раз свидетельствует о необходимости повышения уровня образования населения» [11].

Образованность благополучателей (пациентов) и медицинских работников вносит вклад в востребованность и спрос данной услуги среди населения.

1.2. Проблемы информирования

Информирование — одна из наиболее этически сложных задач в генетике, поскольку именно момент информирования является точкой зарождения конфликта интересов индивида и общества.

Особенностью генетической информации, сообщаемой пациенту, является ее вероятностный характер и сложность интерпретации данных.

Усложнение задач информирования пациента в ходе генетического консультирования формирует специфические требования к формам добровольного информированного согласия, включающие образовательную и разъяснительную задачи. «Пациентам необходимо объяснять комплекс разных аспектов, касающихся вероятностно-прогностической и семейной специфики генетических данных, возможность изменения интерпретации результатов со временем, что придает особое значение понятности и читаемости форм ДИС. <... > Предоставление информации в общем виде нацелено на то, чтобы избежать бесполезных и даже потенциально вредных эффектов информирования, при этом обеспечивая необходимые для принятия решения сведения. Однако важно, чтобы пациент осознавал особенности генетической информации, понимал ее значение для кровных родственников и ее зависимость от постоянно изменяющихся геномных баз» [12].

В ходе консультации врач-генетик получает массивный объем данных, клиническое значение которых может варьироваться в зависимости от вариантов последовательности ДНК.

В. Л. Ижевская и Е. Е. Баранова подразделяют их на три группы:

- «– варианты, связь которых с заболеванием установлена ранее, что позволяет подтвердить диагноз;
- варианты, которые могут иметь отношение к состоянию здоровья человека, но не связаны с первоначальной целью тестирования (вторичные или неожиданные находки);
- варианты неопределенного значения, связь которых с патологией в настоящее время не доказана.

Интерпретация выявленных генетических вариантов может быть затруднена из-за недостатка знаний о их патогенности или доброкачественности (так называемые варианты неопределенного значения), она может меняться со временем при накоплении научных знаний или клинических наблюдений. При обнаружении некоторых генетических вариантов можно с высокой вероятностью предсказать заболевание только в контексте

медицинского или семейного анамнеза соответствующего заболевания» [13].

Прекоцепционное генетическое тестирование предоставляет данные о вероятности рождения ребенка с патологией. Эта вероятность, несмотря на ее процентное выражение, является серьезным источником стресса и порождает различные линии поведения вплоть до отказа от деторождения или намеренного избегания генетического тестирования. Например, профилактические меры по борьбе с талассемией на Кипре в 1970-е гг. спровоцировали в обществе страх рождения больного ребенка до такой степени, что это привело к снижению рождаемости и увеличению числа аборт. Люди, имеющие здорового ребенка, не хотели испытывать судьбу и рисковать, довольствуясь своим положением, а имеющие уже больного ребенка не желали повторять травматичный опыт, поэтому также отказывались от деторождения. Американский антрополог Пол Рабиноу называет подобное самоограничение «генетическим ноцебо» [14].

Информация, получаемая пациентами на консультации, с одной стороны, помогает им принимать решения относительно своего будущего, а с другой стороны, зачастую не соответствует их культурному и образовательному уровню, вследствие чего возникает ложное представление о болезни — иногда поверхностное и слишком оптимистичное, а иногда слишком негативное и гнетущее. Для представителей традиционных культур, например, таких как консервативные евреи, подобная информация может стать довлеющей по причине ответственности перед будущим поколением и опасности невольного раскрытия конфиденциальной информации в небольшой общине, где все друг друга знают.

Восприятие генетической информации в ходе консультирования ложится на уже имеющиеся ожидания пациента. Причем эти предварительные представления могут варьироваться от полной неопределенности до вполне четкой модели со своими объяснениями. Согласно исследованию Роны Маклеод [15], даже если по результатам тестирования не была выявлена наследственная причинность, пациенты все равно ее искали. Попытки проанализировать причины болезни имели оттенок предвзятости.

Также можно отметить отсутствие понимания того, что повлечет за собой генетическое консультирование. Несмотря на то, что многие пациенты уже имели опыт общения с врачом по поводу генетики на доклиническом этапе, полученная на консультации информация стала для них неожиданной, а самым главным вопросом к врачу-генетику были те, которые давали максимальную определенность, т.е. вопросы по типу «да/нет». Преимущественно речь шла о факте наследственности, о рисках для пациента и его семьи и возможности повлиять на них. Причем эти возможности чаще делегируются врачу, что дает чувство безопасности пациенту [15].

Исследование процедуры генетического консультирования, проводившееся в Канаде в 2013 г., показало, что основной проблемой является низкий уровень осведомленности о генетических заболеваниях в обществе в целом. Пациенты приходят в надежде получить больше информации и от процесса консультирования зависит их психо-эмоциональное состояние [16].

Вопрос защиты личных данных в ходе генетического консультирования на носительство также является актуальным. Несмотря на меры обеспечения конфиденциальности в программе профилактики болезни

Тей-Сакса в рамках программы «Дор-Йешорим», возникает вопрос об уязвимости индивидов в малой социальной группе верующих, где проводилось ПГТ(Н). Так называемая «общинная генетика» помогает выстраивать механизмы профилактики благодаря устоям и авторитетам, но в то же время сопряжена с риском невольного раскрытия информации, по мнению израильского исследователя А. Раца, так как внутри небольшого сообщества по косвенным признакам окружающие могут догадываться о причинах расторжения помолвки и подвергнуть носителя и его семью дискриминации.

Таким образом, прогностический характер требует изменения модуса взаимоотношений «врач–пациент», как с учетом глубины понимания рисков и выгод для пациента, так и с учетом его культурной принадлежности и психоэмоционального состояния.

Информирование охватывает не только проблему получения ДИС, но и получения информации [17], консультирования по вопросам предрасположенности к наследственным заболеваниям [18].

З. М. Султанаева и коллеги, ввиду низкого охвата семей информированием о методах диагностики и медицинских технологиях, провели социологическое исследование отношения женского населения к методам генетических исследований и генетического просвещения среди 698 женщин репродуктивного возраста.

Результаты исследования показали, что большая часть участниц исследования (70,5%) отмечают важность знаний и информации относительно наследственных заболеваний. Респондентам был задан вопрос о необходимости проведения медико-генетического консультирования. Так, 38,4% респондентов считает необходимым проводить его «при вступлении в брак, 47,9% при беременности и 24,2% только людям из семей с наследственными заболеваниями».

Стоит обратить внимание, что часть респондентов, участвующих в опросе, при ответе на вопрос относительно решения о проведении пренатальной диагностики в 25,7% случаев считают, что решение должен принимать врач.

В рамках вышеупомянутого опроса, участникам также было предложено ответить на вопрос о форме согласия на проведение ДНК-тестирования. 32,3% респондентов считают, что для проведения процедуры достаточно устной договоренности, «28,5% — необходимо письменное согласие с подписью обследуемого, 38,5% — обязательно письменное информированное согласие с подписью врача и пациента» [19].

1.3 Профилактика vs репродуктивная автономия

Основными целями ПГТ(Н) являются снижение рисков рождения детей с патологиями и получение информации о своем здоровье.

Как показывают примеры профилактических программ в странах Запада, для достижения первой цели нередко приходится смещать фокус внимания с интересов индивида на интересы общества. Это ставит вопрос о границах автономии пациента. Сама идея профилактики подразумевает вполне конкретные решения, которые не всегда могут совпадать с ожиданиями пациента или его жизненными ценностями.

Моральной основой взаимоотношений врача и пациента является правдивость, которая может быть интерпретирована как «право знать», т.е. получить максимально полную и достоверную информацию, чтобы

на ее основе принять решение. Причем это решение непременно должно быть самостоятельным и без внешнего давления, чтобы соблюдался принцип автономии пациента.

Автономные решения могут трактоваться по-разному. С одной стороны, это часть практики заботы о здоровье, с другой стороны — ответственное отношение к родительству, желание дать своим будущим детям лучшее. Однако именно на чувстве ответственности и долга строится риторика «моральной обязанности» перед обществом. «Зачем рожать инвалида? Зачем обрекать ребенка на страдания?» — вопрошает коллективное «я» друзей, родственников, сограждан. Социальные ожидания, сконструированные как мечты об идеальном здоровом обществе, не просто носят утопический характер, но делают репродуктивный выбор человека зависимым от его окружения и ценностных установок общества. Генетические данные становятся инструментом контроля и власти, в некоторых порождая так называемую «генетическую дискриминацию». В период пандемии коронавируса в штатах Вашингтон и Алабама в США больницы обвинялись в дискриминационной политике сортировки больных, которая не давала доступ к таким дефицитным ресурсам, как аппараты ИВЛ, на основании данных о генетической патологии, относящейся к группам хронических заболеваний или умственных отклонений [20].

В обществе, где семьи с детьми-инвалидами подвергаются осуждению, в условиях возрастающего влияния потребительской геномики, страхи становятся инструментом рекламных спекуляций, а пациентские решения формируются в заведомо стрессовой ситуации.

Весьма показательным является высказывание депутата Государственной Думы И. Лебедева о девочке-инвалиде, спровоцировавшее бурное обсуждение в СМИ и социальных сетях в 2017 г.: «Зачем таким детям разрешают появляться на свет, ведь это мучение, а не жизнь?! Современная медицина определяет патологию заранее» [21].

Согласно исследованиям, стигматизация ведет к социальной изоляции родителей от семьи и общества, психологическому выгоранию, суицидальным мыслям.

Выход из этой ситуации с помощью генетического консультирования, в частности, М. Ватанабе предлагает для решения проблем межличностных отношений в семье [22].

Другим важным аспектом автономного решения является возможность лечения диагностированного заболевания, но в настоящее время 95% генетических патологий не лечатся.

Таким образом, получая информацию о носительстве, пациент попадает в ситуацию суперпозиции, когда выбор есть, но в то же время его нет.

Автономия пациента и профилактические задачи здравоохранения сплетаются в сложный орнамент биосоциальности, который можно описать как совокупность представлений человека о себе как живом организме на основе социокультурных представлений о здоровье и возможностях повлиять на него.

Размышляя о взаимосвязи регуляционных механизмов общества модерна, Пол Рабиноу описывает парадигму социальной реальности, которая стремится конструировать и изменять природу сообразно культурным представлениям. Он прослеживает исторический переход от конструирования общества по моделям природы к конструированию природы по модели культуры — это система социальных практик, развивающихся на базе новой геномики.

Ссылаясь на Р. Кастеля («Управление рисками», 1981), Рабиноу описывает изменение социальных технологий, которое «...сокращает прямое терапевтическое вмешательство и замещает его усилением превентивного административного управления группами населения, находящимися в зоне риска».

Попытки преодоления разногласий между природой и культурой выражаются в проецировании ценностей как с природы на культуру, так и с культуры на природу.

Французский философ и социолог Бруно Латур наделяет свойствами агентности не только индивидов, но и объекты, идеи, технологии. В его акторно-сетевой теории технологии приобретают статус привилегированного объекта. Опираясь в рамках Парижской школы семиотики, Латур заявляет, что «научный факт конституируется между обществом и природой во взаимодействии гетерогенных субъектов/объектов» [23]. Трактую социокультурные последствия ПГТ(Н) на основе теории Латура, можно сказать, что генетике делегируются компетенции общества. Следуя той же логике, сам человек уже представляет собой не пассивный социальный субъект, а сложный ансамбль природного и социального, гибридную акторную систему саму в себе.

К тому же, даже проявившиеся в фенотипе генетические патологии могут восприниматься не как тотальная неудача и жалкое безрадостное существование, а как особый образ жизни. Такие примеры приводит в своей работе «Дьявольский ген» Б. М. Ассаэль: «вспоминается судьба Мишеля Петруччани, гения музыки, страдавшего несовершенным остеогенезом и преждевременно умершего по причине осложнения патологии. Кто может сказать, что его жизнь не стоила того, чтобы ее прожить? Мишель решился на продолжение рода, осознавая высокую вероятность появления на свет больного ребенка, но он воспринимал свое состояние лишь как явление, а не как болезнь» [24]. Многочисленные пациентские организации только подтверждают подобный взгляд и стремятся доказать, что жить достойно и иметь возможность самореализации в цивилизованном обществе может каждый вне зависимости от наличия врожденной патологии.

Таким образом, автономия пациента может реализоваться в рамках системы социальных представлений о здоровье, в которых устоявшиеся ценности сплетаются с надеждами и опасениями относительно современных биомедицинских технологий. При этом мечтательная устремленность к идеальной жизни, которую можно прогнозировать и конструировать, прагматически уравнивается социальной реальностью и ее индивидуальным психологическим восприятием.

2. КУЛЬТУРНЫЕ ЛАНДШАФТЫ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ ЭТИКИ

2.1. Неоевгенические черты ПГТ(Н)

До 80-х годов XX в. генетическое консультирование носило профилактический характер, однако множество вопросов касательно социальной справедливости и неоевгенических веяний в геномике изменили вектор процедуры информирования в сторону недирективного предоставления информации о здоровье. Если представить, что система здравоохранения информирует пары на предмет носительства, не ставя задачу сокращения числа рождения больных детей, то акцент смещается в сторону распределения социальных и экономических ресурсов государства.

Создание «идеального здорового ребенка» стало одним из элементов мозаики коллективных надежд и ожиданий, основанных на открытиях проекта «Геном человека». Безусловно, в новой геномике мы видим множество евгенических черт, которые хотя и не связаны с физическим уничтожением автономных живых организмов, тем не менее вызывают множество вопросов касательно этической стороны генетических технологий.

Неоевгенические черты в генетике проявляются в разных сценариях действий. Первый — это пренатальная диагностика (НИПТ или инвазивные методы), несмотря на то что это направление нельзя назвать селективным, перспектива аборта по медицинским показаниям создает моральную напряженность. При проведении обследования предлагается профилактировать патологию посредством аборта. Для семьи, ожидающей желанного ребенка или просто не приемлющей аборт по личным убеждениям, такой сценарий становится стрессовым. Альтернативой развития событий при соблюдении уважения автономии пациента может стать перинатальная паллиативная помощь — система поддержки естественного хода событий и проживания опыта родительства даже при самом неблагоприятном прогнозе. Опыт зарубежных стран, таких как Нидерланды, США и Канада, показывает, что программы паллиативной помощи помогают менее травматично пройти ситуацию рождения и смерти ребенка с тяжелой патологией.

Еще одним этическим аспектом пренатальной генетической диагностики является ее немедицинский характер прогнозирования. В случае с патологиями не угрожающими жизни, такими как синдром Дауна, прогноз опирается не на факт угрозы жизни матери или тяжелой инвалидности ребенка, а на представления о качестве жизни. Прогнозирование не лишено стигматизации как со стороны общества, так и со стороны медицинских работников.

Второй сценарий генетического тестирования — это преимплантационная диагностика и отбор здоровых эмбрионов в ходе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Если взглянуть на правовой и моральный статус эмбриона как субъект морального отношения, то отбор здоровых эмбрионов и уничтожение патологичных имплицитно ставят вопрос о большей ценности одних людей перед другими.

Неоевгенические черты встроены в саму идею популяционной профилактики, что порождает биоэтическую дискуссию о справедливости в обществе в условиях генетизации. Острота этой дискуссии снижается по мере перехода главных задач генетического консультирования от профилактики к информированию, когда профилактика становится свободным, а не вынужденным выбором для пациента. Таким образом, информирование является основанием для репродуктивного выбора.

В то же время, если смоделировать принятие пациентского решения как полностью автономное, свободное от внешнего давления профилактической политики государства, возникает вопрос, что делать обществу, если, пользуясь возможностями потребительской геномики, родители будут выбирать наследственные признаки не только по принципу исключения тяжелых заболеваний, но и по субъективным представлениям — например, склонность к полноте или цвет глаз. Должно ли общество высказывать свою оценку таким явлениям или должно оставить подобные решения неприкосновенными?

С точки зрения биоэтики можно предположить, что здоровый баланс пациентского прагматизма должен

определяться не столько на ориентирах «желательных» и «нежелательных» признаков, сколько на моральных ценностях индивидуума или пары вкуче с мерами социальной и медицинской поддержки.

2.2 Геномика в роли Пигмалиона. Проблема гибриса как неотъемлемой черты профилактических прогнозов

Образ Пигмалиона, влюбленного в свое творение, стал яркой метафорой в гуманитарных исследованиях генетики (Lucas J. Matthews, Ruth Ottman, Paul S. Appelbaum, Cleaver J E, Vuksanovic L.) [25]. Действительно, прогностические надежды и утопичность имплицитно связаны с высоким уровнем эмоциональной вовлеченности участников дискурса. Желание достичь идеала совершенно искренне, а профилактические цели — морально и экономически обоснованы.

Руководство рисками ставит акторов медико-генетического взаимодействия (генетиков-исследователей, врачей-клиницистов и пациентов) в позиции вершителей судьбы, желающих из самых лучших побуждений эти риски минимизировать. Прогнозирование счастливого будущего становится метазадачей ответственного медработника и разумного пациента — автономное решение о рождении или нерождении. Эвристическая ценность преконцепционного генетического тестирования на носительство возрастает вкуче с постулированием высоких целей. Однако каковы эти цели?

Они, безусловно, глобальны. Забота о здоровье своей страны и человечества в целом встраиваются, по выражению П. Рабиноу, «в социальную ткань на микроуровне благодаря множеству биополитических практик и дискурсов» [26] и становятся мощной силой в деле изменения общества — даже более мощной, чем революция в физике.

Подобные цели зиждутся на излишней самоуверенности и высокомерии, или иначе говоря, гибрисе — это свойство людей, обладающих большой властью или считающих себя таковыми. Концепция гибриса может быть применена к проблемам биоэтики.

Гибрис — это сочетание таких свойств, как чрезмерная самоуверенность, жесткая критика иного мнения и отрыв от реальности. Нельзя не заметить, что эти свойства присущи некоторым культурным установкам относительно ПГТ(Н). Желание не только прогнозировать, но и профилировать проблемные ситуации на личном и популяционном уровне ставит систему здравоохранения в положение вершителя судеб, а индивида (пациента) — в положение Демиурга, конструирующего реальность в соответствии со своим замыслом.

Социокультурные мотивы принятия решений у представителей различных культур могут идти совершенно разными путями. Для одних это обязательство перед родом, общиной и Богом, для других — рациональный путь предотвращения рисков в духе пациентского прагматизма.

Аксиологическим основанием для тех и других является управление собственной судьбой, основанное на иррациональности. Именно иллюзорное ощущение способности управлять судьбой делает новую геномику мифическим творцом будущих поколений — метафорической Галатеей, оживающей в руках мастера.

С точки зрения авторов, разрешить проблему гибриса в этическом аспекте ПГТ(Н) возможно при развитии должного уровня взаимоотношения «врач-пациент» на

основе компетентного недирективного информирования, построения обратной связи с пациентом, учета его культурного уровня и ценностных установок.

2.3. Генетический фатализм и ценностные установки современного общества

Вмешательство в репродуктивный выбор по-прежнему остается актуальной проблемой в контексте понимания личной свободы и ответственности. Борьба с болезнью как популяционной проблемой с помощью генетического ликбеза показала себя эффективной — широкомасштабная программа борьбы с талассемией в Италии в 1950-е гг. охватила порядка 20% населения страны. Комплексный подход и поддержка государства помогли достичь значительных успехов по устранению заболевания. Политика профилактики была нацелена на информирование о носительстве в юношеском возрасте с целью повлиять на будущие репродуктивные решения.

Возникает вопрос: в каких условиях принимаются эти решения? Реализуется ли свобода выбора или человек становится заложником генетической информации?

Размышления о свободе своей репродуктивной судьбы (и судьбы вообще) и ответственности перед ней неразрывно связаны с проблемой генетического детерминизма. Философское понятие «судьба» трактуется уже не просто как неизбежность, рок, онтологическая данность, а как сложный комплекс научных детерминант, основанных на культурных установках. Попытка рационализировать свободу приобретает новые смыслы, детализируя понятие свободы до условных оппозиций «здоровье–болезнь», «благополучие–неблагополучие», «случайность–выбор», «польза–риск».

Российский исследователь Е. В. Брызгалова рассматривает формирование генетического детерминизма и проистекающего из него фатализма как процессы, влекущие за собой разнообразные социальные трансформации: «Ссылки на генетику как науку в общественном сознании маркируют ценностные суждения относительно обусловленности судьбы как законосообразные. Причем, с одной стороны, имеет место влияние генетических суждений на представления об обусловленности жизненного пути человека, а с другой — происходит подстраивание интерпретаций генетических данных под представления культуры о соотношении случайного и необходимого, наследственного и средового. Это происходит в контексте процессов медиализации и генетизации, трансформирующих разные сферы социальных отношений и имеющих разнообразные проявления» [27].

Следовательно, можно заключить, что корреляция личного и общественного блага выражается в тенденции генетического детерминизма, дающего почву для рациональных и иррациональных мотиваций при принятии решений пациентом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преконцепционное генетическое тестирование на носительство стало новым вызовом для социума, конструирующего свои представления о здоровье и благополучии на базе культуры.

На фоне динамично развивающейся медицинской и потребительской геномики особую актуальность приобрели ее этические и социокультурные аспекты. Под

влиянием различных факторов формируется внутренняя логика пациентского решения, которая, с одной стороны, основана на опасениях и страхах, а с другой — на доверии достижениям биомедицины и желании управлять своей жизнью и прогнозировать ее. В частности, судьба будущих детей и их благополучие соотнобразуется с личным замыслом

пациента и зависит от его культурно обусловленных ценностных установок и образовательного уровня.

Большое влияние генетического детерминизма и надежды на управление здоровьем будущих поколений становятся специфической чертой ПГТ(Н), ставя вопросы этического характера перед государством и обществом.

Литература

- Eissenberg Joel C. Direct-to-Consumer Genomics: Harmful or Empowering, *Mo Med*. 2017 Jan-Feb; 114 (1): 26.
- Анализ рынка генетического тестирования в России и странах Европы. 21.12.2021. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://smartconsult.group/product/analiz-rynka-geneticheskogo-testirovaniya-v-rossii-i-stranah-evropy>
- Годовой отчет общества с ограниченной ответственностью «Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «Генетико» за 2020 год. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: https://genetico.ru/wp-content/uploads/invest/Annual%20Report_2020.pdf
- Сбросить вес и продлить молодость: почему в России вырос спрос на генетические тесты. 01.02.2022. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.forbes.ru/tekhnologii/454171-sbrosit-ves-i-prodlit-molodost-pocemu-v-rossii-vyros-spros-na-geneticheskie-testy>
- More than 26 million people have taken an at-home ancestry test. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.technologyreview.com/2019/02/11/103446/more-than-26-million-people-have-taken-an-at-home-ancestry-test/>
- Сон И. М., Сененко А. Ш., Савченко Е. Д. Центр общественного здоровья и медицинской профилактики: организационные аспекты перехода к новому формату работы. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021; 2: 262–278.
- В НМИЦ эндокринологии оценили рынок генетического тестирования в России почти в 3 млрд. рублей. 22.05.2022. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/V-NMIC-endokrinologii-ocenili-rynok-geneticheskogo-testirovaniya-v-Rossii-pochti-v-3-mlrd-rublei.html>
- Логачева М. Д., Пушкарев В. С. Зарубежный опыт правового регулирования прямого потребительского генетического тестирования. Актуальные проблемы российского права. 2021; 8: 103–117.
- Богданова Е. Е. Правовые проблемы и риски генетической революции: генетическая информация и дискриминация. *Lex Russica*. 2019; 151 (6): 18–29.
- Ревазян К. З., Мешков А. Н., Ершова А. И., Сивакова О. В., Дралкина О. М. Психосоциальные, этические, правовые и экономические аспекты генетического скрининга на носительство вариантов, вызывающих развитие моногенных рецессивных заболеваний. *Профилактическая медицина*. 2021; 24 (2): 102–108.
- Pereira N, Wood M, Luong E, Briggs A, Galloway M, Maxwell RA, Lindheim SR. Expanded genetic carrier screening in clinical practice: a current survey of patient impressions and attitudes. *J Assist Reprod Genet*. 2019; 36 (4): 709–716. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01414-z>.
- Чучалин А. Г., Гребенщикова Е. Г. Добровольное информированное согласие: история и актуальные дискуссии в биоэтике. М.: Вече, 2022; 17–18.
- Ижевская В. Л., Баранова Е. Е. Информированное согласие при генетическом тестировании. В книге: Под ред. А. Г. Чучалина, Е. Г. Гребенщиковой. *Добровольное информированное согласие в современной медицине: теория и практика*. М.: Вече, 2022; 112.
- Rabinow P, Bennett G. *Designing Human Practices: An Experiment with Synthetic Biology*. Chicago: University of Chicago Press, 2012.
- Macleod R, Craufurd D, Booth K. Patients' Perceptions of What Makes Genetic Counselling Effective: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Health Psychol*. 2002 Mar; 7 (2): 145–56. DOI: 10.1177/1359105302007002454.
- Maio Melissa, Carrion Prescilla, Yaremco Elyse, Austin Jehannine C. «Awareness of Genetic Counseling and Perceptions of its purpose: a survey of the Canadian public». *J Genet Couns*. 2013 Dec; 22 (6): 762–770.
- Кулаков В. И. Роль охраны репродуктивного здоровья населения России. *Врач*. 2006; 9: 3–4.
- Иванов В. И., Ижевская В. Л. Особенности медико-генетического консультирования в России. Материалы V съезда Российского общества медицинских генетиков. *Медицинская генетика*. 2005; 4 (5): 193.
- Султанаева З. М., Шарафутдинова Н. Х., Хуснутдинова Э. К. Отношение женского населения к методам генетических исследований и формам генетического просвещения. *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. 2010; 3:106–108.
- Emanuel Ezekiel J, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382: 2049–2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114.
- Вице-спикер Госдумы не увидел смысла в жизни безрукой девочки. Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://lenta.ru/news/2017/09/12/lebedev/>
- Watanabe Motoko, Kibe Chieko, Sugawara Masumi, Miyake Hidehiko. Courtesy stigma of parents of children with Down syndrome: Adaptation process and transcendent stage. *Couns J Genet*. 2022 Jun; 31 (3): 746–757. DOI: 10.1002/jgc4.1541. Epub 2021 Dec 24.
- Напреенко И. Делегирование агентности в концепции Бруно Латура: как собрать гибридный коллектив киборгов и антропоморфов? *Социология власти*. 2015; 27 (1): 111.
- Ассаэль Барух Морис. *Дьявольский Ген*. СПб., 2017; 166.
- Lucas J. Matthews, Matthew S. Lebowitz, Ruth Ottman & Paul S. Appelbaum, Pygmalion in the genes? On the potentially negative impacts of polygenic scores for educational attainment. *Social Psychology of Education*. 2021; 24: 789–808.
- Рабиноу П. Социобиология и биосоциальность. *Журнал «Человек»*. 2019; 30 (6): 16.
- Брызгалова Е. В. Философия судьбы в контексте геномной медицины. В книге: Гребенщикова Е. Г., отв. редактор. *Социогуманитарные контуры геномной медицины*. 2021; 232 с.

References

- Eissenberg Joel C. Direct-to-Consumer Genomics: Harmful or Empowering, *Mo Med*. 2017 Jan-Feb; 114(1): 26 s.
- Analysis of the genetic testing market in Russia and European countries. 12/21/2021. Available from URL: <https://smartconsult.group/product/analiz-rynka-geneticheskogo-testirovaniya-v-rossii-i-stranah-evropy>. Russian.
- Annual report of the limited liability company "Center for Genetics and Reproductive Medicine "Genetiko" for 2020 Available from URL: https://genetico.ru/wp-content/uploads/invest/Annual%20Report_2020.pdf. Russian.
- Сбросить вес и продлить молодость: почему в России вырос спрос на генетические тесты. 01.02.2022. *Vitse-spiker Gosdumy*

- ne uvidel smysla v zhizni bezrukoy devochki. Available from URL: <https://lenta.ru/news/2017/09/12/lebedev/><https://www.forbes.ru/tekhnologii/454171-sbrosit-ves-i-prodlit-molodost-pocemu-v-rossii-vyros-spros-na-geneticeskie-testy>. Russian.
5. More than 26 million people have taken an at-home ancestry test. Available from URL: <https://www.technologyreview.com/2019/02/11/103446/more-than-26-million-people-have-taken-an-at-home-ancestry-test/>
 6. Son IM, Senenko AS, Savchenko ED. Center for public health and medical prevention: organizational aspects of the transition to a new format of work. *Modern problems of public health and medical statistics*. 2021; 2: 262–278. Russian.
 7. The National Medical Research Center for Endocrinology estimated the genetic testing market in Russia at almost 3 billion rubles. 05/22/2022. Available from URL: <https://medvestnik.ru/content/news/V-NMIC-endokrinologii-ocenili-rynok-geneticheskogo-testirovaniya-v-Rossii-pochti-v-3-mlrd-rublei.html>. Russian.
 8. Logacheva MD, Pushkarev VS. Foreign experience of legal regulation of direct consumer genetic testing. *Actual problems of Russian law*. 2021; 8:103–117. Russian.
 9. Bogdanova EE. Legal problems and risks of the genetic revolution: genetic information and discrimination. *Lex Russica*. 2019;151(6):18–29. Russian.
 10. Revazyan KZ, Meshkov AN, Ershova AI, Sivakova OV, Drapkina OM. Psychosocial, ethical, legal and economic aspects of genetic screening for the carriage of variants that cause the development of monogenic recessive diseases. *Preventive medicine*. 2021;24(2):102–108. Russian.
 11. Pereira N, Wood M, Luong E, Briggs A, Galloway M, Maxwell RA, Lindheim SR. Expanded genetic carrier screening in clinical practice: a current survey of patient impressions and attitudes. *J Assist Reprod Genet*. 2019;36(4):709–716. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01414-z>
 12. Chuchalin AG, Grebenshchikova EG. Voluntary informed consent: history and current discussions in bioethics. M.: Veche. 2022;17–18. Russian.
 13. Izhevskaya VL, Baranova EE. Informed consent for genetic testing. In the book: ed. Chuchalina AG, Grebenshchikova EG. Voluntary informed consent in modern medicine: theory and practice. M.: Veche. 2022;112. Russian.
 14. Rabinow P, Bennett G. *Designing Human Practices: An Experiment with Synthetic Biology*. Chicago: University of Chicago Press. 2012.
 15. Macleod R, Craufurd D, Booth K. Patients' Perceptions of What Makes Genetic Counselling Effective: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Health Psychol*. 2002 Mar;7(2):145–56. DOI: 10.1177/1359105302007002454
 16. Maio Melissa, Carrion Prescilla, Yaremco Elyse, Austin Jehannah C. «Awareness of Genetic Counseling and Perceptions of its purpose: a survey of the Canadian public». *J Genet Couns*. 2013 Dec; 22(6): 762–770.
 17. Kulakov VI. The role of protecting the reproductive health of the population of Russia. *Doctor*. 2006; 9: 3–4. Russian.
 18. Ivanov VI, Izhevskaya VL. Traits of medical genetic counseling in Russia. *Materials of the V Congress of the Russian Society of Medical Genetics. Medical genetics*. 2005;4(5): 193. Russian.
 19. Sultanaeva ZM, Sharafutdinova NK, Khusnutdinova EK. The attitude of the female population to the methods of genetic research and forms of genetic education. *Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine*. 2010;3: 106–108. Russian.
 20. Emanuel Ezekiel J, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382:2049–2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114
 21. Vitse-spiker Gosdumy ne uvidel smysla v zhizni bezrukoy devochki. Available from URL: <https://lenta.ru/news/2017/09/12/lebedev/> Russian.
 22. Watanabe Motoko, Kibe Chieko, Sugawara Masumi, Miyake Hidehiko. Courtesy stigma of parents of children with Down syndrome: Adaptation process and transcendent stage/ *Couns J Genet*. 2022 Jun; 31(3):746–757. DOI: 10.1002/jgc4.1541. Epub 2021 Dec 24.
 23. Napreenko I. Delegation of agency in the concept of Bruno Latour: how to assemble a hybrid team of cyborgs and anthropomorphs? *Sociology of Power*. 2015; 27(1):111. Russian.
 24. Assael Baruch Maurice. *Devil's Gene*. St. Petersburg. 2017;166. Russian.
 25. Lucas J. Matthews, Matthew S. Lebowitz, Ruth Ottman & Paul S. Appelbaum, Pygmalion in the genes? On the potentially negative impacts of polygenic scores for educational attainment. *Social Psychology of Education*. 2021;24: 789–808
 26. Rabinow P. Sociobiology and biosociality. *Magazine "Human"*. 2019;30 (6):16. Russian.
 27. Bryzgalina EV. Philosophy of fate in the context of genomic medicine. In the book: Grebenshchikova EG, editor-in-chief. *Socio-humanitarian contours of genomic medicine*. M. 2021;232 s. Russian.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

К. А. Луцевич, И. Г. Рыженкова, О. В. Решетько ✉

Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

В статье рассматривается необходимость обязательного участия беременных в клинических исследованиях лекарственных препаратов. К началу 90-х годов прошлого столетия значительная часть лекарственных препаратов, назначаемых женщинам, имело недостаточную доказательную базу эффективности и безопасности их применения у женской популяции. Более того, беременные в клинических исследованиях практически не принимали участия. Хотя беременность — это динамичное состояние, которое может сравниваться только само с собой. Указанное послужило основанием для появления ряда документов контролирующих органов, регламентирующих обязательное участие данной популяции в исследованиях лекарственных препаратов. Тем не менее, до настоящего времени женская популяция включается в исследования новых оригинальных лекарственных препаратов недостаточно, а беременные крайне редко. Рассмотрены возможные сценарии участия беременных в клинических исследованиях. В частности, выделяются исследования лекарственных препаратов, применяемых для терапии патологических состояний, связанных с беременностью; лекарственных препаратов хронических и острых патологических процессов, несвязанных с беременностью; а также ситуации, когда женщина беременеет в процессе исследования. Постулирована важность включения беременных в исследования по эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов при социально значимых заболеваниях, в том числе во время пандемии COVID-19.

Ключевые слова: беременные, клинические исследования, лекарственный препарат

Вклад авторов: К. А. Луцевич — подбор литературы, написание статьи; И. Г. Рыженкова — подбор и анализ литературы; О. В. Решетько — анализ литературы, обобщение материала, написание статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Ольга Вилоровна Решетько
ул. Б. Казачья, д. 112, г. Саратов, Россия, 410012; reshetko@yandex.ru

Статья поступила: 21.06.2023 **Статья принята к печати:** 18.09.2023 **Опубликована онлайн:** 07.10.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.025

ENROLLING PREGNANT WOMEN: PROBLEMS AND SOLUTIONS OF CLINICAL RESEARCH

Lutsevich KA, Ryzhenkova IG, Reshetko OV ✉

Saratov State Medical University, Saratov, Russia

The article deals with the need of compulsory participation of pregnant women in clinical research of drugs. By the beginning of the 90-s of the last century, the majority of drugs prescribed to women was characterized by unsubstantial evidence of effectiveness and safety for women. Moreover, pregnant women almost did not participate in clinical research. Though pregnancy is a dynamic condition that can be compared with itself only. Then supervisory bodies created some documents regulating compulsory participation of the population in the research of drugs. However, until now, women are not sufficiently involved in the research of new original drugs, and pregnant women do the same very rarely. Possible scenarios of participation of pregnant women in clinical research have been reviewed. In particular, research of drugs used in therapy of abnormal conditions associated with pregnancy; drugs to treat chronic and acute pathological processes not related to pregnancy, and when a woman gets pregnant during the research have been distinguished. The importance of inclusion of pregnant women into the trials of effectiveness and safety of drugs in the presence of socially significant diseases, including the ones found during COVID-19 pandemics, is postulated.

Keywords: pregnant women, clinical trials, drug

Author contribution: Lutsevich KA — literature selection, writing an article; Ryzhenkova IG — literature selection and analysis; Reshetko OV — literature selection, data generalization, writing an article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Olga V. Reshetko
B. Kazachya St., 112, Saratov, 410012, Russia; reshetko@yandex.ru

Received: 21.06.2023 **Accepted:** 18.09.2023 **Published online:** 07.10.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.025

В течение последних тридцати лет подходы к включению женщин в клинические исследования (КИ) претерпели значительные изменения. До 1993 г. меньшее участие женщин в КИ активно поддерживалось Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, США (FDA — Food and Drug Administration). Это было связано с трагедиями 1960-х и 1970-х гг., а именно с применением для терапии беременных талидомида и диэтилстильбэстрола. Поэтому в 1977 г. FDA выпустило руководство «Общие соображения по клинической оценке лекарств» (General considerations for the clinical evaluation of drugs), согласно которому женщины репродуктивного возраста были отстранены от участия в ранних фазах клинических исследований (I и начало II) и ограничивалось их участие в более поздних

фазах, если препараты не предназначены для лечения опасных для жизни заболеваний. Ограничение включения в исследования женщин было связано с тем, что в течение менструального цикла гормональный фон существенно изменяется, что может оказывать выраженное влияние на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов (ЛП), и, кроме того, каждая женщина в процессе исследования потенциально может забеременеть.

В 1992 г. все производители лекарств, получившие одобрения FDA на новые химические соединения с января 1988 г. по июнь 1991 г., были опрошены Управлением правительственной отчетности США (Government Accountability Office — GAO). Женщины были включены во II и III фазы КИ всех 53 препаратов. Однако по оценке GAO их количество было недостаточным, почти в 60% случаев.

При этом в исследования 36 из 53 ЛП (68%) было включено минимальное количество женщин, рекомендованное FDA. Только у 25 из 53 соединений (47%) оценивались сходства и различия в реакции на лекарство в зависимости от пола [1].

Таким образом, к началу 90-х годов прошлого столетия значительная часть ЛП, назначаемых женщинам, имело недостаточную доказательную базу эффективности и безопасности их применения у женской популяции, что не могло не беспокоить медицинскую общественность. Поэтому в 1993 г. на смену вышеуказанному руководству FDA издало «Рекомендации по изучению и оценке гендерных различий в клинической оценке лекарственных средств» [2]. Это руководство регламентировало участие женщин даже в ранних стадиях КИ как ЛП, так и биологических продуктов и медицинских изделий. При этом значительная часть ответственности за выполнением действующих норм и правил проведения исследований и оценке возможного риска для участников делегировалась врачам-исследователям и особенно комитетам по этике.

Тем не менее, проблема недостаточности исследований ЛП у женщин продолжала оставаться актуальной. Анализ 10 рецептурных препаратов, которые были отозваны с рынка США в 1997–2001 гг., показал, что восемь из них представляли «повышенный риск для здоровья женщин» по данным постмаркетинговых исследований (при этом три ЛП были зарегистрированы до 1993 г., а пять после). Изъятие с рынка было обусловлено неблагоприятными лекарственными реакциями, вызванными фармакодинамическими различиями (например, три препарата отозваны из-за риска возникновения аритмии *torsades de pointes*, которая у женщин развивается чаще), либо большей подверженностью женщин к применению этих лекарств (четыре препарата были назначены большему числу женщин по сравнению с мужчинами). У двух ЛП не было доказательств увеличенного риска развития нежелательных лекарственных реакций в зависимости от пола. Оба зарегистрированы после 1993 г. [3].

Ситуация с проведением КИ становится еще более сложной, когда касается популяции беременных женщин. На протяжении десятилетий беременные регулярно исключались из КИ из-за потенциального риска тератогенности исследуемых препаратов. Поэтому данные об эффективности и безопасности применения лекарств беременными и кормящими очень ограничены, несмотря на их широкое назначение [4]. При анализе 172 лекарственных препаратов, одобренных FDA в период с 2000 по 2010 г., было выяснено, что 98% из них имеют «неопределенный» тератогенный риск, при этом у 73% сведения о безопасности при беременности отсутствуют [5]. Следовательно, решения начинать или продолжать прием ЛП, большинство беременных и их лечащих врачей принимают, не обладая достаточными знаниями об их безопасности и эффективности. Вместе с тем, риск приема лекарства может быть преувеличен. В частности, при расследовании случаев материнской смертности в Великобритании было выяснено, что встречаются женщины, погибшие по причине отмены ЛП либо ввиду его назначения [6].

Существуют две веские причины для изучения ЛП при беременности. Первая связана с изменением репродуктивного возраста. Когда-то на беременность решались в основном здоровые, молодые женщины, но сейчас к репродуктивному возрасту относят женщин от 10 до примерно 50 лет, а с помощью

экстракорпорального оплодотворения и донорских яйцеклеток могут забеременеть даже пожилые женщины. Поэтому в развитых странах возраст женщины на момент первой беременности неуклонно растет, количество первых беременностей после 30 лет увеличивается. Расширение границ репродуктивного возраста и более поздняя беременность увеличивают количество женщин, которым может потребоваться лекарственная терапия при заболеваниях до беременности и ее продолжение во время беременности. Для того чтобы женщины, имеющие сопутствующие заболевания, во время беременности могли получить оптимальное лечение, необходимо знать особенности лекарственной терапии беременных, имеющих различные патологические состояния.

Вторая причина связана с физиологическими изменениями во время беременности: увеличиваются общая масса тела и структура жировых отложений; возрастают объем плазмы и сердечный выброс; ускоряется скорость клубочковой фильтрации; развивается гипоальбуминемия; изменяются моторика ЖКТ, региональный кровоток, активность метаболических ферментов печени. В результате фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных препаратов, а, следовательно, их эффективность и безопасность, могут существенно различаться у небеременных и беременных женщин [7].

При назначении ЛП женщинам, которые потенциально могут быть беременными, врачу необходима дополнительная информация. Если женщина имеет заболевания и принимает лекарства, то должны быть даны, насколько хорошо заболевание контролируется текущей фармакотерапией, а также данные о наличии репродуктивного/тератогенного риска у назначаемых ЛП, и каким образом он был оценен и в случае возникновения опасности, чем данный ЛП может быть заменен. Врач должен уточнить, известно ли пациентке о репродуктивном риске ЛП, и обсудить с ней соотношение риск/польза в каждом конкретном случае.

При назначении ЛП беременным должен соблюдаться ряд этических принципов. Ряду женщин, особенно с хроническими заболеваниями, либо с состояниями, связанными с беременностью, например, тошнота и рвота, необходимо эффективное лечение. Для обеспечения компромисса между леченной матерью и безопасностью ребенка в процессе терапии должна иметься информация о фетальной безопасности ЛП. При этом недопустимо замалчивание необходимости проведения фармакотерапии, поскольку существуют риски как для матери, так и для ребенка, если лечение не назначается либо оно недостаточно. Для получения качественной информации о ЛП должны оцениваться риск/польза их применения и особенно доступность для беременных участия в клинических исследованиях [8].

Сбор доказательств о ЛП в соответствии со строгими научными условиями является главной причиной для включения и удержания беременных в большем количестве биомедицинских исследований. В этом случае меньшее количество женщин и их плодов подвергаются риску по сравнению с их количеством после выхода ЛС на фармацевтический рынок [9]. Данные об эффективности/безопасности ЛП легче оцениваются, если они получены из КИ. Однако необходимо понимать, что для выявления некоторых эффектов, ЛП должна принимать очень большая когорта пациентов. Безусловно, беременные должны включаться в клинические исследования, только

Таблица. Руководства по участию беременных в клинических исследованиях и назначению им ЛП

Страна	Наименование законодательного органа	Руководства по участию беременных в клинических исследованиях и назначению им ЛС
США	Food and Drug Administration (FDA)	https://www.fda.gov/media/92565/download
Канада	Health Canada	canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/drug-products/applications-submissions/guidance-documents/clinical-trials/considerations-inclusion-women-clinical-trials-analysis-data-sex-differences.html
Европейский союз	European Medicine Agency (EMA)	http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf
Япония	Ministry of Health Labour and Welfare	http://www.nihs.go.jp/mhlw/yakuji/yakuji-e_20110502-02.pdf
Австралия	Australian Drug Evaluation Committee (ADEC)	http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/medpreg.pdf

в том случае, когда это действительно необходимо, но и исключение их из исследований тоже должно быть обоснованным.

Беременная должна потенциально подходить для участия в биомедицинском исследовании, которое показано ей по состоянию ее здоровья, либо здоровья плода, либо необходимо по состоянию здоровья в целом.

Несмотря на то, что результаты исследований на животных не могут полностью гарантировать отсутствие риска для человека, до начала КИ должны иметься доказательства об отсутствии тератогенности и мутагенности, полученные в экспериментах на животных [10]. При этом необходимо помнить, что за исключением андрогенов, противобластомных ЛП, вальпроата натрия и дериватов витамина А, все тератогены были открыты у человека раньше, чем у животных, а большинство данных получено с помощью сообщений врачей [11]. Протокол КИ должен обязательно включать план мониторинга исходов беременности, включая здоровье матери, а также краткосрочное и долгосрочное здоровье ребенка.

Потенциально возможно два сценария участия беременных в КИ: женщина беременеет в процессе исследования, либо беременной необходимо лечение, но она его может получить только в КИ. При планировании КИ возникает ряд вопросов, требующих ответов. Это доступность эффективной альтернативной терапии с известной меньшей токсичностью; соотношение риск/польза для матери и плода в отношении ЛП и патологического состояния, которое планируют лечить; возможность использования плацебо-контроля или активного контроля; предполагается ли фармакокинетическая оценка с гарантией адекватной системной экспозиции с достижением эффективности (например, фармакокинетические исследования, встроенные в третью фазу КИ).

Если участница КИ беременеет в процессе исследования, то должно учитываться, предполагает ли протокол ее удержание в исследовании. Информированное согласие в данном случае берется у небеременной, и в нем должны быть четко прописаны применяемые методы контрацепции и данные о возможной эмбрио- и фетотоксичности ЛП. Существует ряд клинических ситуаций, когда женщин, забеременевших в ходе КИ, рационально в нем оставлять. В этом случае потенциальная польза продолжения лечения должна превосходить потенциальные риски продолжающейся фетальной экспозиции исследуемого ЛП. Это возникает, когда существуют риски прекращения фармакотерапии для матери и/или риски экспозиции на плод дополнительных ЛП, если мать будет переводиться на альтернативную терапию (например, при малярии,

туберкулезе, онкологических заболеваниях). При наступлении беременности в ходе КИ женщиной должно подписываться новое информированное согласие для беременного субъекта исследования, в котором обязательно указываются возможности альтернативной терапии и сравнение терапевтических рисков и пользы, а именно риска продолжающейся экспозиции исследуемого ЛП на плод vs риска альтернативной терапии, а также опасности нелеченной болезни. При этом в ходе беременности необходимо постоянное консультирование участницы врачом-исследователем, врачом акушером-гинекологом и другими медицинскими специалистами по показаниям.

Беременные с медицинскими состояниями, требующими лечения, могут включаться в КИ, если назначение данного исследуемого ЛП имеет прямую пользу для беременной, которая не доступна иным путем: беременная клинически не отвечает на доступную терапию; альтернативная терапия не эффективна или невозможна (аллергия, повышенная чувствительность, устойчивость). При этом риск для плода не больше, чем минимальный, и в результате КИ получают важные данные, которые невозможно получить другим путем. Таким образом, ЛП в КИ назначаются преимущественно с терапевтической целью.

Конечные точки исследования и данные об исходах у матери, плода и новорожденного включают: гестационные данные, гестационное время и продолжительность экспозиции ЛП; сбор ультразвуковых данных и результатов других пренатальных обследований; регистрация осложнений у матери. Отдельно учитываются гестационный возраст при родах, осложнения родов, состояние новорожденного и осложнения неонатального периода.

Регуляторные органы целого ряда стран в этом столетии издали руководства по включению беременных в КИ (табл.) [12].

В России включение беременных в КИ регламентируется Федеральным законом № 61-ФЗ от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 28.04.2023), в котором в статье 43, п. 6 указано, что запрещается проведение КИ ЛП для медицинского применения с участием в качестве пациентов «женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится КИ лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку» [13].

Пять лет назад FDA выпустило руководство по научным и этическим подходам к включению беременных в КИ [14]. Особую важность представляет включение беременных в КИ по эффективности и безопасности применения ЛП при социально значимых заболеваниях. Рабочая группа исследования PHASES (Pregnancy and HIV/AIDS: Seeking Equitable Study — Поиск справедливости для беременных, инфицированных ВИЧ и другими инфекциями) выделила три основных пункта, в связи с которыми проведение КИ у данной когорты пациентов является обязательным. Во-первых, беременные и их потомство должны быть защищены от рисков, связанных с наркотиками, как и другие слои населения; во-вторых, у них должен быть равный с остальными доступ к ЛП, который обеспечивают КИ; и, в-третьих, они заслуживают равного уважения как к интересам их собственного здоровья, так и к исходам для плода [15]. При планировании и запуске КИ обычно приоритет отдается безопасности младенцев из-за возможного неблагоприятного действия на них ЛП, а не облегчению доступа беременных к включению в исследование.

Однако недавно FDA разъяснило, что если нет особых мер предосторожности применения лекарств у беременных, то ЛП, одобренные для применения у взрослых, также одобрены для применения при беременности. По сути, это открытое признание, что информация о безопасности ЛП неполная, было сделано для того, чтобы ВИЧ-инфицированным беременным не отказывали в доступе к антиретровирусным препаратам [16].

Исключение данной когорты женщин из КИ связано с нежеланием фармацевтических компаний принимать во внимание теоретические риски для плода (например, развитие аномалий), поэтому за рубежом подобные исследования проводятся в основном клиническими исследователями за счет государственного финансирования, полученного на конкурсной основе. Регулирующие органы в сфере обращения ЛП обычно демонстрируют тот же подход в избегание возможного риска. Во всех КИ участники страхуются от риска развития неблагоприятных последствий терапии исследуемым препаратом. При этом спонсоры КИ могут столкнуться с трудностями получения страховки для КИ, если в них участвуют беременные. Кроме того, данная когорта участников требует дополнительного общения (особенно если КИ проводится за пределами родильного дома) в связи с возможными рисками и для женщины, и для плода. В результате на врачей-исследователей ложится дополнительная временная и эмоциональная нагрузка. В ряде случаев исследователи могут сомневаться в своей способности адекватно обсуждать предполагаемые риски. Достаточно широко распространена точка зрения, которая ничем не подтверждена, что беременные сами не хотят принимать участие в КИ. И, наконец, в широком медицинском сообществе нет понимания, фундаментальной роли включения беременных в исследования для обеспечения дальнейшего безопасного доступа к ЛП.

В период пандемии COVID-19 в 2020–2023 гг. проблема информации о ЛП и доступа беременных к КИ, а, соответственно, и к прогрессивным методам терапии обострилась. Кроме того, эта инфекция у данной когорты пациентов протекала достаточно тяжело.

Испытание RECOVERY (Researching COVID to enhance recovery) было одним из немногих КИ ЛП при

COVID-19, в которое были включены беременные. Более 100 беременных или женщин сразу после родов приняли в нем участие. Оценивались эффективность/безопасность стероидов, тоцилизумаба и казиривилама/индевилама. Схожие доли беременных и небеременных женщин, решивших принять участие в КИ, свидетельствуют, что барьеры для участия беременных в испытаниях действуют в основном на системном, а не на индивидуальном уровне, и роль регулирующих органов является критически важной. Включение беременных в исследование RECOVERY позволило сразу же перенести результаты исследования в клинические рекомендации и практику [17]. Таким образом, если преодолеваются спонсорские, регуляторные и страховые барьеры, беременные участвуют в КИ, если им предлагается такая возможность даже в условиях глобальной пандемии.

Целевые группы в Великобритании и США предложили требовать от исследователей и спонсоров КИ конкретного обоснования исключения беременных и кормящих из исследований, которые потенциально могут иметь прямую пользу для женщины и ее плода. Регулирующим органам предлагается запрашивать у разработчиков ЛП план исследования и оценку, конкретно относящуюся к беременности и грудному вскармливанию [18, 19].

Таким образом, беременные, как и небеременные женщины, могут страдать от целого ряда заболеваний, требующих постоянного или кратковременного лечения. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что во время беременности примерно три четверти женщин принимают хотя бы один ЛП. Беременность — это динамичное состояние, которое может сравниться только само с собой. К сожалению, в акушерстве доступная информация о применении ЛП не базируется на глубоком научном доказательстве, вследствие чего каждая женщина становится объектом исследования. Без участия в исследованиях самих беременных безопасное и эффективное использование ЛП во время этого критического периода жизни женщины вряд ли может стать реальностью. Клиническая практика свидетельствует, что отсутствие доказательной базы данных об эффектах фармацевтических и биологических продуктов в период беременности ставит женщин и лечащих врачей перед сложной дилеммой, когда назначение не прошедших КИ ЛП не позволяет их правильно дозировать или учитывать потенциальные эффекты на нерожденного ребенка. Вместе с тем, если отказаться от использования ЛП во время беременности, то связанные с заболеванием патологические изменения могут нанести вред здоровью не только матери, но и еще нерожденного или новорожденного ребенка. Баланс соотношения риск/польза лекарственной терапии не всегда представляется ясным как для матери, так и будущего ребенка, и должен зависеть от обстоятельств и индивидуализироваться для каждой женщины [20].

Исследования лекарственного потребления у этой уязвимой группы пациентов подтверждают высокую частоту применения ЛП и позволяют охарактеризовать их категории. Определение наиболее часто принимаемых препаратов (рецептурных или безрецептурных) в первом триместре гестации и повышение знаний об их эмбриофетальных рисках позволяют оптимизировать фармакотерапию во время беременности. Частое применение ЛП беременными указывает на необходимость пострегистрационной (постмаркетинговой) оценки их профиля польза/риск при беременности [21].

Однако основным препятствием на пути успешного снижения заболеваемости и смертности в этой важной группе пациентов является несоответствие между бременем болезней беременных и их будущих младенцев, с одной стороны, и инвестициями в разработку и тестирование фармакологических методов лечения — с другой. Следствием неспособности разработать ЛП для использования во время беременности является то, что большинство препаратов не тестируются для использования в акушерской практике. Следовательно, инструкция по медицинскому применению препарата, которая может включать обширную информацию о безопасности плода, не включает ничего о его дозировке, соответствующем лечении, эффективности или безопасности для матери.

Такое дистанцирование беременных от разработки ЛП и терапевтических знаний создает целый ряд клинических проблем для практикующих врачей различных специальностей. Вместе с тем, несмотря на многочисленность факторов риска в контексте материнской и внутриутробной среды, имеющийся опыт свидетельствует только о незначительном числе пренатальных воздействий, для которых имеются данные количественной оценки связанных с ними рисков развития врожденных дефектов. В дальнейшем уменьшить глобальное бремя врожденных дефектов может помочь интеграция исследований в области эпидемиологии, генетики и эпигенетики через персонализированные и популяционно ориентированные превентивные стратегии.

Литература

1. General Accounting Office. FDA needs to ensure more study of gender differences in prescription drug testing. 1992 Oct 29. GAO/HRD-93-17.
2. U. S. Food and Drug Administration. Guideline for the study and evaluation of gender differences in the clinical evaluation of drugs; notice. Fed Regist. 1993; 58 (139): 39406–39416.
3. General Accounting Office. Most drugs withdrawn in recent years had greater health risks for women. 2001 Jan 19. GAO-01-286R.
4. Catriona Waitt, Denise Astill, Eleonor Zavala et al. Clinical trials and pregnancy. COMMUNICATIONS MEDICINE | (2022) 2: 132.
5. Adam MP, Polifka JE, Friedman JM. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2011; 157c (3): 175–82.
6. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, et al., editors. Saving Lives, Improving Mothers' Care — Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. 2021.
7. Stock SJE, Norman JE. Medicines in pregnancy. 2019 Jun 20; 8: F1000 Faculty Rev-911.
8. Lyerly AD, Little MO, Faden R. The second wave: Toward responsible inclusion of pregnant women in research. Int J Fem Approaches Bioeth. 2008 Fall; 1(2): 5–22.
9. Macklin R. The art of medicine: Enrolling pregnant women in biomedical research. The Lancet. 2010 February 20; 375: 632–3.
10. The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Guideline 17.
11. Demirtas MS. The Pathogenesis of Congenital Anomalies: Roles of Teratogens and Infections. Congenital Anomalies in Newborn Infants — Clinical and Etiopatological Perspectives. 2020.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion no. 646: Ethical considerations for including women as research participants. Obstet Gynecol. 2015; 126: e100–7.
13. ФЗ «Об обращении лекарственных средств» № 61-ФЗ от 12.04.2010 (ред. от 28.04.2023).
14. U. S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, Center for Biologics Evaluation and Research. Pregnant Women: Scientific and Ethical Considerations for Inclusion in Clinical Trials. Washington: US Food and Drug Administration. 2018.
15. Lyerly AD, Beigi R, Bekker L-G, et al. Ending the evidence gap for pregnancy, HIV and co-infections: ethics guidance from the PHASES project. Journal of the International AIDS Society. 2021; 24 (12): e25846.
16. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Rockville, MD: Office of AIDS Research, National Institutes of Health. 2022; 20. Task force on research specific to pregnant women and lactating women.
17. Vousden N, Haynes R, Findlay S et al. Facilitating participation in clinical trials during pregnancy. BMJ. 2023; 380: e071278
18. Birmingham Health Partners Policy Commission. Healthy Mum, Healthy Baby, Healthy Future: The Case for UK Leadership in the Development of Safe, Effective and Accessible Medicines for Use in Pregnancy. Birmingham: University of Birmingham, 2022. Task force on research specific to pregnant women and lactating women. Report to Secretary, Health and Human Services, Congress. Rockville, Maryland: NICHD. 2018.
19. Chappell LC, David AL. Improving the Pipeline for Developing and Testing Pharmacological Treatments in Pregnancy. PLOS Medicine. 2016; 13 (11): e1002161.
20. Этическая экспертиза биомедицинских исследований: практические рекомендации (третье издание, исправленное и дополненное) под общей редакцией А. Л. Хохлова. Издательство ОКИ. 2021; 792 с.
21. Решетько О. В., Луцевич К. А. Здоровье женщины во время беременности. Клиническая фармакология. ГЭОТАР-Медиа. 2022; 200 с.

References

1. General Accounting Office. FDA needs to ensure more study of gender differences in prescription drug testing. 1992 Oct 29. GAO/HRD-93-17
2. U. S. Food and Drug Administration. Guideline for the study and evaluation of gender differences in the clinical evaluation of drugs; notice. Fed Regist. 1993; 58 (139): 39406–39416.
3. General Accounting Office. Most drugs withdrawn in recent years had greater health risks for women. 2001 Jan 19. GAO-01-286R.
4. Catriona Waitt, Denise Astill, Eleonor Zavala, et al. Clinical trials and pregnancy. Communications Medicine. 2022; 2: 132.
5. Adam MP, Polifka JE, Friedman JM. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2011; 157c (3): 175–82.
6. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, et al., editors. Saving Lives, Improving Mothers' Care — Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2021.
7. Stock SJE, Norman JE. Medicines in pregnancy. 2019 Jun 20; 8: F1000 Faculty Rev-911.
8. Lyerly AD, Little MO, Faden R. The second wave: Toward responsible inclusion of pregnant women in research. Int J Fem Approaches Bioeth. 2008 Fall; 1(2): 5–22.
9. Macklin, R. The art of medicine: Enrolling pregnant women in biomedical research. The Lancet. February 20, 2010; 375: 632–3.

10. The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO), Guideline 17.
11. Demirtas MS. The Pathogenesis of Congenital Anomalies: Roles of Teratogens and Infections. *Congenital Anomalies in Newborn Infants — Clinical and Etiopathological Perspectives*. 2020.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion no. 646: Ethical considerations for including women as research participants. *Obstet Gynecol* 2015; 126: e100–7.
13. FZ "Ob obrashchenii lekarstvennykh sredstv" N 61-FZ ot 12.04.2010 (red. ot 28.04.2023). Russian.
14. U. S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, Center for Biologics Evaluation and Research. *Pregnant Women: Scientific and Ethical Considerations for Inclusion in Clinical Trials*. Washington: US Food and Drug Administration, 2018.
15. Lyerly AD, Beigi R, Bekker L-G, et al. Ending the evidence gap for pregnancy, HIV and co-infections: ethics guidance from the PHASES project. *Journal of the International AIDS Society*. 2021; 24 (12): e25846.
16. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. *Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States*. Rockville, MD: Office of AIDS Research, National Institutes of Health, 2022.
17. Vousden N, Haynes R, Findlay S et al. Facilitating participation in clinical trials during pregnancy. *BMJ* 2023; 380: e071278
18. Birmingham Health Partners Policy Commission. *Healthy Mum, Healthy Baby, Healthy Future: The Case for UK Leadership in the Development of Safe, Effective and Accessible Medicines for Use in Pregnancy*. Birmingham: University of Birmingham, 2022. Task force on research specific to pregnant women and lactating women. Report to Secretary, Health and Human Services, Congress. Rockville, Maryland: NICHD, 2018.
19. Chappell LC, David AL. Improving the Pipeline for Developing and Testing Pharmacological Treatments in Pregnancy. *PLOS Medicine* 2016; 13(11): e1002161.
20. Eticheskaya ekspertiza biomeditsinskikh issledovaniy: prakticheskiye rekomendatsii (tret'ye izdaniye, ispravlennoye i dopolnennoye) pod obshchey redaktsiyey A. L. Khokhlova — Izdatel'stvo OKI. 2021; 792 s. Russian.
21. Reshetko OV, Lutsevich KA. *Zdorov'ye zhenshchiny vo vremya beremennosti. Klinicheskaya farmakologiya*. GEOTAR-Media. 2022; 200 s. Russian.

ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ ТУРИЗМ КАК АКТУАЛЬНАЯ ГУМАНИТАРНАЯ ПРОБЛЕМА В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Д. В. Михель ✉, И. В. Михель

Российская академия народного хозяйства и государственной службы, Москва, Россия

Важным компонентом современного медицинского образования является биоэтика, которая позволяет дискутировать об актуальных гуманитарных проблемах. Одной из них, несомненно, является трансплантационный туризм. Имеющиеся сведения о попытках некоторых россиян решать свои проблемы со здоровьем посредством выезда за границу, получения там донорского органа и проведения операций позволяют судить о растущей значимости данного явления. Его объективными предпосылками являются дефицит донорских органов и неспособность системы здравоохранения одновременно удовлетворить потребности всех нуждающихся пациентов. Основным направлением для трансплантационного туризма в последнее время являются страны Азии: Индия и Китай, но ситуация там меняется, поскольку власти предпринимают усилия, направленные на устранение данного неприглядного явления. Риски, сопровождающие выезд российских граждан в качестве трансплантационных туристов, разнообразны. Они включают в себя как медицинские, так и этические аспекты.

Ключевые слова: биоэтика, медицинское образование, гуманитарные проблемы, трансплантационный туризм

Вклад авторов: И. В. Михель — написание статьи; Д. В. Михель — редактирование статьи

✉ **Для корреспонденции:** Дмитрий Викторович Михель
Проспект Вернадского, д. 82, г. Москва, 119571, Россия; dmitrymikhel@mail.ru

Статья поступила: 15.08.2023 **Статья принята к печати:** 13.09.2023 **Опубликована онлайн:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.022

TRANSPLANT TOURISM AS A PRESSING HUMANITARIAN ISSUE IN MODERN MEDICAL EDUCATION

Mikhel DV ✉, Mikhel IV

Presidential Academy, Moscow, Russia

Bioethics, which addresses the pressing humanitarian issues, is an essential element of modern medical education. Transplant tourism is definitely one of these issues. Going abroad to resolve health problems, receive organs and have surgeries might be a growing trend for some Russians. The objective preconditions include deficiency of donor organs and inability of the healthcare system to satisfy the requirements of all those in need. Asia (India and China) has been the major destination of transplant tourism lately. However, things are changing, as Asian authorities attempt to eliminate the unwelcome trend. Russian citizens who go abroad as transplant tourists come across various risks including medical and ethical aspects.

Keywords: bioethics, medical education, humanitarian issues, transplant tourism

Author contribution: Mikhel IV — writing an article; Mikhel DV — editing an article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Dmitry V. Mikhel
Pr. Vernadskogo, d. 82, Moscow, 119571, Russia; dmitrymikhel@mail.ru

Received: 15.08.2023 **Accepted:** 13.09.2023 **Published online:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.022

Роль гуманитарного образования в системе подготовки будущих врачей и медицинских работников невозможно переоценить. Вместе с тем традиционная нехватка времени у преподавателей клинических дисциплин при обсуждении гуманитарных проблем и у преподавателей гуманитарных дисциплин при обсуждении отдельных медицинских, медико-организационных проблем ставит перед организаторами курсов гуманитарного образования в медицинских вузах задачу наиболее плодотворного использования уже имеющихся возможностей в плане тематического структурирования образовательного процесса в сфере медицинской гуманитаристики. В качестве проверенного временем образовательного инструмента, во многом успешно решающего данную задачу, выступает биоэтика — гуманитарная дисциплина, обладающая значительным потенциалом интеграции клинических, гуманитарных, а также естественнонаучных знаний [1, 2].

Между тем в преподавании курса биоэтики в отечественных медицинских вузах сложились свои устойчивые модели и стереотипы, вследствие чего за

пределами образовательного контента данной дисциплины и, как следствие, за пределами внимания будущих медиков остается значительное число актуальных гуманитарных проблем, характерных для современного здравоохранения. Как было показано в одном из недавних исследований, одной из таких проблем стала проблема медицинского туризма, возникшая в связи с растущей вовлеченностью наших соотечественников в пространство глобального здравоохранения и индустрию медицинского туризма [3].

Составной частью комплекса проблем, связанных с развитием медицинского туризма, неизменно выступает проблема трансплантационного туризма. Шлейф откровенно негативных коннотаций, связанных с ней, способствовал тому, что из курсов по биоэтике данная проблема практически полностью выпала или перешла в разряд маргинальных. Вместе с тем само по себе явление никуда не делось и, напротив, имеет все шансы стать серьезной проблемой отечественного здравоохранения, к которому новое поколение выпускников медицинских вузов может оказаться не готовым как в профессиональном плане, так и в морально-психологическом.

Проблеме трансплантационного туризма уделяется недостаточное внимание и в рамках научных дискуссий, которые ведутся в сообществе отечественных специалистов, представляющих сферу медицинской гуманитаристики. В имеющихся публикациях акцент делается преимущественно на зарубежном опыте противодействия трансплантационному туризму, а предлагающиеся рекомендации в плане отношения к существующей уже проблеме выглядят как все еще весьма предварительные и не вполне убедительные [4, 5]. В частности, в одном из таких исследований было предложено сфокусироваться на двух направлениях работы — усилении контроля над транснациональными механизмами пересадок органов (в частности, посредством единого международного реестра пересаженных органов) и проведении информационно-разъяснительной работы с населением, показывающей безвозмездность органного донорства в нашей стране и отсутствие каналов передачи донорских органов наших соотечественников в другие страны [4]. Признать недостаточность предлагаемых рекомендаций позволяют следующие обстоятельства.

Ввиду стремительного развития медицинских технологий пересадки всех жизненно важных органов — почки, печени, сердца и легких — стали рутинной процедурой уже с конца XX в. В связи с этим во всех странах мира, где развивается трансплантационная медицина, возникла тесно связанная с ней медико-организационная проблема — дефицит донорских органов. Для борьбы с ней на уровне национальных систем здравоохранения предпринимаются колоссальные усилия, которые тщательно анализируются в научном сообществе [6]. Кроме того, на европейском континенте, где имеет место весьма высокий уровень интеграции медицинских служб, достигнуты значительные успехи в преодолении дефицита органов на транснациональном уровне [7, 8]. Однако, несмотря на значительные успехи в преодолении дефицита органов на национальном и транснациональном (европейском) уровне, дефицит донорских органов продолжает оставаться неустранимой проблемой. Эта проблема весьма характерна и для России, где уровень удовлетворения потребностей населения в операциях по пересадке органов составляет около 10%. При этом уровень донорской активности, которым характеризуется масштаб предлагаемых к использованию в трансплантационной медицине органов, в России традиционно остается одним из самых низких в Европе — 4,5 на миллион человек в 2018 и 2021 гг., о чем регулярно сообщается в ежегодных отчетах Российского трансплантологического общества и сводках Newsletter transplant, публикуемых под эгидой Совета Европы [9, 10].

Низкий уровень обеспеченности центров трансплантационной медицины донорскими органами в России составляет реальную проблему для российского здравоохранения, которая, несмотря на все усилия отечественных специалистов, в полной мере пока решена быть не может. Наиболее высокий уровень донорской активности в России отмечен только в Москве, где по итогам 2021 г. он составляет 23,7 на миллион человек. В Москве и Московской области действует 12 центров трансплантации, и именно здесь проводится наибольшее количество пересадок органов в России [9]. Подобная медико-организационная диспропорция создает объективные предпосылки для распространения практики трансплантационного туризма среди россиян, которые для решения своих проблем со здоровьем могут обращаться к услугам зарубежных клиник.

Принятая в 2008 г. Стамбульская декларация, подписанная Россией, призывает все страны противодействовать таким явлениям, как торговля органами и трансплантационный туризм, и сосредоточить свои усилия на достижении максимального возможного уровня самообеспечения донорскими органами, сконцентрировавшись на преодолении недоверия и барьеров, мешающих развитию эффективного посмертного донорства [11]. Между тем реализация сформулированных в ней этических принципов невозможна в полной мере без создания развитой инфраструктуры трансплантационной медицины в масштабах национальной юрисдикции. Для такой территориально огромной страны, как Россия, создание подобной инфраструктуры в ближайшее время представляется серьезным вызовом.

Исследования, выполненные в 2010-е гг., показали, что в российском обществе сохранялся достаточно высокий уровень так называемых «мортальных страхов», вызванных малой осведомленностью населения и лидеров общественного мнения относительно вопросов, связанных с практиками донорства и трансплантации органов [12, 13]. Этим во многом было обусловлено и распространение представлений о том, что донорские органы из России по тем или иным нелегальным каналам попадают за границу и используются в интересах иностранцев. Между тем такая ситуация, причем в ограниченных масштабах, могла быть возможна только в 1990-е гг., в условиях административно-бюрократического хаоса той эпохи. Напротив, уже в 2010-е гг. наметилась другая тенденция — рост числа поездок россиян за границу с целью трансплантационного туризма. На это в свое время обратил внимание главный трансплантолог Минздрава России академик С. В. Готье. По его словам, некоторые из наших соотечественников, столкнувшись с «длинными» листами ожидания в отечественных центрах трансплантации, на свой собственный страх и риск прибегают к пересадкам органов за рубежом, например в Пакистане [14].

В самом деле, уже в 2000-е гг. Пакистан и другие страны Южной Азии снискали себе репутацию «международного базара донорских органов». В отличие от англосаксонских государств, стран Европы и Латинской Америки здесь вместо традиционного дефицита донорских органов возник характерный «избыток органов», вызванный хронической бедностью сельского населения и наличием по соседству развитых центров трансплантационной медицины, участвующих в предоставлении услуг в сфере медицинского туризма. В Индии, например, услуги в области трансплантации для иностранцев предоставляет крупная сеть больниц «Аполлон», на сайте которой до недавнего времени содержалась информация и на русском языке [15]. Роль Индии как одного из главных мировых центров трансплантационного туризма постепенно меняется, поскольку ее правительство в последние годы принимает меры, направленные на то, чтобы избавить страну от унижительного имиджа «базара органов», а также рынка услуг в сфере сурrogатного материнства [16]. Тем не менее, как показывают некоторые исследования, высокий уровень коррупции в сфере здравоохранения и сохраняющиеся лазейки в законодательстве серьезно препятствуют осуществлению этих мер [17, 18].

Еще одним мировым центром трансплантационного туризма считается Китай, где, согласно выводам западных экспертов, источником донорских органов являются тела казненных преступников [19, 20]. В отличие от Индии, которая с 2019 г. начала предоставлять

официальную статистику по донорству и трансплантации для европейских наблюдателей [10], правительство КНР традиционно избегает этой практики и настаивает на необходимости уважения его подходов в сфере здравоохранения. Несмотря на изобилие информации от западных авторов о систематическом нарушении прав человека в КНР в контексте практики заготовки донорских органов, представляется, что значительная часть таких публикаций должна быть воспринята с осторожностью. Поводом для этого можно считать нелепые обвинения в канибализме в адрес Китая, которые некоторое время назад тиражировались в западных СМИ в контексте историй о донорстве крови и донорстве органов [21].

Несмотря на общую сохраняющуюся непрозрачность ситуации с предоставлением услуг в сфере трансплантационного туризма в Индии, КНР и ряде других стран Азии, следует признать, что там могут сохраняться значительные возможности для предоставления таких услуг гражданам нашей страны. Именно это обстоятельство имеет в виду и академик С. В. Готье, когда говорит о таких случаях. В медицинском плане их опасность состоит в том, что получив донорский орган зарубежом, российские пациенты возвращаются в страну и создают избыточную нагрузку для системы здравоохранения: государство не выделяло на них соответствующие квоты, а для их последующего лечения не закупались дорогостоящие

иммуносупрессивные препараты. Такие пациенты нередко возвращаются с серьезными осложнениями и для их спасения приходится предпринимать чрезвычайные меры, лишаящие врачей возможности уделить внимание плановым пациентам [14]. Но существуют и другие аспекты вопроса. Поездки за границу с целью получения донорского органа втягивают наших граждан в непредсказуемые контакты с недобросовестными посредниками. При этом незнание местных особенностей порождает риск потратить время и средства, но не решить главную проблему. Кроме того, стремление решить все свои вопросы деньгами формирует потребительское отношение к чужому здоровью и жизни, следствием чего, скорее всего, станут завышенные претензии к окружающим в собственной стране.

В целом, такая значимая гуманитарная проблема, как трансплантационный туризм, продолжает оставаться вне сферы общественного внимания и не столь активно обсуждается нашими специалистами. Несмотря на это, в отношении данного явления накапливаются все новые факты, требующие пристального изучения. Представляется, что в рамках современного медицинского образования этой теме следовало бы уделить должное место в рамках курса по биоэтике, в частности в рамках дискуссий об этических проблемах, сопровождающих развитие трансплантологии.

Литература

1. Моисеев В. И., Моисеева О. Н. Судьба медико-гуманитарного образования в России. *Биоэтика*. 2022; 15 (1): 24–32.
2. Седова Н. Н. Гуманитарные проблемы в медицинском образовании современной России. *Медицинская этика*. 2023; 11 (2): 4–8.
3. Гребенщикова Е. Г. Медицинский туризм: подходы к определению и специфика проблем. *Медицинская этика*. 2015; 3 (1): 91–93.
4. Романов С. В., Абаева О. П. Трансплантационный туризм как международная проблема: предпосылки возникновения и пути предотвращения. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2018; 14 (4): 683–685.
5. Афанасьев А. А. Трансплантологический туризм как явление в международном праве. Молодой ученый. *Международный научный журнал*. 2020; 6 (296): 106–108.
6. Резник О. Н., Михель Д. В. Глобальный дефицит донорских органов: анализ национальных стратегий самообеспечения. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2020; 22 (1): 174–183.
7. Боечко Н. А., Минина М. Г. К вопросу о сотрудничестве государств в области донорства органов и трансплантологии. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2018; 20 (4): 107–111.
8. Михель Д. В. Развитие высокотехнологичного здравоохранения в Европе: донорство и трансплантация органов. *Европейская безопасность: события, оценки, прогнозы*. 2020; 56 (72): 2–11.
9. Готье С. В., Хомяков С. М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2021 году. XIV сообщение регистра Российского трансплантологического общества. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2022; 24 (3): 8–31.
10. International figures on organ donation and transplantation activity. Year 2018. Newsletter transplant. International figures on donation and transplantation 2018. 2019; 24: 8–40.
11. The declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism (2008 edition). Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: https://www.declarationofistanbul.org/images/Policy_Documents/2008_Edition_of_the_Declaration_of_Istanbul_Final.pdf. Доступ 07.08.2023.
12. Резник О. Н., Прилуцкий А. М., Лебедев В. Ю., Михель Д. В. Неприятие обществом проблемы посмертного донорства: причины и структура смертельных страхов. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2019; 21 (1): 169–179.
13. Михель Д. В. Социокультурный контекст развития органного донорства в России: медико-антропологический анализ. В книге: Резник О. Н., редактор. *Апории современной трансплантологии: коллективная монография*. М., 2019; с. 216–246.
14. Сергей Готье: Трансплантационный туризм — особый вид медицинского туризма, который связан с криминалом (rep. tv). Режим доступа: [Электронный ресурс]. URL: <https://ren.tv/news/v-rossii/90270-sergei-gote-transplantatsionnyi-turizm-osobyi-vid-meditsinskogo-turizma-kotoryi-sviazan-s-kriminalom?q=re.tb&sort=date&status=NOT-FOUND>. Доступ 05.08.2023.
15. Михель Д. В. Торговля органами и трансплантационный туризм в Южной Азии. Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 9: Востоковедение и африканистика. 2018; 4: 124–131.
16. Михель И. В. Суррогатное материнство в Великобритании и Индии: меры по регулированию. Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 9: Востоковедение и африканистика. 2020; 2: 32–52.
17. Singh N, Kumar S. Analyzing organ transplantation laws in India: an overview. *South Asia journal of multidisciplinary studies*. 2017; 3 (4): 77–89.
18. Tikoo AV. Transplantation of human organs: the Indian scenario. *Indian law intitute law review*. 2017; 1: 147–174.
19. Diflo T. Use of organs from executed Chinese prisoners. *The Lancet*. 2004; 364: 30–31.
20. Caplan A. The use of prisoners as sources of organs — an ethically dubious practice. *The American journal of bioethics*. 2011; 11 (10): 1–5.
21. Михель Д. В., Михель И. В. Кровь и тело как лечебное сырье: донорство крови и органов в Китае. Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 9: Востоковедение и африканистика. 2021; 2: 131–146.

References

1. Moiseev VI, Moiseeva ON. The fate of medical and humanitarian education in Russia. *Bioetika*. 2022; 15 (1): 24–32. Russian.
2. Sedova NN. Humanitarian issues of medical education in modern Russia. *Medical ethics*. 2023; 11 (2): 4–8. Russian.
3. Grebenshchikova EG. Medical tourism: approaches to definition and specific of problem. *Medical ethics*. 2015; 3 (1): 91–93. Russian.
4. Romanov SV, Abaeva OP. Transplantation tourism as an international problem: prerequisites and ways of prevention. *Saratov journal of medical scientific research*. 2018; 14 (4): 683–685. Russian.
5. Afanasiev AA. Transplantation tourism as a phenomenon in international law. *Young scientist*. 2020; 6 (296): 106–108. Russian.
6. Reznik ON, Mikhel DV. Global organ shortage: an analysis of national self-sufficiency strategies. *Russian journal of transplantology and artificial organs*. 2020; 22 (1): 174–183. Russian.
7. Boenko NA, Minia MG. On the issue of cooperation of states in the field of organ donation and transplantation. *Russian journal of transplantology and artificial organs*. 2018; 20 (4): 107–111. Russian.
8. Mikhel DV. Development of high-tech health care in Europe: organ donation and transplantation. *Evropeiskaia bezopasnost: sobytiya, otsenki, prognozy*. 2020; 56 (72): 2–11. Russian.
9. Gautier SV, Khomyakov SM. Organ donation and transplantation in the Russian Federation in 2021. 14th Report form the Registry of the Russian transplant society. *Russian journal of transplantology and artificial organs*. 2022; 24 (3): 8–31. Russian.
10. International figures on organ donation and transplantation activity. Year 2018. Newsletter transplant. International figures on donation and transplantation 2018. 2019; 24: 8–40.
11. The declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism (2008 edition). Available from URL: https://www.declarationofistanbul.org/images/Policy_Documents/2008_Edition_of_the_Declaration_of_Istanbul_Final.pdf. Dostup 07.08.2023.
12. Reznik ON, Prilutskii AM., Lebedev VY, Mikhel DV. Deflection of deceased organ donation by society: reasons and structure of mortal fears. *Russian journal of transplantology and artificial organs*. 2019; 21 (1): 169–179. Russian.
13. Mikhel DV. Sociocultural context of development of organ donation in russia: a medical-anthropological analysis. In: Reznik ON., editor. *Aporetics of modern organ transplantation: a monography*. M., 2019. C. 216–246. Russian.
14. Segrey Gautier: Transplantatsionniy turizm — osobiy vid meditsinskogo turizma, kotoriy svyazan s kriminalov (ren.tv). Available from URL: <https://ren.tv/news/v-rossii/90270-sergei-gote-transplantatsionnyi-turizm-osobyi-vid-meditsinskogo-turizma-kotoryi-sviazan-s-kriminalom?q=re.tb&sort=date&status=NOT-FOUND>. Dostup 05.08.2023. Russian.
15. Mikhel DV. Organ trafficking and transplant tourism in South Asia. *Social sciences and humanities. Domestic and foreign literature. Series 9: Oriental and African studies*. 2018; 4: 124–131. Russian.
16. Mikhel IV. Surrogacy in the UK and India: Regulations. *Social sciences and humanities. Domestic and foreign literature. Series 9: Oriental and African studies*. 2020; 2: 32–52. Russian.
17. Singh N, Kumar S. Analyzing organ transplantation laws in India: an overview. *South Asia journal of multidisciplinary studies*. 2017; 3 (4): 77–89.
18. Tikoo AV. Transplantation of human organs: the Indian scenario. *Indian law intitute law review*. 2017; 1: 147–174.
19. Diflo T. Use of organs from executed Chinese prisoners. *The Lancet*. 2004; 364: 30–31.
20. Caplan A. The use of prisoners as sources of organs — an ethically dubious practice. *The American journal of bioethics*. 2011; 11 (10): 1–5.
21. Mikhel DV, Mikhel IV. Blood and body as a medicine: blood and organ donation in China. *Social sciences and humanities. Domestic and foreign literature. Series 9: Oriental and African studies*. 2021; 2: 131–146. Russian.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ СЕТЕВОЙ ПОДХОД В ПРИЛОЖЕНИИ К БИОЭТИЧЕСКИМ ОРГАНИЗАЦИОННЫМ СТРУКТУРАМ

А. В. Олескин ✉

Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Москва, Россия

Термин «биоэтика» (в узком смысле), или биомедицинская этика, обозначает медицинскую (или врачебную) этику на современном уровне ее развития. Биоэтика в настоящее время институционализована и находится в ведении специальных организационных структур (биоэтические комиссии, «божественные комитеты» и др.). В работе демонстрируются перспективы приложения сетевых структур к институтам и организациям, посвящающим себя биоэтическим проблемам и задачам (этические аспекты репродуктивных технологий, биомедицинских экспериментов, трансплантологии, а также в применении к биоэтическому образованию). Сочетая в себе принципы децентрализации («многочаалия») и экологии (целостный характер подхода к исследуемым проблемам, целостность самого коллектива участников как единой сущности), сетевые структуры способствуют креативной эффективной работе биоэтических организаций. В то же время централизованные иерархии традиционных образовательных учреждений и исследовательских институтов не теряют своих важных функций. Разумное комбинирование сетевых структур и иерархий наделяет последние новой ролью: речь идет об экспертной оценке деятельности возникающих сетевых структур с селективной поддержкой (включая финансирование) наиболее эффективных из них.

Ключевые слова: биоэтика, сетевые структуры, иерархии, децентрализация, экологический подход, хирама, биологические парадигмы сетевой организации, нейронные сети

Финансирование: настоящая статья создана в рамках Программы развития Междисциплинарной научно-образовательной школы Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова «Будущее планеты и глобальные изменения окружающей среды».

✉ **Для корреспонденции:** Александр Владимирович Олескин
Смоленская наб., 5/13, кв. 6, г. Москва, 119299, Россия; oleskiny@yandex.ru

Статья поступила: 06.08.2023 **Статья принята к печати:** 12.09.2023 **Опубликована онлайн:** 02.10.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.024

THE ECOLOGICAL NETWORK APPROACH APPLIED TO BIOETHICAL ORGANIZATIONAL STRUCTURES

Oleskin AV ✉

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

The term 'bioethics' (in the narrow sense) or 'biomedical ethics' denotes medical ethics at the modern stage of development. Bioethics is currently institutionalized and falls under the responsibility of specialized organizational structures (bioethics commissions, 'divine committees', etc.). The article expounds the prospects of applying network structures to institutions and organizations dealing with bioethical issues and tasks (ethical aspects of reproductive technologies, biomedical experiments, organ transplantation, and bioethical education). With the principles of decentralization ('multiple authority') and ecology (an integrative approach to issues under study and integrity of a bioethical expert team), network structures promote creative and effective functioning of bioethical organizations. Nonetheless, the centralized hierarchies of traditional educational and research institutions are also expected to perform essential functions. A reasonable combination of network structures and hierarchies provides the latter with a new role: the hierarchies assess the activity of emergent network structures using competent experts and provide selective support (including financing) to the most effective among them.

Key words: bioethics, network structures, hierarchies, decentralization, ecological approach, hirma, biological paradigms of network organization, neuronal networks

Financing: the work on the present article formed a part of the 'The Future of the Planet and Global Environmental Changes' Development Program of Interdisciplinary Scientific and Educational School of Lomonosov Moscow State University.

✉ **Correspondence should be addressed:** Alexander V. Oleskin
Smolensk Emb., 5/13, Apt. 6, Moscow, 121099, Russia; oleskiny@yandex.ru

Received: 06.08.2023 **Accepted:** 12.09.2023 **Published online:** 02.10.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.024

Термин «биоэтика» (в узком смысле), или биомедицинская этика, обозначает медицинскую (или врачебную) этику на современном уровне ее развития [1–3]. От традиционной медицинской этики биоэтику отличает то, что последняя не является корпоративной этикой профессионального сообщества. В широком смысле биоэтика рассматривается в духе этического натурализма — как концепция, ставящая в качестве высшего морального требования сохранение жизни на Земле. Именно так понимал биоэтику Ван Ренселер Поттер, впервые предложивший этот термин в 1969 г. [4]. Биоэтика в наиболее обобщенном смысле включает в себя также этику экспериментов с животными, экологическую этику [5]. Можно сказать, что биоэтика

представляет собой «философски-прикладную область знания, охватывающую моральные проблемы, имеющие давнюю историю, такие как отношение человека к диким и домашним животным, а также проблемы, возникшие недавно в связи с бурным развитием биотехнологии и биомедицинских исследований» [5].

В современном мире биоэтика — «это уже большое мировое движение и социальный институт, объединяющий в себе ученых самых разных направлений (философов, врачей, юристов, биологов и т.д.), организованное во множество национальных и международных структур (центров, этических комитетов, институтов) с огромным количеством проводимых конференций, публикацией научных статей, монографий,

принятием правовых документов и т.д.». [6]. Собственно, в силу своего междисциплинарного характера биоэтика привлекает «внимание медиков, биологов, философов, юристов, теологов, культурологов, социологов и др. Практическая действенность этой области во многом связана с тем, что в ходе ее развития были предложены и отработаны доказавшие свою эффективность институциональные структуры и механизмы морально-этического контроля в сфере биомедицины — этические комитеты» [7]. Подобные (био)этические комитеты (начиная с «Божественного комитета», созданного в начале 1960-х гг. в г. Сиятл по вопросу очередности пересадки почек), особенно важны при решении вопросов, связанных с современными биомедицинскими методами в трансплантации органов и тканей, репродуктивных технологиях, поддержании жизни в терминальных состояниях, а также в ходе экспериментов с животными.

В настоящей работе мы концентрируем внимание на организационных аспектах этических комитетов и аналогичных структур, посвящающих свою деятельность вопросам биоэтики. Будут рассмотрены два организационных подхода:

- *экологический подход*. Многие ученые полагают, что экологический подход опирается на биологические знания, но выходит за пределы наук о живом как таковых. По мнению Н. Ф. Реймерса [8], в наше время создается обобщенная, философски фундированная экология (мегаэкология), претендующая на «сохранение функциональной и структурной целостности того центрального объекта, который вычлняется в процессе исследования». Этот «центральный объект» может быть разной природы. В приложении к биоэтике речь идет о центральных объектах двойкой природы. Во-первых, всякая этическая проблема имеет целостный характер — она должна рассматриваться в единстве всех своих аспектов. Так, вопрос о допустимости аборта в каждой конкретной ситуации должен решаться при одновременном анализе физиологических, психологических, этических последствий такого вмешательства. Во-вторых, сам этический комитет должен быть больше суммы своих членов — это должна быть целостная экосистема со своими нормами принятия решений, стилем поведения всех участников, ритуалами, базовыми ценностями (то, что мистически обозначается как нематериальная сущность, эгрегор, всего этого комитета);
- *децентрализованный подход*. Сама междисциплинарность и многоаспектность этических комитетов не могут не способствовать внедрению в них сразу многих частичных лидеров, которые ведают разными гранями биоэтической проблемы — скажем, разными аспектами проблематики аборта. Жестко централизованная иерархия неизбежно суживает кругозор комитета, ограничивая его горизонтом личного видения проблем боссом, начальником, доминантом.

ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЕ СЕТЕВЫЕ СТРУКТУРЫ: ПРИМЕНИМОСТЬ В БИОЭТИКЕ

Комбинация обоих подходов приводит нас к сетевым организационным структурам. Здесь необходимо подчеркнуть, что сетевые структуры (просто сети)

находятся в центре внимания особой бурно развивающейся науки (*network science*) [9, 10]. Причем сетевые структуры определяются как всякая совокупность элементов (узлов, или вершин сети), между которыми имеются связи [11]. В последние десятилетия в мировой литературе немало внимания уделяется децентрализованным сетевым структурам, которые во многих случаях способны координированно функционировать, несмотря на отсутствие центрального управляющего звена, присущего иерархическим структурам [12–15].

В различных сферах социума децентрализованные сетевые структуры формируются, причем зачастую спонтанно, когда их участников объединяют общие заботы, интересы, цели, а часто и стихийно возникающие коллективные нормы поведения и ценности. Все это способствует консолидации сетевых структур в отсутствие центрального лидерного звена и может быть обозначено как матрикс той или иной сетевой структуры [9, 14, 15]. В современном социуме оформлению виртуальных каналов передачи информации, несомненно, способствуют лишённые иерархии объединения по интересам, скажем, кулинаров-энтузиастов (*Great Cooks Community*) или, ближе к научной сфере, ученых, любящих определенный объект исследования (скажем, домашнюю мышь или, в нейробиологии, молекулу серотонина).

В настоящей работе рассмотрим применение децентрализованных сетевых структур к задачам биоэтики. В порядке вводного замечания: децентрализованные сетевые структуры в человеческом обществе, возможно, проигрывая централизованным иерархиям в темпе принятия и исполнения решений, несомненно, стимулируют творческий подход к решению поставленных задач, особенно в случае многоаспектных, нечетких, трансдисциплинарных, трансрациональных [6] проблем, к числу которых относятся и многие биоэтические проблемы.

ХИРАМА

Опишем одну из организационных моделей сетевых структур, которая известна как *хирама* (от англ. *hirama* = High-Intensity Research and Management Association) и имеет значительные перспективы в плане коллективной экспертной оценки тех или иных проблем биомедицинской этики. Возьмем как вводный пример воображаемую (хотя желательнее, чтобы она возникла реально) децентрализованную творческую группу экспертов по теме «Медико-этическая консультация по экстракорпоральному оплодотворению».

Как известно, суть метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО, IVF) «сводится к тому, что... оплодотворение яйцеклетки производится вне тела женщины, зигота первые 4–5 дней развивается «в пробирке», а затем зародыш подсаживается в полость матки женщины» [16]. Перед этой сложной и часто биоэтически проблематичной процедурой потенциальные клиенты заинтересованы в объективном и беспристрастном консультировании, в первую очередь для решения самого вопроса о допустимости и целесообразности ЭКО. Консультационные услуги возникают и в процессе ЭКО, на каждом из этапов данного вмешательства. И хотя желающая ребенка супружеская пара или клиентка-одиночка чаще имеют дело с единственным консультантом (он, как мы увидим ниже, является внешним лидером хирамы, озвучивающим принятые всем коллективом решения), на

деле консультация по ЭКО во многих случаях невозможна без участия нескольких специалистов разного профиля (гинекологи, урологи, андрологи, терапевты, психиатры, юристы и др.). Важно, чтобы все эти специалисты формировали единую спаянную команду, их компетенции перекрывались (все они хорошо осведомлены о методике ЭКО в целом, знают соответствующие законы РФ и др.).

Весь реализуемой группой широкий междисциплинарный проект включает несколько взаимоперекрывающихся субпроектов, специализированных по конкретным тематикам.

1. *Медико-физиологические аспекты ЭКО* (в частности, различные группы показаний и противопоказаний к ней; выбор конкретного протокола ЭКО); при необходимости возможно последующее дробление на гинекологические, урологические, терапевтические, психологические группы факторов.
2. *Экономические и юридические аспекты ЭКО*: озвучивание финансовых и договорных условий процедуры, в том числе возможных льгот; приведение процедуры в полное соответствие с законодательными рамками в свете приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».
3. Собственно *этические аспекты ЭКО*, включая, например, вопрос о судьбе «лишних эмбрионов» на стадиях их избирательной имплантации в матку клиентки или суррогатной матери и последующей «редукции эмбрионов», когда получают витрифицированные «снежинки», или «криошки», с неясным этическим статусом; получающиеся в этой и других ситуациях этические коллизии имеют психологические, духовные, даже сугубо религиозные грани (при работе с верующими клиентами), так что в сетевой консультирующей структуре может возникнуть необходимость организационного обособления соответствующих аспектов (что повлечет за собой увеличение числа частичных лидеров хирамы, о которых говорится ниже).

Каждому субпроекту ставится в соответствие *частичный творческий лидер*, который может иметь помощника-эксперта. Частичный творческий лидер не имеет подчиненных, его функция — регистрировать творческие идеи всех членов сетевой структуры по соответствующему субпроекту, стимулируя их к дальнейшему развитию ценных идей и предложений. В децентрализованной консультационной сетевой структуре типа хирамы работает принцип единой команды: все эксперты компетентны сразу в нескольких смежных проблемах, что позволяет им взаимодействовать с несколькими творческими лидерами. Для того, чтобы лидеры не «тянули одеяло на себя» и не разорвали на части всю группу, необходим специальный *психологический (внутренний) лидер*. Он не отвечает за отдельный субпроект, но стремится максимально улучшить психологическую атмосферу в группе, обеспечить надлежащую эффективность группового творческого процесса, позволить всем творческим лидерам наладить кооперативные (а не только конкурентные) отношения между собой и со всеми участниками группового проекта.

Важную роль в структуре хирамы играет *внешний лидер*, который работает с внешней аудиторией, выступает как полномочный представитель сетевой структуры при ее взаимодействии с иными организациями (спонсорами,

клиентами, научными учреждениями, представителями административных органов и др.); именно ему вся творческая группа доверяет рассказывать о результатах ее творческой деятельности. Вся модель сетевой структуры дана на рис. 1 [9, 10].

Очевидно, подобная многолидерная сеть годится и во многих других ситуациях, когда решается многоаспектная биоэтическая проблема.

В качестве второго примера кратко остановимся на биомедицинских экспериментах с участием испытуемых. «...Биомедицинский эксперимент — это небезобидное и достаточно опасное (для испытуемого) средство получения нового знания, развития биологии и медицины. ...Необходимо этическое регулирование условий проведения биомедицинских экспериментов» [16].

Ярко выраженный многоаспектный и трансдисциплинарный характер проблематики биомедицинских экспериментов затрудняет иерархическую организацию группы экспертов для оценки допустимости и степени риска того или иного проекта в этой области. Децентрализованная сетевая структура типа хирамы могла бы включать частичных творческих лидеров по следующим субпроектам: 1) оценка научной значимости проекта биомедицинского эксперимента, вопрос о возможности альтернативного решения поставленной задачи (скажем, тестирования лекарственного препарата или методики хирургической операции); 2) непосредственная экспертиза факторов риска для здоровья и самой жизни испытуемых, а также возможностей преодоления/смягчения этих рисков и предоставления компенсации для испытуемых; 3) этическая и правовая оценка допустимости проекта (например, приведет ли планируемое вмешательство к стигматизации испытуемого в социуме? не будет ли он вправе подать в суд на экспериментатора). Понятно, что и в данном случае хирама имеет пул специализированных помощников для подготовки экспертного заключения,

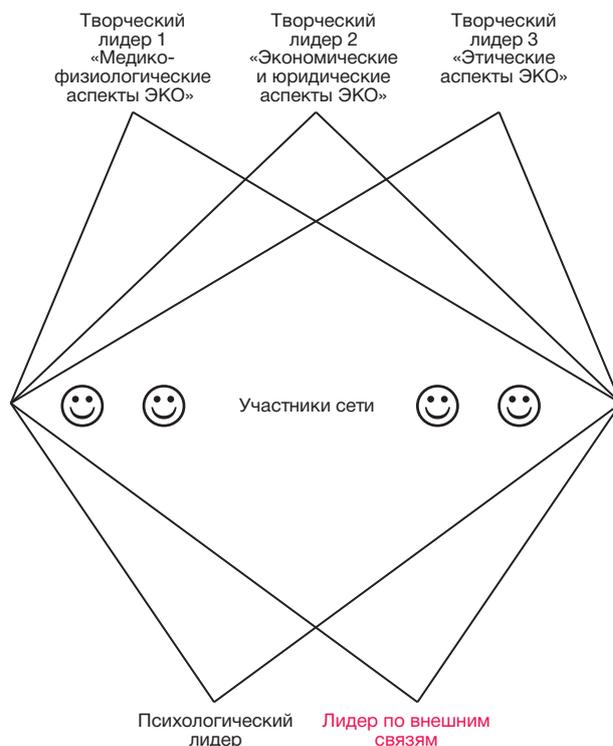


Рис. 1. Сетевая структура типа хирамы для задачи консультирования клиентов по технологии ЭКО

а также психологического лидера и лидера по внешним связям.

Сетевая структура типа хирамы, по мнению автора, пригодна и как форма организации биоэтических комитетов при научно-исследовательских учреждениях, занятых экспериментами с животными. Экспертиза таких экспериментов также является многоаспектной задачей и может быть подразделена на несколько субпроектов (что означает наличие в хироме соответствующих творческих лидеров).

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СЦЕНАРИИ: ПРИРОДОПОДОБНЫЕ ПАРАДИГМЫ

Спектр различных организационных моделей сетевых структур, конечно, не исчерпывается хиромой. В предшествующих работах автора описан целый ряд моделей децентрализованных сетевых структур, присущих различным представителям мира живого. Мы обозначаем их как *природоподобные парадигмы*. Хотя стаи рыб могут характеризоваться централизованной иерархической структурой (таковы стаи различных видов аквариумных рыбок гурами [17], многие виды рыб формируют типичные децентрализованные структуры, которые обозначаются как *эквипотенциальные* (эквипотенциальная сетевая парадигма). В них нет постоянного лидера, случайный индивид временно оккупирует переднюю позицию в движущейся группе рыб. Однако «уроки стаи рыб» показывают социальным инженерам в человеческом обществе, что эффективная координация действий возможна и при такой организации: например, децентрализованные стаи могут перемещаться как единое целое, совершать сложные быстрые маневры, защищаясь от хищников или коллективно атакуя добычу. В ряде авторских работ [9, 10, 18] было продемонстрировано, что различные природоподобные парадигмы, включая и эквиотенциальную («рыбью») парадигму, пригодны для эффективного, нетривиального решения нечетких творческих задач (в том числе методами ролевой игры или мозгового штурма).

В частности, *клеточная («микробная») парадигма* реализуется микроорганизмами и культурами клеток; ее аналоги в человеческом социуме реализуют ту или иную степень творческого слияния всех экспертов и прочих творческих участников проектов с созданием единого мыслящего «супермозга». Этот коллективный «супермозг» по своим креативным способностям существенно превосходит каждого из индивидуальных участников, по аналогии с объединяющим все клетки в рамках микробной колонии или биопленки биполимерного межклеточного вещества — матрикса в биохимическом смысле термина. *Модульная парадигма* (образующие колонии кишечнорастворимые, мшанки, асцидии в живой природе) стимулирует участников творческой сетевой структуры к созданию креативного стресса (напряжения) между конкурентной, соревновательной установкой каждого участника проекта на индивидуальный успех — и объединяющего всех этих участников единого суперпроекта (например, *эффективная пренатальная диагностика хромосомных аномалий*). В случае реализации *ризомной парадигмы* (по типу растительных корневищ или грибного мицелия) индивиды (узлы) в составе сети выходят за собственные телесные границы и включают в свою психику межиндивидуальные связи — социальные аналоги тех нитевидных структур (гиф), которые составляют грибной мицелий.

Если человеческая децентрализованная сеть берет за основу *эусоциальную («муравьиную») парадигму*, то в этом случае коллектив дробится на малые субкоманды (аналог группы муравьев, занятой сбором пади или постройкой муравейника), у которых есть рабочие лидеры. Но эти лидеры образуют плоскую сеть: над ними нет более высоких этажей иерархии, так что все вопросы решаются методом переговоров и создания консенсуса. *Эгалитарная («обезьянья») парадигма* опирается на разноранговость и некоторую иерархичность в среде полностью независимых индивидов (прототип: группа шимпанзе или обезьян-капуцинов), например, признанных авторитетных экспертов (аналогов сереброспинных высокоранговых самцов у горилл).

НЕЙРОННАЯ ПАРАДИГМА СЕТЕВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ПРИЛОЖЕНИИ К БИОЭТИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМАТИКЕ

Рамки настоящей работы не позволяют рассмотреть все природоподобные парадигмы в плане приложимости к биоэтическому кругу проблем. Поэтому ограничимся конкретным примером — применением к биоэтической проблематике важной *нейронной* парадигмы.

Нейронные сетевые структуры опираются на модели, разработанные исследователями нервной системы, и в первую очередь организации головного мозга [19]. Важными принципами нейронной организации следует считать способность коллективно (на уровне всей сети) процессировать поступающие извне данные и создавать сообща нетривиальные творческие решения. Такие сети могут решать сложные задачи при явной нехватке информации, по отдельным «штрихам» достраивая целостный образ (в применении к медицине — формулируя верный диагноз при очень фрагментарном анамнезе). Нейронные сети во многих случаях соответствуют требованиям экологического подхода: всякая проблематика воспринимается как целостный объект, единый гештальт. Структура нейронной сети характеризуется переменной конфигурацией: всякая новая задача эффективно подстраивает сеть под себя. При «поломке» некоторых элементов сети оставшиеся продолжают успешно функционировать, компенсируя локальный дефект, что хорошо известно реабилитологам, работающим с пациентами, имеющими мозговые дефекты.

В классической модели Мак-Каллока и Питтса [20] постулировалось наличие трех типов элементов: 1) нескольких элементов входа; элементы входа воспринимают поступающую извне информацию; 2) нескольких элементов-процессоров, которые преобразуют информацию, получаемую от всех элементов входа; 3) единственного элемента выхода, связанного со всеми элементами-процессорами и генерирующего итоговую информацию, выдаваемую всей нейронной сетью. Последующее развитие теории нейронных сетей, протекавшее параллельно с изучением функционирования реального человеческого мозга, привело к существенным усложнениям модели Мак-Каллока-Питтса. Постулировалось, в частности, наличие нескольких элементов выхода (перцептрон Френка Розенблатта, 1962), нескольких слоев элементов-процессоров (многослойные перцептроны), а также присутствие в сети обратных связей, благодаря которым элементы выхода способны влиять на функционирование элементов-процессоров (сети Хопфилда и Хэмминга) и др. (см. рис. 2, А и В).

Автору представляется, что именно аналоги нейронных сетей могут достаточно эффективно применяться

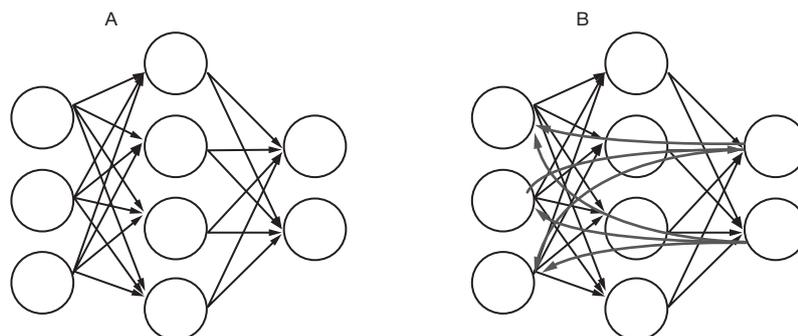


Рис. 2. Простая нейронная сеть (А); сеть, дополненная обратными связями от выходного к скрытому и входному слоям (сеть Хопфилда) (В)

в рамках *биоэтического образования*, весьма важного для работников сферы здравоохранения. Нейронные сети могут имитироваться командами студентов во время интерактивных занятий с целью овладения основами биоэтики. Сеть в таких студенческих командах способна решать явно нечеткие задачи с фрагментарной информацией, причем в процессе занятий нарастает как творческий потенциал всей нейронной сети, так и интеллектуальные способности каждого учащегося как своего рода аналога мозговой нервной клетки.

Для примера рассмотрим формирование сетевых групп по нейронному сценарию на занятии со студентами по теме «эвтаназия». Как известно, речь идет об «оказании медработником помощи в уходе из жизни тяжелобольного с неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания, которые невозможно облегчить» [16].

Группа студентов делится на три основных слоя (подгруппы):

- *входной слой*, который собирает даваемую преподавателем и приобретаемую самостоятельно информацию по теме занятия (например, о видах эвтаназии, о конкретных кейсах из литературы и Интернета);
- *процессирующий (скрытый) слой*: эти, особенно интеллектуальные, студенты обобщают полученную информацию в плане подготовки творческого проекта (например, составляется мнение о допустимости и этической оправданности эвтаназии вообще — и в применении к конкретным ситуациям или, скажем, создается коллективная обзорная работа по таким темам, как «Позиция церкви по отношению к эвтаназии» или «Этическая оценка помощи при самоубийстве»);
- *выходной слой*: подобно исполняющим команды нейронам мозга, эти студенты официально докладывают преподавателю результаты работы всей творческой сетевой квазинейронной группы.

СОЧЕТАНИЕ НЕСКОЛЬКИХ СЕТЕВЫХ ПАРАДИГМ В БИОЭТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хирама, нейронные сети и другие варианты организации сетевых структур могут применяться на практике в сложных комбинациях, позволяющих творчески создавать многоуровневые комплексные структуры, которые будут носить экологический характер — сохранять целостность как изучаемой проблематики, так и самого коллектива участников. Все рассмотренные или только упомянутые парадигмы — это лишь краски в палитре создателей новых сетевых структур, которые подбирают необходимые сочетания организационных сценариев.

Комбинированное применение различных парадигм сетевой организации можно продемонстрировать, имея перед глазами творческую команду экспертов по *трансплантации органов и тканей*. Несомненно, «пересадка органов и тканей является одной из важнейших проблем биоэтики. Сегодня наука трансплантология достигла больших успехов, и практически рутинными становятся процедуры пересадки многих органов и тканей» [16].

Хотя сетевая децентрализованная организация могла бы, по убеждению автора, стимулировать работу по любому направлению в рамках трансплантологии, пусть наш конкретный пример многоуровневой (многопорядковой) сетевой структуры касается вдохновляющей и еще не решенной нигде в мире задачи под названием «*Разработка технологии успешной трансплантации функционирующего глазного яблока*». Между тем именно пересадка глаза (в функционирующем состоянии) дала бы новые надежды и снизила суицидальные порывы у миллионов незрячих и у современных аналогов адмирала Нельсона (с перебитым зрительным нервом) или чешского героя Яна Жижки (потерявшего сначала один, а затем и другой глаз в боях). Пересадка глаза при своей технической надежности была бы желанной и для тех, у кого хотя бы одно из своих глазных яблок существует, как выражаются офтальмологи, лишь как «косметический орган», при наличии тотального амавроза (слепоты) на данный глаз. Вся невероятная сложность такого пока еще не реализованного вмешательства наглядно иллюстрирует тот, отмеченный В. И. Моисеевым, факт, что все органы тела являются *холомеронами*, т.е. они существуют не сами по себе, а в постоянном взаимодействии с «живой материей» всего организма. Глаз тесно связан со всеми системами нашего организма. Недаром возможна ириодиагностика, анализ состояния разных органов человека по рисунку радужки глаза.

Данная благородная междисциплинарная задача, имеющая сугубо хирургические, офтальмологические, нейрофизиологические, иммунологические, психологические, этические, правовые, философские грани, пока ожидает своего адекватного творческого организационного оформления в рамках особой трансдисциплинарной сетевой структуры.

Пилотная сетевая структура для ее реализации может иметь в виду три подпроекта, которым должны соответствовать три следующих модуля.

Модуль 1. *Хирургические и реабилитологические аспекты*, техника всей операции по трансплантации глазного яблока — от предоперационной подготовки больного и анестезии до наложения последнего шва на конъюнктиву и до послеоперационной реабилитации с тренировкой пересаженного глаза.

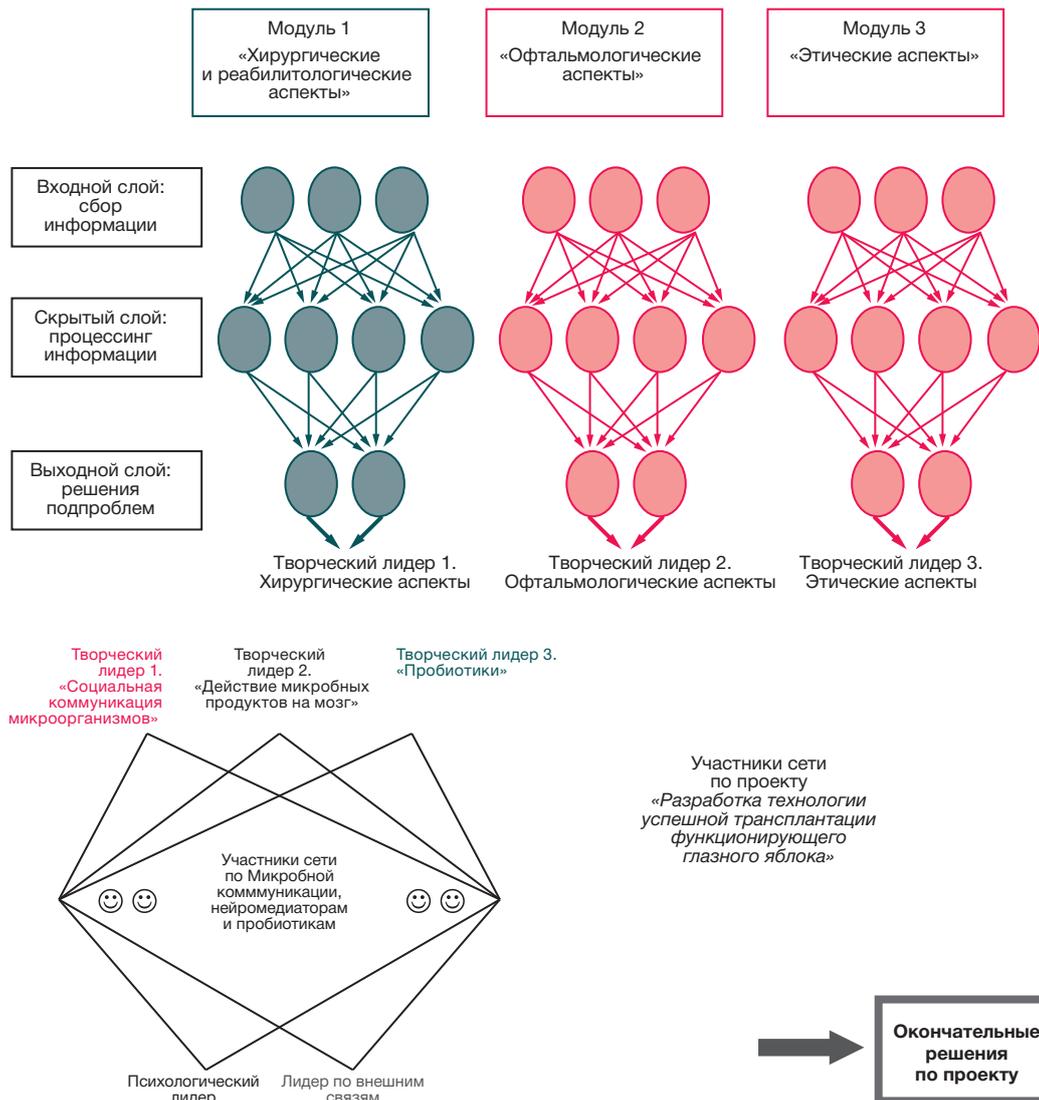


Рис. 3. Многопорядковая комбинированная сетевая структура для творческого коллектива для решения задачи «Разработка технологии успешной трансплантации функционирующего глазного яблока»

Модуль 2. *Офтальмологические аспекты* в связи с пониманием глаза как холомерона, взаимодействующего с нервной системой, особенно головным мозгом («глаз как вырост головного мозга»), иммунной и эндокринной системами, ЛОР-органами и т.д.

Модуль 3. *Этические и правовые аспекты* (кто может быть донором глаза? Кто имеет право знать, что один глаз у данного красивого юноши трансплантированый? Может ли любящая мать пожертвовать глаз ребенку?), которые имеют сложные психологические, духовные, религиозные обертона.

Творческая экспертная команда сочетает нейронную организацию и многоуровневую хираму (рис. 3). Так, модуль 2 («Офтальмологические аспекты») включает в себя:

- входной слой: получение исходных данных (анамнез, сведения из литературы и многое другое);
- скрытый слой: перерабатывает все эти данные и создает пока наброски и планы медицинских документов (рекомендаций, показаний и противопоказаний и др.);
- выходной слой: создает итоговые материалы для целевой аудитории (клиентов), опираясь на разработки участников скрытого слоя.

Представители финального выходного слоя нейронной сети одновременно являются творческими лидерами хирамы:

- лидер А: офтальмологические проблемы, их решение при трансплантационном вмешательстве;
- лидер В: роль глаза как холомерона — учет взаимодействия глаза с нервной, иммунной, эндокринной системой и др.;
- лидер С: применение разработок лидеров А и В для создания итогового документа, например, свода правил и указаний для офтальмотрансплантолога.

Модуль 2 включает также психологического и внешнего лидеров. Последний обобщает данные А, В, и С, и с этим итоговым документом должны далее ознакомиться внешние лидеры всех трех модулей.

Комбинированный принцип (нейронная сеть + хирама) лежит в основе также остальных модулей (1 и 3). Все эти три внешних лидера сообща создают сеть более высокого уровня, где являются творческими лидерами подпроектов единого проекта, который, как уже указано выше, озаглавлен следующим образом: «Разработка технологии успешной трансплантации функционирующего глазного яблока».

Внешний лидер всей большой хирамы второго уровня информирует о создаваемом проекте все заинтересованные организации от правительства РФ до медицинских (в частности, офтальмологических) и научных учреждений. Желательно доведение результатов работы над проектом до всей массы потенциальных клиентов, в том числе и за пределами нашей страны. Пусть вся эта большая сеть обогатится новыми участниками, готовыми дать свои творческие предложения, — работниками сферы здравоохранения и бизнеса, представителями системы образования, чиновниками административных структур и др.

Данная дискуссия по многоуровневой комбинированной сетевой организации будущих трансплантологов глазного яблока опирается на уже опубликованные авторские работы, где аналогичные сетевые структуры были предложены для решения иных комплексных трансдисциплинарных задач [10, 18].

ВЫВОДЫ

Итак, децентрализованные сетевые структуры воплощают целостный экологический подход к решаемым

проблемам/задачам. Сам организованный по сетевым сценариям коллектив (например, экспертная комиссия по биоэтическим вопросам) выступает как единое целое, которое «больше суммы своих частей». Сетевые структуры различных типов потенциально применимы к достаточно многим областям биоэтики — от репродуктивных технологий и биомедицинских экспериментов до трансплантологии и преподавания биоэтики в медицинских образовательных учреждениях.

Все сказанное не означает, что централизованные иерархии, характерные для традиционных образовательных учреждений и научно-исследовательских институтов, изжили себя. Иерархии в научных и просветительских институтах должны по-прежнему выполнять важные наставнические, консолидирующие и непосредственно руководящие функции. Более того, по мере развития сетевых структур там, где они целесообразны, иерархические структуры и их лидеры (декан, директора и др.) приобретают новую важную роль — именно они решают, какие из возникающих сетевых структур в их профессиональной области заслуживают поддержки (в том числе финансовой), а какие должны быть ликвидированы как мало эффективные.

Литература

1. Юдин Б. Г., редактор. Этика биомедицинских исследований. Реферативный сборник. М.: ИНИОН АН СССР. 1989; 173 с.
2. Юдин Б. Г., редактор. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.: Эдиториал УРСС. 1998; 470 с.
3. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., редакторы. Введение в биоэтику. М.: Ин-т «Открытое Общество». 1998; 384 с.
4. Van Rensseler P. Bioethics: bridge to the future. NJ: Prentice-Hall. 1971; 205 p.
5. Лукьянов А. С., Лукьянова Л. Л., Чернавская Н. М. Биоэтика. Альтернативы экспериментам на животных. М.: Изд-во МГУ. 1996; 252 с.
6. Моисеев В. И., Моисеева О. Н. Биоэтика. В 2-х т. Общая часть. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2021; 1:160 с.
7. Юдин Б. Г. Биомедицинская этика. В книге: Олескин А. В., редактор. Терминологический словарь (тезаурус). Гуманитарная биология. М.: Изд-во МГУ. 2009; 146–151.
8. Реймерс Н. Ф. Надежды на выживание человечества. М.: Изд. Центр «Россия молодая». 1992; 364 с.
9. Олескин А. В. Сетевое общество: его необходимость и возможные стратегии построения. М.: УРСС. 2016; 194 с.
10. Олескин А. В. Децентрализованная сетевая организация научного сообщества: перспективы и проблемы. М.: Ленанд. 2021; 144 с.
11. Newman MEJ. Networks: an introduction. Oxford, New York, Auckland: Oxford University Press. 2012; 772 p.
12. Meulemann L. Public management and the metagovernance of hierarchies, networks and markets. Heidelberg: Physica-Verlag. 2008; 399 p.
13. Kahler M. Networked policies: agencies, power and governance. In: Networked Politics., Power, and Governance. Kahler M, editor. San Diego: Univ. California. 2009; 1–20.
14. Castells M. The rise of the network society. the information age: economy, society and culture. Cambridge, MA; Oxford, UK: Blackwell. 1996; 1:597.
15. Castells M. Informationalism, networks, and the network society: a theoretical blueprint. In: The Network Society: a Cross-Cultural Perspective. Castells M., editor. Northampton, MA: Edward Elgar. 2004; 3–45.
16. Моисеев В. И., Моисеева О. Н. Биоэтика. В 2-х т. Прикладные аспекты. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2021; 2:368.
17. Павлов Д. С., Касумян А. О. Стайное поведение рыб. М.: Изд-во Моск. ун-та. 2003; 146 с.
18. Олескин А. В. Роль децентрализованных кооперативных сетей (ДКС) в восстановительной медицине. Вестник восстановительной медицины. 2018; (2): 21–28.
19. Дубынин В. А., Каменский А. А., Сапин М. Р., Сивоглазов В. Н. Регуляторные системы организма человека. М.: Дрофа. 2003; 367 с.
20. McCulloch WS, Pitts WH. A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity. Bulletin of Mathematical Biophysics. 1943; (5): 115–133.

References

1. Yudin BG, editor. Etika biomedicinskih issledovanij. Referativnyj sbornik. Moscow: INION AN SSSR. 1989; 173 p. Russian.
2. Yudin BG, editor. Bioetika: principy, pravila, problemy. Moscow: Editorial URSS. 1998; 470 p. Russian.
3. Yudin BG, Tishhenko PD, redaktory. Vvedenie v biojetiku. Moscow: In-t «Otkrytoe Obshhestvo». 1998; 384 p. Russian.
4. Van Rensseler P. Bioethics: bridge to the future. NJ: Prentice-Hall. 1971; 205 p.
5. Luk'janov AS, Luk'janova LL, Chernavskaja NM. Bioetika. Al'ternativy eksperimentam na zhivotnyh. Moscow: Izd-vo MGU. 1996; 252 p. Russian.
6. Moiseev VI, Moiseeva ON. Bioetika. V 2-h t. Obshhaja chast'. Moscow: GJeOTAR-Media. 2021; 2:160 p. Russian.
7. Yudin BG. Biomedicinskaja etika. V knige: Oleskin AV, editor. Terminologicheskij slovar' (tezaurus). Gumanitarnaya biologiya. Moscow: Izd-vo MGU. 2009; p. 146–151. Russian.
8. Reymers NF. Nadezhdy na vyzhivanie chelovechestva. Moscow: Izd. Centr «Rossija molodaja». 1992; 364 p. Russian.
9. Oleskin AV. Network society as an emergent social formation: possible transition scenarios. Network quasi-socialism & network meritocracy. Moscow: URSS. 2016; 194 p. Russian.
10. Oleskin AV. Decentralized network organization of the scientific community: problems and prospects. Moscow: Lenand. 2021; 144 p. Russian.
11. Newman MEJ. Networks: an introduction. Oxford, New York, Auckland: Oxford University Press. 2012; 772 p.

12. Meulemann L. Public management and the metagovernance of hierarchies, networks and markets. Heidelberg: Physica-Verlag. 2008; 399 p.
13. Kahler M. Networked policies: agencies, power and governance. In: Networked Politics: Power, and Governance. Kahler M., editor. San Diego: Univ. California. 2009; 1–20.
14. Castells M. The rise of the network society. the information age: economy, society and culture. Cambridge, MA; Oxford, UK: Blackwell. 1996; 1:597 p.
15. Castells M. Informationalism, networks, and the network society: a theoretical blueprint. In: The Network Society: a Cross-Cultural Perspective. Castells M., editor. Northampton, MA: Edward Elgar. 2004; p. 3–45.
16. Moiseev VI, Moiseeva ON. Bioetika. V 2-h t. Prikladnye aspekty. Moscow: GJeOTAR-Media. 2021; 2:368 p. Russian.
17. Pavlov DS, Kasumyan AO. Fish schooling behavior. Moscow: Moscow University Publ. Co. 2023; 146 p. Russian.
18. Oleskin AV. Rol' decentralizovannyh kooperativnyh setej (DKS) v vosstanovitel'noj medicine. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. 2018; (2): 21–28. Russian.
19. Dubynin VA, Kamenskij AA, Sapin MR, Sivoglazov VN. Reguljatornye sistemy organizma cheloveka. M.: Drofa. 2003; 367 p. Russian.
20. McCulloch WS, Pitts WH. A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity. Bulletin of Mathematical Biophysics. 1943; (5): 115–133.

«СУВЕРЕННОЕ РЕШЕНИЕ» В ДИСКУРСЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

М. Лукович¹ ✉, К. Майсторович², Д. Кнежевич³

¹ Медицинский центр «Фебрис», г. Чачак, Сербия

² Высшая школа бизнес экономики и предпринимательства, г. Белград, Сербия

³ Клинический центр Сербии, Клиника гастроэнтерологии и гепатологии, г. Белград, Сербия

В последнее время характерна напряженность в нашем обществе по поводу связанных со здоровьем людей проблем, являющихся следствием как минимум двух факторов. Во-первых, это столкновение неолитеральной экономики с традиционной моралью нашего общества. Упрощенные трактовки социальных тенденций, характерных для нашего общества и процессов внутри мирового сообщества, вызывают реакцию в виде различных конспирологических теорий, которые подкрепляются двойственным моральным подходом внутри нашего общества. В одном случае он полностью основан на неолитеральных течениях и все чаще проявляется через взгляды неправительственных организаций, в другом до крайности консервативен и привязан к традиционной морали. Политика, стремящаяся действовать в пределах возможного, поочередно предпочитает то один вариант, то другой, что создает еще большую путаницу. Другим фактором, не менее важным, является размытость коннотации и денотации таких понятий, как «свобода», «суверен», «суверенное решение», «священность человеческой жизни», из-за чего возникают различные неверные толкования. Цель этой работы — рассмотреть возникающие дилеммы через раскрытие значения этих терминов в историческом контексте. Возможный вывод состоит в том, что общая мировая тенденция гармонизации законодательства под влиянием неолитеральной экономики далека от мечты о Вечном мире, каким его видел Кант двести лет назад. Обычные нормы, составлявшие основу общественной морали, как и сама мораль, занимают все меньше места в законодательстве, даже в качестве корректива, и все больше места занимает экономическая логика. Все будет иметь «рыночную цену» (Кант). В свете вышеизложенного мы попытались рассмотреть вакцинацию и эвтаназию как две очень характерные и актуальные проблемы.

Ключевые слова: медицинская этика, суверен, суверенное решение, «священность жизни», вакцинация, эвтаназия

Вклад авторов: М. Лукович — концепция и дизайн исследования, анализ источников, написание текста; К. Майсторович — концепция и дизайн исследования, редактирование текста; Д. Кнежевич — редактирование текста.

✉ **Для корреспонденции:** Михаило Тихомирович Лукович
Войводе Степе 64, 32000, г. Чачак, Сербия; febrisca@gmail.com

Статья поступила: 16.08.2023 **Статья принята к печати:** 12.09.2023 **Опубликована онлайн:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.018

THE 'SOVEREIGN DECISION' IN THE DISCOURSE OF MEDICAL ETHICS

Lukovich M¹ ✉, Meistorovich K², Knezhevich D³

¹ Febris Health Center, Čačak, Serbia

² Higher School of Business Economics and Entrepreneurship, Belgrade, Serbia

³ Serbian Clinical Center, Clinics of Gastroenterology and Hepatology, Belgrade, Serbia

Recently, there has been tension in our society because of health-associated problems resulting from at least two factors. First, we are facing collision of neoliberal economics with the traditional ethics of our society. Simplistic understandings of social tendencies typical of our society and processes within the global community provoke a reaction in the form of various conspiracy theories supported by a dualistic ethical approach within our society. In one case, it is based on neoliberal trends and is increasingly manifested through the views of non-governmental organizations. In the other case, it is extremely conservative and tied to the traditional morality. The politics that tends to act within the bounds of the possible goes through both options, creating even more confusion. Another factor, which is no less important, includes blurred connotation and denotation of such notions as 'freedom', 'sovereign', 'sovereign decision', 'human life sacredness', resulting in various misinterpretations. The purpose of this article is to review the occurring dilemmas by disclosing the terms in the historical context. The possible conclusion is that the common global tendency of law harmonization under the influence of neoliberal economics is far from the dream about the Perpetual Peace as seen by Kant two hundred years ago. Regular standards that form the basis of the social ethics occupy less space in the legislation just like the ethics itself, even if used as a corrective measure, with economic logics taking up a larger place. There will be a 'market price' for everything (Kant). In the light of the above, we tried to review vaccination and euthanasia as two very specific and pressing issues.

Key words: medical ethics, sovereign, sovereign decision, 'sacredness of life', vaccination, euthanasia

Author contribution: Lukovich M — study concept and design, source analysis, writing a text; Meistorovich K — study concept and design, text editing; Knezhevich D — text editing.

✉ **Correspondence should be addressed:** Mihailo Tikhomirovich Lukovich
Vojvode Stepe 64, 32000, Čačak, Serbia; febrisca@gmail.com

Received: 16.08.2023 **Accepted:** 12.09.2023 **Published online:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.018

В работе «Свобода и врачебная этика» [1] отмечалось, что свобода в медицине проявляется через борьбу с уже существующей болезнью (как отрицательная форма свободы) и в борьбе за предотвращение возникновения болезни (положительная форма свободы). Для реализации этих проявлений свободы необходим высокий уровень

знаний в области медицины, который ежедневно наращивается, наряду со знаниями из других смежных научных областей. Генерируются, подтверждаются или опровергаются новые гипотезы, благодаря чему знания становятся более полными и глубокими. В статье «Истина в медицине» [2], утверждается, что истина

достигается через анализ проблем, связанных с (а) пространственно-временным континуумом, а также проблемы (b) определения дефиниций здоровья и болезни. (c) Лингвистические вопросы, связанные с обозначением и коннотацией терминов в медицине и, следовательно, с использованием Международной классификации болезней, и (d) применение научных достижений из других областей при использовании техники и других средств диагностики, также являются факторами, которые значимо влияют на достижение истины в медицине.

Сложный путь к истине иногда вызывает сомнения у самих врачей, и интеллектуальная честность (этика) требует от них определения, через дилеммы, дальнейшего направления поиска. В такие моменты у пациента может создаться впечатление, что в медицине нет четких решений, соответствующих абсолютной истине. Несомненно, что абсолютной истины не существует не только в медицине, но и во всех биологических науках, но это не значит, что из-за этого можно легко искать решения вне профессиональных знаний.

Итак, когда мы говорим об истине, мы часто игнорируем тот факт, что она может проявляться на разных уровнях, будучи как абсолютной, так и вероятной, а также информативной и полемической. И если истина в медицине относится к восприятию человеком природных процессов, то свобода связана с ним самим и с обществом в целом.

Как бы человек или общество ни боролись с болезнью, несомненно, что истина выявляется в историческом, научном и политико-правовом аспектах, которые являются рамками этой борьбы. Согласно традициям греческой культуры, для справедливости этой борьбы (а для человека всегда важно, чтобы то, что он делает, имело оттенок справедливости, как указывает Аристотель [3]), необходимо учитывать контекст естественного права.

Если мы обозначим законы, определяющие права, как совокупность норм, регулирующих отношения в обществе, то естественное право должно быть наиболее близким к природе человека, и одно из определений этого права (*lex naturalis*) было дано Гоббсом. Он прямо говорит: «это есть некое предписанное общее правило, достигнутое разумом, согласно которому человеку запрещается делать то, что губит жизнь или отнимает средства для поддержания жизни...» [4]. Необходимость в таком законе возникла как нечто, предотвращающее войну всех против всех. Согласно Гоббсу, все люди рождаются равноправными и как таковые имеют естественное право (*jus naturale*), которое он определяет так: «...есть свобода всякого человека использовать собственные силы по своему усмотрению для сохранения своей собственной природы, т.е. собственной жизни, и, следовательно, свобода делать все то, что, по его суждению, является наиболее подходящим для этого». Суверен — выше всех и единственный, кто остается в естественном праве (*jus naturale*), в то время как субъекты ради возможности естественного права (*lex naturalis*) отказываются от него (договор) [5]. Поэтому в праве переплетаются отношение к политике, с одной стороны, и отношение к свободе как своеобразному атрибуту человека, с другой.

Античная философия предлагает нам два взгляда на человека: человек как биологическое существо (зоэ) и человек как существо общественное (биос) [6, 7]. Его жизнь как биологического существа должна быть подчинена социальному существу. Из-за законов, защищающих общество, Сократ предает свое биологическое существо смерти (Критон) [8]. Больной

чумой знает, что его судьба — изолированный остров или какое-то другое изолированное пространство, и он не имеет права ссылаться на свою свободу и оставаться среди других людей. Такие политические отношения в обществе, если к ним добавить учение Платона в целом и особенно выраженное в «Государстве» и «Законах», ясно говорят о том, что они видят в человеке неотъемлемую часть целого, сущность которого, как и сущность права в этих сообществах, проявляется в том, чтобы не нарушать социальное целое и естественные процессы. Такие тенденции сохраняются в Древнем Риме, который является колыбелью современного права.

Нет ни одного современного юридического спора, который не имел бы своих корней в римском праве. В контексте этой статьи важны три термина и два правовых установления, связанные с юридической профессией в римскую эпоху: термины *суверен*, *суверенное решение*, «*священное*»; затем право отца на детей и, наконец, одно правило (право), которое сохраняется и по сей день во всех законодательствах за небольшим исключением, состоящим в том, что для того, чтобы кого-то судить, он должен физически присутствовать.

Для определения термина «суверен» необходимо понимать, что человеческое общество функционирует в рамках упорядоченной социальной системы, принимая во внимание право не допускать ее нарушения. Отношения между системой и элементами, пытающимися ее разрушить, обычно обеспечивают гармоничное функционирование общества. В редких случаях, когда эта система настолько повреждена, что это грозит ее полным крахом, есть кто-то, называемый «суверен», который прибегает к чрезвычайным мерам, не являющимся составной частью этого права, чтобы восстановить правовую систему. Позиция суверена специфична. Это тот, кто не является частью правовой системы, кто восстанавливает правовую систему, исключая себя из этой системы. Неотъемлемой частью его действия является суверенное решение, с которого он начинает свое действие. Здесь нам все еще нужно провести различие между суверенным решением и свободой воли. Суверенное решение принадлежит тому, кто стоит над законом, в отличие от индивидуума, находящегося в состоянии естественного права и подчиненного закону. Свобода воли касается отдельных лиц в обществе, которые подчиняются законам и не стоят над ними.

В мифологическом контексте в понятии «священного» трудно различать добро и зло [9]. Эволюционируя от реалий языческого Рима до наших дней, понятие «священного» приобрело иное значение.

С созданием светских государств церковное законодательство, рассматривающее понятие «священного», полностью отделяется от гражданского законодательства. В церковном законодательстве термин *священный* зарезервирован для высших, нравственных ценностей и подразумевает то, что должно уважаться до конца и пределы чего нельзя переходить. Спорно, что сегодня жизнь объявляется священной, даже если она нигде не фигурирует в гражданском праве, определяющем судьбу человеческих сообществ. Верно, что употребляется термин «неприкосновенное право», но разница между неприкосновенным правом на жизнь и священностью жизни, если определение священности принять с сегодняшних позиций, велика. Если кто-то пытается их отождествить, он совершает натуралистическую ошибку, ибо священность предполагает нравственные критерии, а неприкосновенность жизни есть лишь голый факт.

Свобода ребенка полностью находится в руках родителей. При этом отец имеет право принимать решения за своего ребенка, но не убивать его. Он несет за него ответственность до тех пор, пока тот не достигнет совершеннолетия, и таким образом родительство институционализируется.

И, наконец, сегодня немного изменено правило о том, что судить могут только тех, кто физически присутствует, так как оно допускает возможность заочного суда, но есть строгие критерии того, кого можно судить заочно.

Исторической основой суверенного решения является факт существования в обществе одного человека (царь, правитель), находившегося в состоянии естественного права (зоэ), тогда как остальные составляли неотъемлемую часть общества (биос). Суверен не имел обязанности подчиняться установленным законам, а все остальные должны были находиться в статусе того, кто подчиняется законам.

В эпоху модернизма всё обращается к человеку как личности. Духовный энтузиазм, начиная с XV века, ставит человека и его свободу на первый план по отношению к естественному порядку вещей. Сама политика, окрашенная в цвета свободы, ведет к одной революции за другой (Французская революция, Октябрьская революция). Освобождение человека, как символа того и другого, в конечном счете заканчивается тоталитаризмом и негативным опытом. Сегодня на сцену выходит суверенный неолиберальный экономический вариант. Там, где государства адаптировали свое законодательство к неолиберальному рынку, неолиберальный экономический выбор является двигателем процессов и отношений в обществе. То, что вызывает беспокойство, в соответствии с манипуляциями власти, легко устраняется, и в то же время власть не будет ни действовать вне закона, ни работать вне закона, поэтому мы имеем неограниченную власть, которая ведет себя буквально как суверенная власть, неприкасаемая власть, в большинстве случаев как виртуальная.

Когда неолиберальная экономика устанавливается в странах, где неолиберальные тенденции отсутствуют или развиты слабо, она, подобно **суверену**, путем различных манипуляций властью навязывает свою волю и регулирует отношения действующими законами этой страны до тех пор, пока не установится желаемый порядок. Как отмечено в работе проф. Мирослава Миловича «Метафизика и политика» [10], из ситуации, когда в древности экономика имела второстепенное значение и была связана с личными делами внутри семьи, мы получаем экономику, которая приобрела особое значение и которая благодаря своей силе определяет политику и, следовательно, всю жизнь. В книге «Святой человек» Джорджио Агамбен [11] видит в таких отношениях два субъекта политической сцены: естественную жизнь и суверенную (неограниченную) власть. Эти условия привели к этическому падению, в том числе появлению лагерей смерти по всему миру. **Зоэ** интегрировано в **Биос**, и законы больше не наказывают естественную жизнь, а дисциплинируют ее.

Нет ни независимых средневековых городов, ни национальных государств восемнадцатого и девятнадцатого веков, а есть только единое экономическое пространство. По его мнению, естественная жизнь, ее священность — это интеграция личности в политическую жизнь. Противостоят этому политика и манипулирование суверенной властью. Мечта Канта, как и мечта многих благонамеренных, здравомыслящих людей,

об общем мировом законодательстве рассеивается через «тихое» или грубое навязывание интересов сильнейшего. Экономика как мировое явление управляет политикой во всех областях. «Натуральная» жизнь зажата клещами, с одной стороны которых законодательство, с другой — одиночество человека, за которым, по-видимому, стоит какая-то форма социальной защиты, которая по существу является составной частью неограниченной власти.

Может ли такой человек осуществлять суверенную власть? Конечно, это не так. Неолиберальное законодательство создает впечатление, что его частная собственность является его неприкосновенным правом. Он думает, что самое ценное, что есть в его распоряжении, это его жизнь, его «священное». Никто не отнимает у него это право, а ограничивает его по-другому: он является субъектом общей экономической игры, где побеждают более сильные интересы. И эти более сильные интересы — это интересы неограниченной власти, хотя и выраженные еще под маской интересов более широкого сообщества (государств и других организованных структур). В мире, который мы знаем сегодня, говорят, что «ваша жизнь — это ваше свободное решение», но правила суверенной власти таковы, что если вы не будете следовать им и подвергнете себя остракизму своим решением, вы останетесь в одиночестве. Восстановление отношений подразумевает правила, установленные суверенной властью. Законы, применимые к человеку как социальному существу (биос), не рассматривают его как суверена и, следовательно, не признают его суверенную власть в контексте принятия социальных решений. У него нет способности к такому решению, потому что он не в силах регулировать отношения в обществе и навязывать решения, и, по правде говоря, сегодня он не в состоянии быть самостоятельным биологическим существом (Зоэ). Поэтому священность жизни или суверенность личности, на которых сегодняшние поколения строят свой образ свободы, есть иллюзия, и именно поэтому Агамбен прав, когда признает на политической сцене только двух субъектов. Первый, вне социальных процессов, вездесущий вершитель всех отношений — абсолютная власть, а второй — натуральная жизнь, вокруг которой сплетены все отношения, хотя второй субъект бессилён влиять на что-либо внутри своей социальной жизни [12]. Происходит простое манипулирование естественной жизнью (сакральностью), потому что она „священна“ не в том смысле, что действительно свята, а „священна“ потому, что должна существовать из-за экономических интересов. Возможно, здесь следует искать связь с языческим Римом. Ваша жизнь священна для вас, но неограниченная власть может дисциплинировать ее до уровня трудовых концлагерей и до последнего атома ваших сил, не отвечая за это ни перед кем.

Поскольку этические решения в медицине напрямую связаны со свободой решения или, как многие думают, с независимой властью принятия решений, мы рассмотрим здесь только два момента: решение об отказе от вакцинации, а также эвтаназию с точки зрения суверенного решения, и в контексте суверенной власти и естественной жизни.

ВАКЦИНАЦИЯ И СУВЕРЕННОЕ РЕШЕНИЕ

Вакцинация относится к той форме борьбы с болезнями, которая связывается с нашей активной защитой и по своей природе является положительной формой свободы.

Для ее реализации предполагается широкомасштабная социальная деятельность. Начиная с законодательства и предоставления средств, через многоуровневую организацию самой деятельности до непосредственного осуществления. К этому следует добавить санитарное просвещение как помощь для придания этой свободе решения реального, активного характера, а не для достижения меры посредством пассивного согласия личности, т.е. нечто вроде лечения, имеющего оттенок отрицательной свободы. Отказ от санитарного просвещения в этой области наносит большой ущерб процессу вакцинации, следовательно, и тем, для кого она проводится. Если вы не знаете предпосылку чего-то, вы получаете причину, которая не имеет смысла. Этот пробел используется различными антипрививочными лобби, которые, нравятся нам это или нет, создают путаницу и, следовательно, меньший объем защиты. Как насчет свободы и суверенного решения в контексте иммунизации? Общество (организованное сообщество, государство, провинция или вообще то, что означает **биос**) обеспечивает рамки поведения в этой области. Легитимность и законность в этой процедуре обеспечиваются заключением экспертных органов до принятия закона (легитимность), а затем принятием закона (законность). Здоровье людей отвечает интересам общества. С позиции неолиберального сообщества, — а таких людей сегодня больше всего, — чем больше здоровых и трудоспособных людей, тем больше вероятность их приобретений, поэтому вакцинация в этом контексте оправдана.

Интерес неолиберального капитала совпадает с интересом индивидов, выражаемым через рациональные медицинские меры, реализуемые обществом. Теперь возникает вопрос: как появились антипрививочные лобби? Суверенное решение не принимать вакцинацию на личном уровне ведет к «исключению», т.е. к последующему влиянию сообщества при попытке включиться в дальнейшие жизненные процессы (зачисление в школы, колледжи...). Как кому-то удастся набрать ряд сторонников, которые, не прививаясь, существенно снижают охват привитых детей — вот следующий логически возникающий вопрос. Пробел находится, как мы уже подчеркивали, в слабой санитарно-просветительской работе общества, с одной стороны, и чувстве незащищенности части населения, которая, осознавая манипулирование неограниченной властью во многих сферах общественной жизни, пытается торговать естественной жизнью, выходя на политическую арену без перспективы. Но когда есть условия для осуществления санитарно-просветительской работы, подход типа естественного хода вещей, международного заговора, низкого качества вакцин, токсичности некоторых компонентов или побочных эффектов (аутизм) проигрывает битву рациональному и этически единственно правильному подходу — пройти вакцинацию, чтобы быть свободным от болезней.

Истинные мотивы тех, кто финансирует и организует такие движения, скрыты. Они используют личные свободы как тренировочную площадку, где есть много места для интерпретаций, ведь речь идет о оценочных суждениях, которые обычно носят субъективный характер, таким образом пытаясь придать нашему решению экстерналистский характер. Выделенное ранее право родителей решать вопрос о жизни ребенка, заложенное во все законодательство, начиная с Рима, в качестве аргумента нивелируется как минимум по двум причинам. Первая причина заключается в самом факте реальной

возможности смерти заболевшего непривитого ребенка, а с учетом того, что статистически более вероятно, что непривитый ребенок заболеет и умрет, чем возникнут проявления побочных действий вакцины, страх перед побочными эффектами после вакцинации не может служить веским аргументом в пользу такого решения. Вторая причина — это вопрос свободы, потому что решение родителей является патерналистским актом, т.е. высшей степенью несвободы и возлагается на родителей до совершеннолетия ребенка, с целью реализации его социально ответственным образом, в соответствии с законами общества и в интересах ребенка. Этот интерес ребенка оценивается сообществом и институционально определяется рядом законов. В скандинавских странах родительство находится под постоянным общественным надзором и многих родителей лишают прав за малейшие проступки или нарушения закона.

Наконец, сделаем вывод, что прибегнуть к прививкам детей по согласованию с теми, кто обладает суверенной властью, является свободным решением родителей, и что отказ от решения о прививке ребенка также является свободным решением, со всеми вытекающими последствиями, подразумевающими общественный ostracism, благодаря чему это решение приобретает статус суверенного решения. С другой стороны, это решение только кажется свободным, но на самом деле оно делает ребенка несвободным по отношению к заболеванию, от которого его следует оберегать.

ЭВТАНАЗИЯ И СУВЕРЕННОЕ РЕШЕНИЕ

В отличие от вакцинации, эвтаназию вряд ли можно отнести к лечению. Таким образом, это специфическая ситуация, предполагающая прекращение различных видов агонии в конце жизни, и в этом смысле она не является лечением, поскольку мы не лечим больного той процедурой, исходом которой является смерть, а также не применяем никаких профилактических процедур. В формально-юридическом смысле это классифицируется как убийство или, как сегодня часто используются эвфемистические термины, убийство из милосердия или помощь в самоубийстве. В законодательстве всех стран убийство признается наиболее тяжким преступлением. Даже если мы квалифицируем это как помощь в суициде, мы должны знать, что лица, оказывающие помощь в суициде, также подлежат уголовному преследованию. Некоторые государства включили в свое законодательство процедуры, разрешающие убийство тяжелобольных, как бы они их ни называли.

Почему в последнее время проблема эвтаназии стала актуальной в развитых странах?

Развитие современной медицины позволяет очень эффективно помогать пациентам поддерживать жизненные функции в самые трудные моменты. Однако иногда помощь оказывается недостаточно быстро, и у части пациентов наступает смерть мозга, но не смерть физическая. Таких людей, без надежды на полное выздоровление, оставляют в живых. Кроме них, есть и больные, характер болезни которых не позволяет им выздороветь, но они приближаются к заведомым мучениям и неудобствам, о которых они знают и которые не хотят испытывать. На самом деле, одна из самых больших проблем заключается в том, что жизнь непредсказуема и создает большое количество ситуаций, в которых люди могут быть кандидатами на эвтаназию, поэтому

любое законодательство, которое занимается этим и хочет регулировать эту область, уже на первом этапе имеет проблему при определении обстоятельств, при которых эта мера может быть реализована. И по уже известному сценарию, — когда реального решения нет, организуется комиссия, которая будет решать свободно (единогласно, большинством голосов...?!). Здесь всякое осмысленное и юридически обусловленное действие бессильно. В некоторых странах (Нидерланды), где эвтаназия разрешена, существует высокая степень злоупотреблений [12]. В некоторых странах (Швейцария) это считается прибыльным бизнесом. Мы освещали эту проблему с разных сторон, и здесь мы поговорим о возможности суверенного решения об эвтаназии.

Для того, чтобы кто-то мог принять решение об эвтаназии, он должен осознавать обстоятельства, в которых он оказался. Если нет (само собой разумеется, многие тяжелобольные пациенты находятся в состоянии суженного сознания), решение за него принимает кто-то другой, так что о суверенном решении говорить не приходится. Почему мы используем здесь термин «суверенное решение», а не свободное, что было бы логичнее? Потому что больной, принявший такое решение, неподвластен никакому закону, ибо в момент совершения деяния он будет мертв, а тот, кто отсутствует (в данном случае мертв), неподчинен закону, то есть в момент принятия решения он уже осознает, что он выше закона. Совсем другая история с теми, кто помогает в этом акте. Они могут оказывать помощь добровольно, если нет закона, разрешающего эвтаназию, и подлежат юридическим санкциям; или в соответствии с профессиональными обязанностями, если есть закон, разрешающий эвтаназию.

В большинстве стран эвтаназия пока запрещена. Надо признать тот несомненный факт, что многие окажутся в весьма незавидном положении при проведении дебатов о таком законе. Именно законодательство, следующее за неолиберальной экономикой, эвфемистически борющейся за права человека в последние несколько десятилетий, исключило смертную казнь из законов наибольшего числа стран. Объявив неприкосновенным право на жизнь тех, кого они собираются эксплуатировать, даже если речь идет об убийцах, они окажутся в положении, позволяющем убивать невинных и слабейших. Не сомневаясь в политических манипуляциях неограниченной власти, основанных на принципе признания той или иной меры законной, мы окажемся в ситуации, когда в ближайшем будущем мы станем свидетелями принятия этих законов. Нам нужно только следовать неолиберальной экономической логике и учитывать два фактора: что, во-первых, лечение таких людей дорого обходится обществу и нет перспективы на успех, т.е. возврат вложенных средств за счет эксплуатации естественной жизни, и, во-вторых, что число ожидающих

доноров органов увеличивается, следовательно, с точки зрения неолиберальной экономической логики, из одной потерянной физической жизни мы получаем одну, две и более физических жизней.

На пути к принятию таких законов сейчас есть только организованное сопротивление в некоторых церквях, независимо от светскости законодательства. Борьбой с этим будет постепенное принятие закона — в смысле незначительного увеличения числа государств, которые его примут. Нужно отметить, что законодательство Сербии, ничем не побуждаемое, без необходимости (эвтаназия не стоит в повестке дня насущных проблем нашего здравоохранения), без широкого обсуждения этой проблемы на уровне всего общества, движется к принятию закона о разрешении эвтаназии.

В Сербии существует так называемая элита, которая агрессивно выступает за принятие всего, что имеет хоть малейший намек на неолиберализм, в надежде построить современное общество и сознательно, почти раболепно разрушает традиционные ценности. В стране, где степень коррупции все еще имеет невообразимые размеры, отчасти из-за войн, отчасти из-за экономического кризиса, отчасти из-за нравственного кризиса во всех сферах общественной жизни, в стране, где не хватает доноров органов, спорный закон с непостижимыми последствиями вводится в процедуру. В проблеме эвтаназии много элементов, нарушающих нормы морали, и они не обсуждаются; с другой стороны, что касается закона, то за убийство следует нести уголовную ответственность, а по этому закону тот, кто его совершает, освобождается от юридической ответственности, отсюда следует, что законодатель возведен на уровень суверена. Отсюда нетрудно прийти к выводу, что такой законодатель не является самостоятельным, что на него воздействуют политические манипуляции неограниченной власти. При этом речь идет не о противоправном поведении, а о манипулировании демократической процедурой и манипулировании участниками, которые, устраняя мораль в таких ситуациях, возводят всех нас в ранг подданных, людей без прошлого и будущего, которые будут опасаться за свое существование при взаимодействии с медициной.

В итоге сделаем вывод, что наибольшее количество тех, кто будет подвергнут эвтаназии в соответствии с законодательством, будет подвергнуто ей не по их свободному решению, а по решению их родственников. Даже ряд тех, кто осознает свои действия и принимает решение самостоятельно, делает это не по своей воле, а под давлением экономического или социального характера (продажа органов, спасение семьи от дальнейших медицинских расходов и т.д.). Введя закон, разрешающий эвтаназию, законодатель заменяет «суверенное решение» решением «в соответствии со свободной волей».

Литература

1. Лукович М. Т. Свобода и медицинская этика. Медицинская этика. 2019; 7(1): 77–83.
2. Лукович М.Т., Мајсторович К., Кнежевич Д. Истина в медицине. Медицинская этика. 2021;4: 42–45.
3. Аристотель. Политика. 1283а.
4. Гоббс Т. Левиафан, или Материя, форма и сила церковного и гражданского государства. Культура. Белград. 1961;111.
5. Гоббс Т. Левиафан или Материя, форма и сила церкви и гражданского государства. Культура. Белград. 1961;115.
6. Гоббс Т. Левиафан или Материя, форма и сила церкви и гражданского государства. Культура. Белград. 1961;195.
7. Агамбен Д. Homo Sacer. Белград. Карпош. 2013; 11.
8. Сократ. Произведения Платона, Ион, Пир, Федр, Защита Сократа, Критон, Федон. Белград, Дерета. 2002; 161–174.
9. Агамбен Д. Homo Sacer. Белград. Карпош. 2013; 107 (сноска)
10. Милович М. Метафизика и политика. Градац, Чачак. 2018;18.
11. Агамбен Д. Homo Sacer. Белград. Карпош. 2013; 263.
12. Пенс Г. Классические случаи из медицинской этики. Официальный вестник. Белград. 2007; 173–205.

Reference

1. Lukovich MT. Svoboda i meditsinskaya etika. Meditsinskaya etika. 2019; 7(1): 77–83. Russian.
2. Lukovich MT, Majstorovich K, Knezhevich D. Istina v meditsine. Meditsinskaya etika. 2021;4: 42–45. Russian.
3. Aristotel'. Politika. 1283a. Russian.
4. Gobbs T. Leviafan, ili Materiya, forma i sila tserkovnogo i grazhdanskogo gosudarstva. Kul'tura. Belgrad. 1961;111. Russian.
5. Gobbs T. Leviafan ili Materiya, forma i sila tserkvi i grazhdanskogo gosudarstva. Kul'tura. Belgrad. 1961;115. Russian.
6. Gobbs T. Leviafan ili Materiya, forma i sila tserkvi i grazhdanskogo gosudarstva. Kul'tura. Belgrad. 1961;195. Russian.
7. Agamben D. Homo Sacer. Belgrad. Karposh. 2013; 11. Russian.
8. Sokrat. Proizvedeniya Platona, Ion, Pir, Fedr, Zashchita Sokrata, Kriton, Fedon. Belgrad. Dereta. 2002; 161–174. Russian.
9. Agamben D. Homo Sacer. Belgrad. Karposh. 2013; 107 (snoska). Russian.
10. Milovich M. Metafizika i politika. Gradats. Chachak. 2018;18. Russian.
11. Agamben D. Homo Sacer. Belgrad. Karposh. 2013; 263. Russian.
12. Pens G. Klassicheskiye sluchai iz meditsinskoy etiki. Ofitsial'nyy vestnik. Belgrad. 2007; 173–205. Russian.

«СЛОЖНЫЙ ПУТЬ К ИСТИНЕ»: ОТВЕТСТВЕННЫЙ ВЫБОР, ЦЕЛИ И ЦЕННОСТИ. КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ «СУВЕРЕННОЕ РЕШЕНИЕ» В ДИСКУРСЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ (МИХАИЛО ЛУКОВИЧ, КАТАРИНА МАЙСТОРОВИЧ, ДУНЯ КНЕЖЕВИЧ)

Д. Е. Фирсов ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В тексте анализируется работа «Суверенное решение» в дискурсе медицинской этики (авторы: Михаило Лукович, Катарина Майсторович, Дуня Кнежевич). Обосновывается междисциплинарный подход к проблеме аксиологического диссонанса, возникающего на линии демаркации частных интересов науки и ожиданий общества относительно внедрения результатов научного исследования в социальную практику. Ключевое понятие исследования М. Лукович, К. Майсторович и Д. Кнежевич «суверенное решение» интерпретируется как социальный феномен, в котором правовой смысл исключительных полномочий приобретает значение императива осознанного (этического) выбора в пограничных ситуациях юридической элиминации субъекта, относительно которого принимается «номинальное» или «эксклюзивное» медицинское решение. Отмечается, что рассматривая проблему «суверенного решения» на примерах вакцинопрофилактики и эвтаназии авторы выявляют по сути диалектический характер ответственного выбора. Выявляется перспективность актуализированных в работе проблем, выходящих за рамки предмета исследования.

Ключевые слова: аксиологический диссонанс, медицинская этика, ответственный выбор

✉ **Для корреспонденции:** Денис Евгеньевич Фирсов

Революционная, д. 5, Ярославская область, Ярославль, 150000, Россия; f300670@mail.ru

Статья поступила: 16.08.2023 **Статья принята к печати:** 12.09.2023 **Опубликована онлайн:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.019

‘THE COMPLEX WAY TO THE TRUTH’: RESPONSIBLE CHOICES, GOALS AND VALUES. COMMENTARY ON ARTICLE ‘SOVEREIGN DECISION’ IN THE DISCOURSE OF MEDICAL ETHICS (MIHAILO LUKOVICH, KATARINA MEISTOROVICH, DUNJA KNEZHEVICH)

Firsov DE ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

In this article, ‘Sovereign Decision’ has been analyzed in the discourse of medical ethics (authors: Mihailo Lukovich, Katarina Meistorovich, Dunja Knezhevich). The interdisciplinary approach to the issue of axiological dissonance has been justified. It arises at the demarcation line of scientific private interests and society expectations and concerns implementation of research outcomes into the social practice. According to the authors, the ‘sovereign decision’, the key notion of the research, is a social phenomenon. In it, the legal sense of exclusive authorities becomes the imperative of an informed (ethical) choice in boundary situations of the subject’s legal elimination in relation to whom the ‘nominal’ or ‘exclusive’ medical decision is taken. By analyzing the issue of the ‘sovereign decision’ using the examples of vaccine prevention and euthanasia, the authors reveal the dialectic nature of the responsible choice. The issues that go beyond the subject of research seem perspective as well.

Key words: axiological dissonance, medical ethics, responsible choice

✉ **Correspondence should be addressed:** Denis E. Firsov

Revolutionary, 5, Yaroslavl region, Yaroslavl, 150000, Russia; f300670@mail.ru

Received: 16.08.2023 **Accepted:** 12.09.2023 **Published online:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.019

«Kamen spoticanja» в вопросах профессиональной этики — смещение общих ключевых аксиологических понятий в область профессиональных компетенций. Влияние психокультурного фактора восприятия предопределенной смысловой парадигмы коллективных (профессиональных, корпоративных) «догматических» установок необходимо учитывать уже на этапе подготовки специалистов [1]. Именно поэтому одной из сложнейших задач в процессе преподавания биоэтики студентам медицинских специальностей является предупреждение редукции биоэтического знания в периферийную информацию знания биологического [2, 3].

Анализ проблемы аксиологического диссонанса, возникающего на линии демаркации частных интересов науки и ожиданий общества относительно внедрения результатов научного исследования в социальную практику, предполагает рассмотрение возникающих в этой связи вопросов в широком предметном поле исторических, политических, юридических, экономических

факторов взаимодействия индивида и социума. В работе М. Лукович, К. Майсторович и Д. Кнежевич «Суверенное решение» в дискурсе медицинской этики» данная проблема рассматривается в контексте вопроса ответственного выбора на примерах соблюдения требований вакцинопрофилактики и условий применения эвтаназии.

Ключевое понятие исследования — «суверенное решение» рассматривается авторами как социальный феномен, в котором правовой смысл исключительных полномочий приобретает значение императива осознанного (этического) выбора в пограничных ситуациях юридической элиминации субъекта, относительно которого принимается «номинальное» или «эксклюзивное» медицинское решение. При этом авторы подчеркивают, что с позиции исторической нормы «суверенное решение» принадлежит тому, кто стоит над законом, в отличие от индивидуума, находящегося в состоянии естественного права и подчиненного закону. Свобода воли касается

отдельных лиц в обществе, которые подчиняются законам и не стоят над ними».

«Сложный путь к истине» в данных вопросах, как отмечают авторы статьи, определяет «интеллектуальная честность (этика)», выявляется же истина «в историческом, научном и политико-правовом аспектах».

Анализируя проблему «суверенного решения» на примерах вакцинопрофилактики и эвтаназии, авторы выявляют по сути диалектический характер ответственного выбора, поскольку «прибегнуть к прививкам детей по согласованию с теми, кто обладает суверенной властью, является свободным решением родителей, и что отказ от решения о прививке ребенка также является свободным решением», но «это решение только кажется свободным, но на самом деле оно делает ребенка несвободным по отношению к заболеванию, от которого его следует оберечь». В случае же с эвтаназией, «больной, принявший такое решение, неподвластен никакому закону, ибо в момент совершения деяния он будет мертв, а тот, кто отсутствует (в данном случае мертв), неподчинен закону, то есть в момент принятия решения он уже осознает, что он выше закона». «Введя закон, разрешающий эвтаназию, законодатель заменяет «суверенное решение» решением «в соответствии со свободной волей»».

Помимо рассмотренной авторами статьи проблемы перспективными представляются актуализированные в работе вопросы, выходящие за рамки предмета исследования. В частности, к ним относятся «лингвистические вопросы, связанные с обозначением и коннотацией терминов в медицине». Нельзя не признать, что в ряде случаев оптимизированные под задачи конкретного направления исследований структуры профессиональных «словарей» отражают стремление не только отделить «компетентное» от «профанного», но и придать им значение «сакрального и брутального».

Тем самым поддерживается мифологизированный статус компетентного знания, что, в свою очередь, может привести к обратному ожидаемому социальному эффекту — непониманию и формирующемуся на его почве недоверию пациента. Кроме того, отчуждающая смысловая демаркация может стать основанием не только для легитимизации известных изъятий как в самом знании, так и в его социальной интерпретации, но и для аксиологической субституции, схожей с отмечаемой авторами «суверенизацией» в отдельной области науки.

Авторы констатируют, что «общая мировая тенденция гармонизации законодательства под влиянием неолиберальной экономики далека от мечты о Вечном мире, каким его видел Кант двести лет назад. Обычные нормы, составлявшие основу общественной морали, как и сама мораль, занимают все меньше места в законодательстве, даже в качестве корректива, и все больше места занимает экономическая логика. Все будет иметь «рыночную цену» (Кант)». Но можно предположить, что усилия профессионального сообщества на «сложном пути к истине» (важность которого акцентируют авторы статьи) будут вознаграждены тем, что познание истины как цели профессионального взаимодействия специалиста и пациента может быть сознательно ориентировано на истину как ценность. В этом случае выражением истины в конкретном знании, влияющем на направление и задачи социальных процессов, станет корреляция высших теоретических установок и объективно (или как минимум компетентно) оцениваемых возможностей практической науки. Возможно, что тогда действия индивида и общества в проявлении всех форм заботы (о нуждающихся в вакцинации детях, пациентах в терминальной стадии болезни и т.д.) будут определяться в рамках свободного осознанного выбора максимумом деятельного милосердия.

Литература

1. Карпов А. О. Психокультурное понимание эпистемических новшеств. Вопросы культурологии. 2013; 4: 40.
2. Старцева О. Н., Фирсов Д. Е. Компетентностный подход в преподавании биоэтики студентам медицинских вузов при рассмотрении проблемы эйджизма. Педагогика. Вопросы теории и практики. 2021; 6(6): 1106.
3. Фирсов Д. Е., Айбабина Е. В. Психокультурные факторы формирования биоэтической компетенции у студентов медицинского вуза. Вопросы отечественной и зарубежной истории, политологии, социологии, философии, образования: материалы научно-практической конференции «Чтения Ушинского». Ярославль. РИО ЯГПУ. 2022; 222.

Reference

1. Karpov AO. Psikhokul'turnoye ponimaniye epistemicheskikh novshestv. Voprosy kul'turologii. 2013; 4: 40. Russian.
2. Startseva ON, Firsov DYe. Kompetentnostnyy podkhod v prepodavanii bioetiki studentam meditsinskikh vuzov pri rassmotrenii problemy eydzhizma. Pedagogika. Voprosy teorii i praktiki. 2021; 6(6): 1106. Russian.
3. Firsov DYe, Aybabina Ye V. Psikhokul'turnyye faktory formirovaniya bioeticheskoy kompetentsii u studentov meditsinskogo vuza. Voprosy otechestvennoy i zarubezhnoy istorii, politologii, sotsiologii, filosofii, obrazovaniya: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Chteniya Ushinskogo». Yaroslavl'. RIO YAGPU. 2022; 222. Russian.

ПРОБЛЕМНЫЕ ЗОНЫ СОВРЕМЕННОГО ДИСКУРСА ОБ ЭВТАНАЗИИ. ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

О. А. Фирсова ✉

Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, Орел, Россия

В статье проведен анализ этических проблем, возникающих в процессе дискурса о добровольном уходе из жизни, рассматриваются этические аспекты существующих взглядов на эвтаназию. Отмечается, что соблюдение принципов и правил биомедицинской этики имеет особую важность при принятии решений относительно конца жизни. В работе приводится взаимосвязь характеристик современного общества с гедонистическими тенденциями, определяемыми при выборе ценностных ориентаций молодых людей, выбравших медицину в качестве будущей профессии. В связи с этим необходимо обсуждать вопросы, связанные с этическими аспектами эвтаназии на междисциплинарных площадках в профессиональном сообществе представителей медицины, философии, права и религиозных организаций. Автор приходит к заключению, что следование нормам морали в деятельности врача, определенное многовековыми достижениями философской мысли, предопределяет траекторию его профессиональной деятельности с точки зрения выполняемого долга.

Ключевые слова: биоэтика, новые технологии, эвтаназия, моральные принципы, улучшение, умирание, этические нормы

✉ **Для корреспонденции:** Олеся Артуровна Фирсова
ул. Октябрьская, д. 25, г. Орел, 302028, Россия; koroleva_olesya@mail.ru

Статья поступила: 05.07.2023 **Статья принята к печати:** 12.08.2023 **Опубликована онлайн:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.021

PROBLEM ZONES OF MODERN DISCOURSE ABOUT EUTHANASIA. ETHICAL ASPECT

Firsova OA ✉

Orel State University, Orel, Russia

The article analyzes the ethical problems that arise in the process of discourse on voluntary departure from life, examines the ethical aspects of existing views on euthanasia. It is noted that adherence to the principles and rules of biomedical ethics is of particular importance when making decisions regarding the end of life. The paper presents the relationship between the characteristics of modern society and hedonistic tendencies, determined when choosing the value orientations of young people who have chosen medicine as their future profession. In this regard, it is necessary to discuss issues related to the ethical aspects of euthanasia at interdisciplinary platforms in the professional community of representatives of medicine, philosophy, law and religious organizations. The author comes to the conclusion that following the norms of morality in the activities of a doctor, determined by the centuries-old achievements of philosophical thought, predetermines the trajectory of his professional activity in terms of the duty he performs.

Key words: bioethics, new technologies, euthanasia, moral principles, improvement, dying, ethical standards

✉ **Correspondence should be addressed:** Olesya A. Firsova
ul. Oktyabrskaya, 25, Orel, 302028, Russia; koroleva_olesya@mail.ru

Received: 05.07.2023 **Accepted:** 12.08.2023 **Published online:** 30.09.2023

DOI: 10.24075/medet.2023.021

Сегодня биоэтика является системным ответом на «проблемные ситуации» этико-правового характера, объективно возникающие под влиянием научно-технического прогресса в медицине, в частности в современной клинической практике. Важную роль в осознании процессов, происходящих в современной медицине, играют такие факторы, как изменение социально-экономического положения стран, глобализация, смещение культурно-религиозных традиций, последние достижения науки и медицины. Определяя отличительные черты сегодняшнего современного общества, выделим некоторые, наиболее значимые, на наш взгляд, характеристики.

1. Постмодернизм. Современное общество часто характеризуют как постмодернистское, то есть находящееся под влиянием отказа от общепринятых истин или рассмотрением истинности как субъективного понятия. Оно также характеризуется многообразием и фрагментированностью, отсутствием единого метанарратива.
2. Массовая культура. Современное общество сильно подержано массовой культуре. Средства массовой информации играют важную роль в формировании

ценностей, норм и образа мышления людей. Следствием этого может стать стандартизация мышления и потеря индивидуальности.

3. Индивидуализм. Большое значение придается индивидуальности и выражению собственной личности. Индивиды стремятся к самовыражению и самореализации, ищут свое место в обществе, придавая значимость своим индивидуальным потребностям и желаниям.
4. Технологический прогресс. Сегодня в обществе технологический прогресс играет существенную роль. Развитие информационных и коммуникационных технологий влияет на все сферы жизни — от здравоохранения и образования до личной жизни и социальной коммуникации.
5. Разнообразие и мультикультурализм. Российское общество особенно характеризуется разнообразием и культурной плюрализацией. Мультикультурализм и глобализация привели к смешению и взаимодействию разных культур, языков, религий и традиций в России и в мире. Подчеркнем, что это лишь некоторые возможные характеристики, которые отражают современное общество с точки зрения философии.

Все вышесказанное требует от специалистов ориентации в процессах, происходящих в современном мире и для этого молодому человеку, ставшему на путь медицины, необходимо уметь оценивать и правильно понимать вызовы, связанные с новыми технологиями и новейшими достижениями медицинского знания, среди которых: клонирование, секвенирование генов, пренатальная диагностика, новые репродуктивные технологии, эвтаназия. В современном обществе, когда индивид сталкиваемся с такими проблемами, как, например, право на самостоятельное принятие решения относительно конца жизни, право на помощь в уходе из жизни, философская наука сегодня имеет дело с антропологическими рисками размывания самой природы человека. Становится очевидно, что современный человек, как субъект клинической медицины и биоэтики нуждается в ответах на следующие актуальные вопросы:

- Что есть человек?
- Какой системой ценностей он руководствуется сегодня?
- Как определить границы дозволенного в современной медицине?

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭВТАНАЗИЮ

Известно, что эвтаназия — это процесс, неразрывно связанный с множеством этических аспектов, которые вызывают разные мнения и споры в обществе профессионалов. Сложность проблемы добровольного ухода из жизни также заключается в тесном переплетении интересов личности и общества, которое (общество) в той или иной степени никогда не будет безразлично к человеческой жизни и смерти. Отношение к эвтаназии определяется не только осознанием, что есть смерть, но и тем, что жизнь трактуется как высшая ценность человека, и в этом же состоит сам смысл жизни.

Критики эвтаназии утверждают, что деятельность врача должна быть ориентирована на сохранение жизни и лечение, а не на ее прекращение: само воплощение принципа «не навреди» входит в резкое противоречие с возможностью согласия пациента и помощью со стороны медицинского персонала. Подобная возможность неизлечимо больного пациента вызывает возмущения у тех, кто считает, что отказ от основополагающего морального принципа биомедицинской этики может иметь серьезные последствия и вести к деградации нравственности. Не имеем ли мы дело в данном случае с проявлением «скользкого склона» [1]? Данный феномен (от англ. *slippery slope*) означает возможность злоупотребления или необоснованного применения какой-либо процедуры ко все возрастающему кругу людей, в том числе, возможно, и в корыстных целях. Специалисты, описывающие проявления данного феномена, утверждают, что достаточно один раз легализовать какую-либо спорную медицинскую практику, и она при самом строгом регулировании будет применяться все чаще и чаще, что приведет к ее массовому характеру. Еще одна из этических проблем, связанных с эвтаназией, заключается в определении момента, когда собственное страдание пациента является невыносимым и необратимым. Участники этого мнения обычно опасаются, что практика эвтаназии может открыть путь к злоупотреблениям и насилью, поскольку сложно установить четкую грань между способом облегчения страданий и актом преступления.

Руководствуясь идеей «всеобщего блага», принимая во внимание, что современный тип развития общества можно охарактеризовать как гедонистический, лишенный явно выраженных элементов альтруизма, в котором сильны нигилистические тенденции, как в общей культуре, так и в культуре цивилизации, приверженцы эвтаназии считают, что каждый человек имеет право на достойную смерть и контроль над своей собственной жизнью, а также автономное право распоряжаться своим телом после смерти, решать как и когда прекратиться его земное существование. Они считают, что если пациент, находясь в состоянии сильного страдания, связанного с неизлечимым заболеванием, сам осознает свое желание умереть, то он имеет право на такую возможность. Поддерживающие эвтаназию акцентируют внимание на необходимости уважения автономии пациента и уменьшении страдания. Продолжая дискурс об эвтаназии и выходя за рамки консервативной традиции в биоэтике, где главной ценностью человека являются достоинство и ценность его жизни, либеральная биоэтика, где в центре внимания стоят личные свободы человека и достижения научно-технического прогресса, направлена на разрешительные тенденции в медицине относительно эвтаназии. Но если принять во внимание, что данная свыше ценность — жизнь, по мнению многих, носит абсолютный характер, так как предоставлена человеку не как услуга или товар, которыми он может распоряжаться по своему усмотрению, а как дар высших сил, то подобное утверждение носит достаточно спорный характер. Если мы посмотрим на эвтаназию с другой стороны, со стороны взаимодействия субъектов клинической медицины, то следующее из принципа уважения автономии право выбирать способ ухода из жизни возлагает на другого субъекта функцию совершать действия, направленные на реализацию этого права. То есть, по сути, это есть право, предоставленное медицинским работникам пациентом или его родственниками на умышленное прекращение жизни пациента. Данный подход к дискурсу об эвтаназии выносит проблему в публичную плоскость. Заставляет общество смотреть на эвтаназию как на публичное вспоможение в уходе из жизни, как на санкционированное убийство в тех обществах, где эвтаназия узаконена.

Приведем следующее высказывание Канта, легшее в основу практически всех международных и национальных этических кодексов, деклараций и иных документов, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинских вмешательств в физическое и психическое существование человека: «Каждая личность — самоцель и ни в коем случае не должна рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага» [2]. Кант, формулируя категорический императив, провозглашает уникальность личности каждого человека через принятие безусловной нормы, которую нельзя нарушать. Он считает, мы должны всегда рассматривать разумные существа как конечную цель, а не средство для чего-то другого, некий «промежуточный этап». «Я не вправе прерывать вашу жизнь только потому, что она затруднительна для вас» [2]. Иными словами, человек не может закончить свою жизнь только потому, что она стала невыносима для него. Данный поступок (добровольный уход из жизни) использует волю для того, чтобы положить конец воле, что Кант считает противоречащим нашей разумной природе. Те, кто применяют принцип священности жизни к вопросу эвтаназии, полагают, что прекращение жизни нравственно

неправильно в любых обстоятельствах. Это чрезвычайно сильное требование биомедицинской этики, ведь речь идет о том, что благо отдельной личности не просто соразмерно, но даже более значимо, чем благо всего человечества.

Сегодня, вооруженные современными технологиями, врачи делают возможным поддержание жизни в таких клинических ситуациях, в которых еще совсем недавно это было проблематичным, но тем самым нередко продлевают страдания безнадежно больных. Сами же пациенты не всегда считают подобные действия оправданными. Возникает еще один этический аспект в процессе дискурса об эвтаназии: с точки зрения «улучшения» человека и использования возможностей последних достижений науки и технологий. Если, в стремлении к перфекционизму, используя последние достижения науки, невозможно в полной мере достичь желаемого состояния, не лучше ли в случае тяжелого и неизлечимого заболевания прибегнуть к добровольному уходу из жизни? В современных условиях, рассуждая о приговорах нацистским врачам и исследователям, которые проводили свои бесчеловечные эксперименты «во славу науки», находясь в пространстве формальной логики, мы можем констатировать, что приверженцами либеральной биоэтики отвергаются моральные достижения Нюрнбергского процесса. Развитие любой системы, даже самой прогрессивной, направленной на улучшение, совершенствование человеческих возможностей без нравственного компонента, обречено на деградацию. Современный человек не просто получил «в собственность» свое тело, но и право распоряжаться им по своему усмотрению, что также означает самостоятельно выбирать цели и средства воздействия на тело, модифицировать и корректировать изъяны или в конце концов избавляться от своей телесной оболочки. Но и ответственность за результат теперь несет сам человек, поскольку единая интерпретирующая инстанция традиционной общности, общий метанарратив уступили место плюрализму инстанций разной степени рациональности и научной обоснованности [3]. Поэтому без учета нравственного фактора, без осознания своей ответственности за приобретаемые усовершенствования, общество может столкнуться с целыми группами людей, обладающих какими-либо уникальными возможностями, в том числе и возможностью самостоятельно принимать решение об уходе из жизни, что законодательно закреплено в ряде стран. Это поставит их на ступень или на несколько выше «обычных», не «улучшенных» людей, людей, рожденных и проживающих на иных традиционно-культурных территориях и не имеющих возможности данного выбора.

Человек двойствен по природе, и пространство морали открывается по ту сторону этой двойственности, в борьбе имманентного и трансцендентного начал (обыденного и духовного, эмпирического и идеального, дьявольского и божественного, суетного и вечного). Августин, Кант или Бердяев, каждый по-своему, размышляя над этой проблемой, пытались разрешить ее именно как ключевую этическую проблему и усматривали, таким образом, основной вопрос морали в самом факте этого внутреннего противоречия человеческого существования и в том, как этот факт оборачивается в возможности реализации его свободы. В том, как человек в конкретных деяниях по поводу частных обстоятельств его жизни и смерти может реализовать общий, идеальный принцип морали, который приобщил бы индивида к «абсолюту» [4]. Таким образом,

в рамках мировоззрения, признающего жизнь высшим благом, эвтаназия недопустима.

Кроме того, этический аспект дискурса об эвтаназии заключается в воплощении религиозного правила «не убий». Очевидно, что эвтаназия противоречит этому принципу. Современная этическая проблематика с ее основным вопросом — блага для пациента — тесно связана с таким проявлением личных качеств врача в осуществлении им своей профессиональной деятельности, как милосердие. Во всем мире патерналистские позиции в сфере здравоохранения оставались преобладающими и не ставились под сомнение вплоть до середины XX в. Сегодня ценности врача, а следовательно, его представления о благе пациента, могут не совпадать с ценностями самого пациента и его представлениями о собственном благе. Биомедицинская этика, руководствуясь принципом «не навреди», предостерегает будущих врачей от причинения вреда пациенту, ориентируясь не только на мораль, но и на существующее законодательство. Однако мы считаем, что реализуя следующий принцип биоэтики — «делай благо», который сегодня находится в тесной взаимосвязи с пониманием нашего общества как гедонистического, ориентированного на улучшение, совершенствование человека, находясь в процессе постоянного обмена «благами», врач просто не в состоянии, будучи милосердным «по своей природе», исходя из своего призвания, выбранной им профессии, нанести вред своему пациенту. Нравственная культура врача — одна из основных составляющих медицинского профессионализма. Она должна работать и работает во всех специальностях, обладая на уровне каждой из них своими особенностями [5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках данной работы мы не ставили задачу определить позиции различных групп индивидов «за» и «против» добровольного ухода из жизни. Подобных исследований, отражающих мнения врачей, студентов-медиков, среднего медицинского персонала, достаточно, и они всегда вызывают острый интерес исследователей. Однако, исходя из определения современного общества, как гедонистического, не склонного в явной мере к самопожертвованию, терпению, а ориентированного больше на улучшение, совершенствование, поиск «благ», нам представляется интересным привести результаты проведенного в 2021 г. опроса студентов первого курса Медицинского института ОГУ им. И. С. Тургенева на предмет их ценностных ориентаций. По нашему мнению, результаты данного исследования вносят свой вклад в иллюстрацию отношения представителей современного общества к выбранной профессии и жизни в целом, дают картину ценностных ориентиров молодых людей. Было опрошено 300 человек первого курса, поступивших в 2021 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основе анализа диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности были проанализированы и сгруппированы следующие виды и типы ценностей студентов медицинского института ОГУ им. И. С. Тургенева (рис.).

Показательно, что такие ценности, как приятное времяпрепровождение и отдых (выбрали 98% опрошенных), помощь и милосердие к другим людям (97%), поиск

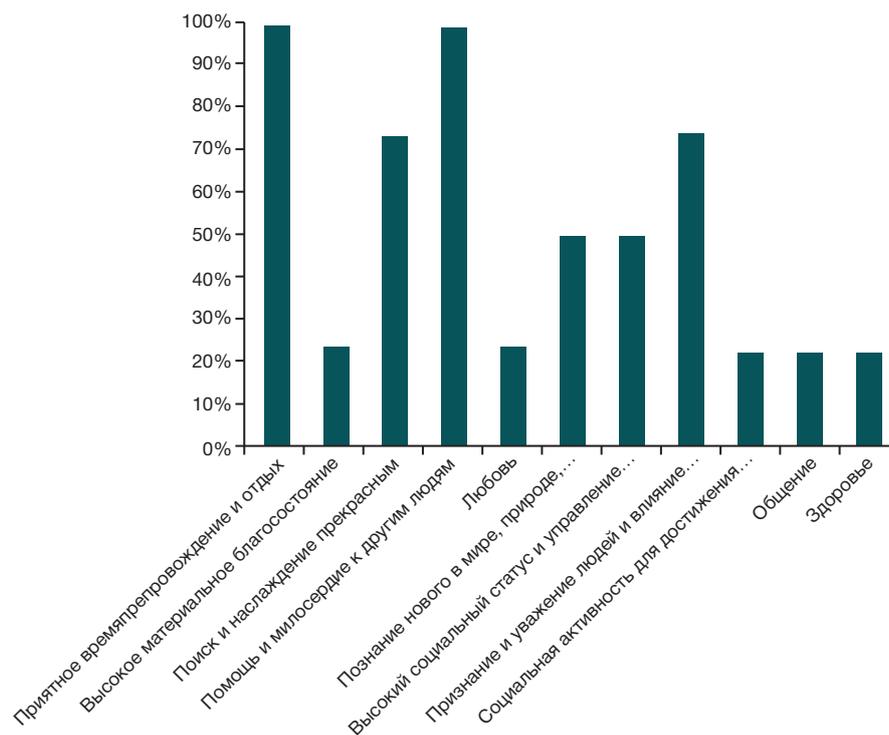


Рис. Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности

и наслаждение прекрасным (76%) и признание и уважение людей (75%), стоят в одном смысловом ряду. Далее следуют — 49% — высокий социальный статус, познание нового в мире и природе — 48%. Поступая в университеты, молодые люди на первом курсе больше отмечают такие факторы, как познание, высокий социальный статус, а такие важные для каждого из нас вещи, как здоровье и любовь отходят на второй план. Философское знание дает возможность посмотреть на результаты опроса через призму морально-этического знания и провести аналогии между характеристиками гедонистического общества и данными результатами. В современном обществе гедонистические тенденции могут быть наблюдаемы в различных аспектах.

1. Потребительская культура: современное общество охвачено потребительским менталитетом, где достижение удовлетворения через потребление товаров и услуг играет важную роль. Люди стараются максимально наслаждаться своей жизнью, приобретая материальные блага и роскошь, чтобы испытывать удовольствие.
2. Развлечения и развлекательная индустрия: современные технологии и развлекательные возможности позволяют людям наслаждаться различными формами развлечения, такими как игры, фильмы, музыка, социальные сети. Они позволяют удовлетворять потребность в удовольствии и отдыхе.
3. Индивидуалистический подход к жизни: в гедонистическом обществе каждый индивидум стремится к удовлетворению собственных потребностей и достижению собственного счастья. Отдельные личные интересы и индивидуальное благополучие занимают центральное место.
4. Высокая степень свободы и автономии: современное общество становится все более свободным и автономным в принятии решений о своей жизни и достижении удовлетворения. Люди имеют

возможности выбора и гибкости, чтобы создавать условия для своих увлечений.

Однако следует отметить, что гедонизм как стиль жизни имеет свои недостатки и ограничения. Основной критикой гедонизма является его потенциальное пренебрежение нравственными и этическими аспектами, а также возможностью возникновения пустоты и недостатка смысла в жизни.

Выводы

Для выработки верных решений и определения собственных позиций и моральных ориентиров в меняющихся биомедицинских условиях, в условиях последних достижений научно-технического прогресса, в ситуациях, когда сфера права часто отстает от норм морали, биоэтика становится диалоговым полем как для специалистов, так и для студентов-медиков, на пространстве которого усилиями философов, религиозных деятелей, врачей, юристов, государственных и политических деятелей обсуждаются наряду с другими проблемы добровольного ухода из жизни и проблемы конца жизни. Все аспекты дискурса об эвтаназии вызывают непростые этические дилеммы, и позиции по данной проблеме в обществе могут значительно различаться. Важно проводить глубокие обсуждения и учитывать мнения разных сторон, чтобы найти наилучшее решение, учитывающее не только человеческие страдания, но и этические нормы общества. Однако невольно сравнивая приводимые учеными и специалистами аргументы «за» и «против» легализации эвтаназии, мы склоняемся к тому, что спектр аргументов «против» более фундаментален и более морален. Когда Канта после публикации его первого этического трактата «Основоположение к метафизике нравов» упрекнули, что он не создал в моральном аспекте никаких новых принципов, он отметил самонадеянность философов,

которые претендовали на создание новых принципов морали, словно научная мысль до них не знала понятия долга. Кант гордился, что нашел не новый принцип морали, а новую формулу существования человеческого бытия, согласно которой мораль находится в разуме человека, а не во внешнем мире. Этический фокус философии

Канта — это идея ответственного существования личности в мире. Человек, выбравший для себя путь врачевания, просто не может переступить в своей профессиональной деятельности этические нормы и правила, ведь такой вектор следования своему долгу уже заложен в выбранном им пути многие века назад.

Литература

1. Киселев В. А., Смирнова Т. В. «Наклонная плоскость» и биоэтика: от логики к антропологии. Ценности и смыслы. 2021; 74 (4): 15–27.
2. Кант И. Лекции по этике. Библиотека биоэтики. М.: Вече, 2021; 560 с.
3. Кислицын Д. В., Мейлахс П. А., Щапов Д. С. Укрепление человека в меняющемся мире: возможности, вызовы и риски. Доклад «Глобальный ландшафт исследований и перспективных разработок в области укрепления человека» под научной редакцией Д. Ю. Куракина. М.: Электронное издательство «Эгитас», 2022; 1: 133–152.
4. Саямов Ю. Н. Биоэтика и глобальные вызовы. Документы и размышления. Библиотека биоэтики. М.: Вече, 2020; 3: 768 с.
5. Силуанова И. В. Избранные. О призвании врача. М.: Издательство ООО «Форма Т», 2008; 256 с.

Reference

1. Kiselev VA, Smirnova TV. «Naklonnaya ploskost'» i bioetika: ot logiki k antropologii. Tsennosti i smysly. 2021; 74 (4): 15–27. Russian.
2. Kant I. Lektsii po etike. Biblioteka bioetiki. M.: Veche, 2021; 560 s. Russian.
3. Kislitsyn DV, Meylakh PA, Shchapov DS. Ukrepleniye cheloveka v menyayushchemsya mire: vozmozhnosti, vyzovy i riski. Doklad «Global'nyy landshaft issledovaniy i perspektivnykh razrabotok v oblasti ukrepleniya cheloveka» pod nauchnoy redaktsiyey DYu Kurakina. M.: Elektronnoye izdatel'stvo «Egitas», 2022; 1: 133–152. Russian.
4. Sayamov YuN. Bioetika i global'nyye vyzovy. Dokumenty i razmyshleniya. Biblioteka bioetiki. M.: Veche, 2020; 3: 768 s. Russian.
5. Siluyanova IV. Izbrannyye. O prizvanii vracha. M.: Izdatel'stvo OOO «Forma T», 2008; 256 s. Russian.