

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; Денис Васильевич Тумаков, к. ист. н., доцент
РЕДАКТОРЫ Марина Владимировна Сырова
ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР Евгений Сергеевич Лукьянов
ПЕРЕВОДЧИК Диана Евгеньевна Куликова
ДИЗАЙН Марина Владимировна 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)
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. Жиляев, 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.2025-01

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);

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

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

адрес: ул. Островитянова, д.1, г. Москва, 117997, Россия, 8(495)434-03-29

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



Подписано в печать 31.03.2025

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; Denis Tumakov, CSc (Hist), Associate professor
EDITOR Marina Syrova
LAYOUT EDITOR Evgeny Lukyanov
TRANSLATOR Diana Kulikova
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)
Ilienkov 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)
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.2024-04

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, 119997, Russia

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



Approved for print 31.03.2025

Circulation: 100 copies. Printed by Print.Formula

www.print-formula.ru

МНЕНИЕ

4

Изменения и дополнения к Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований с участием людей»

А. Л. Хохлов, Д. Е. Фирсов, Д. Н. Сопетина

Amendments and additions to the World medical association declaration of Helsinki "Ethical principles for medical research involving human participants"

Khokhlov AL, Firsov DE, Sopotina DN

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

7

Народная медицина и этическое наследие кыргызов: традиции, опыт и современность

Н. А. Саримбаева

Traditional medicine and ethical heritage of the Kyrgyz people: traditions, experience and modernity

Sarimbayeva NA

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

10

Неспецифическая профилактика новой коронавирусной инфекции на рабочем месте как компонент медицинской деонтологии

Е. А. Медведева, Г. Г. Марфин, М. В. Черногорова, И. Р. Бахарева

Non-specific prevention of novel coronavirus infection in the workplace as a component of medical deontology

Medvedeva EA, Marin GG, Chernogorova MV, Bakhareva IR

МНЕНИЕ

15

Этические аспекты искусственного интеллекта

Ю. Ю. Иерусалимский, арх. Сильвестр (С. П. Лукашенко)

Ethical aspects of artificial intelligence

Ierusalimskiy YuYu, Archimandrite Sylvester (Lukashenko SP)

МНЕНИЕ

20

Этические вопросы при коморбидной патологии — туберкулез и онкология

А. Л. Хохлов, О. Г. Челнокова, Н. В. Скрыпник, А. П. Дмитриева

Ethical issues in tuberculosis comorbidity with cancer

Khokhlov AL, Chelnokova OG, Skrypnik NV, Dmitrieva AP

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

23

Этические и правовые проблемы оказания медицинской помощи в детской оториноларингологии

А. С. Юнусов, Е. В. Молодцова, Д. В. Малетина, П. И. Белавина

Ethical and legal issues of medical care in pediatric otorhinolaryngology

Yunusov AS, Molodtsova EV, Maletina DV, Belavina PI

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

28

Деятельность медиков в условиях военных конфликтов постсоветского пространства в 1990-е гг. в освещении «Медицинской газеты»

Д. В. Тумаков

Medical activity during military conflicts in the post-Soviet space in the 1990s covered by Meditsinskaya Gazeta

Tumakov DV

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

34

Православная этика Владимира Соловьева и мистическая этика Данте Алигьери

О. В. Козлова

Orthodox ethics of Vladimir Solovyov and mystical ethics of Dante Alighieri

Kozlova OV

ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ К ХЕЛЬСИНКСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ «ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЛЮДЕЙ» [1]


А. Л. Хохлов, Д. Е. Фирсов , Д. Н. Сопетина

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Принятая на 75-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации, проходившей в октябре 2024 г., действующая редакция Хельсинкской декларации стала новым этапом процесса актуализации одного из базовых международных документов, определяющих принципиальные подходы к регламентации медицинских исследований с участием человека. Внесенные в текст Декларации изменения и дополнения отражают задачу обеспечения соответствия этических принципов проведения медицинских исследований реальной исследовательской практике. Хельсинкская декларация в течение 60 лет сохраняет свое значение этического руководства, отстаивающего гуманистические принципы медицинских исследований, оставаясь примером стремления профессионального медицинского сообщества к взаимодействию и консолидации в вопросах предупреждения рисков для человека, следования интересам науки и общества.

Ключевые слова: Хельсинкская декларация, Всемирная медицинская ассоциация, медицинские исследования с участием человека, этические принципы, биоэтика

Вклад авторов: авторы внесли равный вклад в написание статьи.

 **Для корреспонденции:** Денис Евгеньевич Фирсов
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; f300670@mail.ru

Статья поступила: 27.01.2025 **Статья принята к печати:** 19.02.2025 **Опубликована онлайн:** 13.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.002

AMENDMENTS AND ADDITIONS TO THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF HELSINKI "ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN PARTICIPANTS" [1]


Khokhlov AL, Firsov DE , Sopetina DN

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The current version of the Declaration of Helsinki, adopted at the 75th General Assembly of the World Medical Association in October 2024, represents a significant step forward in the updating one of the basic international documents defining fundamental approaches to regulating medical research involving humans. The amendments and additions to the Declaration reflect the task of ensuring compliance of ethical principles of medical research with real research practice. For 60 years, the Declaration of Helsinki has maintained its importance as an ethical guide upholding the humanistic principles of medical research, motivating the professional medical community to cooperate and consolidate in the prevention of risks to humans, following the interests of science and society.

Key words: the Declaration of Helsinki, World Medical Association, medical research involving humans, ethical principles, bioethics

Author contribution: the authors made an equal contribution to preparation and writing the article.

 **Correspondence should be addressed:** Denis Evgenievich Firsov
Revolutsionnaya str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; f300670@mail.ru

Received: 27.01.2025 **Accepted:** 19.02.2025 **Published online:** 13.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.002

В октябре 2024 г. на 75-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации (WMA General Assembly, Helsinki, Finland) единогласно была принята новая редакция Хельсинкской декларации. История этого документа насчитывает 60 лет, с принятия его первой версии в июне 1964 г. (18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland) [1].

Действующая редакция Хельсинкской декларации стала результатом длительного открытого обсуждения, анализа экспертных оценок и общественного мнения, включая позицию специалистов в области биоэтики.

Ранее, помимо первой редакции 1964 г., переработанные версии документа принимались Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации в 1975 г. (29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan), 1983 (35th WMA General Assembly, Venice, Italy), 1989 г. (41st WMA General Assembly, Hong Kong), 1996 г. (48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa), 2000 г. (52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland), 2022 г. (53rd WMA General Assembly, Washington DC, USA), 2024 г. (55th WMA General Assembly, Tokyo, Japan), 2008 г. (59th WMA General Assembly, Seoul, Republic of

Korea) и 2013 г. (64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013). Последовательно вносимые международным медицинским сообществом изменения в текст Декларации служили и служат задаче обеспечения соответствия этических принципов проведения медицинских исследований с участием человека актуальной исследовательской практике.

С учетом увеличения в целом объема текста Хельсинкской декларации в редакции 2024 г. по сравнению в предшествующими версиями можно отметить несколько изменений в ее положениях, наиболее значимых с точки зрения эволюции подходов к регламентации медицинских исследований.

1. Уточнен и расширен перечень специалистов (участников), которым адресована Декларация и нормативный характер документа (пункт 2). В редакции 2013 г. было зафиксировано, что «Декларация адресована, прежде всего, врачам. ВМА призывает других лиц, вовлеченных в медицинские исследования с участием человека в качестве субъекта, следовать этим принципам». В действующей редакции данный

пункт получил следующее содержание: «Несмотря на то, что Декларация принята врачами, ВМА считает, что изложенные в ней принципы должны соблюдаться всеми лицами, группами и организациями, участвующими в медицинских исследованиях, поскольку эти принципы имеют основополагающее значение для уважения и защиты всех участников исследований, включая как пациентов, так и здоровых добровольцев».

2. В редакции 2024 г. термин «субъект» исследования («human subjects») заменен на «участник» («human participants»). Из пунктов 1 и 5 исключены определения «человека в качестве субъекта».
3. Закреплены наряду с понятием «индивидуальное здоровье» категории «общественного здоровья» (пункт 7) и «общественного здравоохранения» (пункт 8).
4. В пункт 8 включены требования соблюдения этических принципов «при возникновении чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения».
5. Текст пункта 11, ранее определяющий, что «Медицинские исследования должны проводиться таким образом, чтобы минимизировать возможный вред окружающей среде», изложен в следующей редакции: «Медицинские исследования должны планироваться и проводиться таким образом, чтобы избежать или свести к минимуму вред окружающей среде и стремиться к экологической устойчивости».
6. Пункт 12 дополнен следующим важным и принципиальным положением, акцентирующим значение «научной честности (добросовестности)», которая «важна при проведении медицинских исследований с участием людей. Участвующие лица, группы и организации никогда не должны допускать нарушений в ходе исследования».
7. Расширены пункты 19 и 20, уточняющие понятия индивидуальной, групповой и общественной уязвимости.
8. В тексте пункта 21 требование «проявлять гуманность по отношению к животным, используемым в исследованиях» заменено на обоснование необходимости обеспечения «благополучия» (безопасности) животных, используемых в исследованиях. («The welfare of animals used for research must be respected»).
9. Термин «Комитеты по этике» уточнен как «Комитеты по этике исследований» («Research Ethics Committees»). Также детализирован их функционал (пункт 23): [Комитет] «должен учитывать законы и подзаконные акты страны или стран, в которых планируется проведение исследования, а также соответствующие международные нормы и стандарты, которые, однако, не должны умалять или отменять меры по защите субъектов исследования, установленные настоящей Декларацией» (2013); «Комитет должен быть достаточно хорошо знаком с местными обстоятельствами и контекстом и включать по крайней мере одного представителя общественности. Он должен учитывать этические, правовые и нормативные нормы и стандарты страны или стран, в которых должно проводиться исследование, а также применимые международные нормы и стандарты, но они не должны уменьшать или исключать какие-либо меры защиты участников исследования, изложенные в настоящей Декларации» (2024).
10. Понятие «Информированное согласие» (пункты 25–27) расширено как «Свободное и осознанное (информированное) согласие» («Free and informed consent»).
11. Расширен пункт 27: «При получении информированного согласия на участие в исследовании врач или

другой исследователь...» (см. также пункт 12: «Такие исследования требуют наблюдения компетентного и соответствующим образом квалифицированного врача или другого исследователя»).

12. Пункт 32 дополнен положением о необходимости соблюдения при сборе и хранении данных или биологического материала требований, изложенных в Тайбэйской декларации МВА (2016 г.), «включая права отдельных лиц и принципы управления», что соответствует актуальным принципам персонализированной медицины. Введены понятия «баз данных и биобанков», создание и контроль постоянного использования которых относится к деятельности Комитетов по этике исследований.
13. Пункт 34 устанавливает необходимость предварительной организации контроля результатов после завершения клинического исследования.
14. Пункт 37 («Недоказанные вмешательства в клинической практике») дополнен следующим требованием: «Врачи, участвующие в таких вмешательствах, должны обратиться за консультацией к специалисту, взвесить возможные риски, трудности и преимущества и получить обоснованное согласие. Они также должны регистрировать данные и обмениваться ими, когда это уместно, и избегать компрометации клинических испытаний. Эти вмешательства ни в коем случае не должны предприниматься в обход мер защиты участников исследований, изложенных в настоящей Декларации».

Изменения положений Хельсинкской декларации отражают последовательное подтверждение базовых этических принципов исследований с участием человека, фиксируя актуальные требования к повышению безопасности и предупреждению рисков всех участников исследований. Несомненно, что процесс обновления положений Декларации будет и далее продолжен в контексте возникновения и актуализации новых этических вопросов технологического развития [2].

ВЫВОДЫ

Развитие современных клинических исследований, особенно исследований с участием человека, с учетом растущих технологических возможностей внедрения исследовательских результатов в практику требует постоянной актуализации регламентирующих норм и требований, касающихся всех участников процесса [3]. Хельсинкская декларация на протяжении 60-ти лет сохраняет свой статус основополагающего документа, разработанного и актуализируемого Всемирной медицинской ассоциацией с целью закрепления и уточнения этических регуляторов проведения исследований с участием человека. Принятая в октябре 2024 г. версия Декларации стала результатом длительного анализа экспертного и общественного мнения, отражающим готовность всех заинтересованных сторон к конструктивному и продуктивному диалогу.

В современном биоэтическом дискурсе Хельсинкская декларация остается не только важнейшим международным документом, направленным на регламентацию медицинских исследований, но и одним из значимых примеров стремления профессионального сообщества к совершенствованию взаимодействия и консолидации на благо человека, в интересах науки и общества.

Литература

1. WMA Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human participants. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki> (дата обращения 19.12.2024).
2. Миллум Д., Вендлер Д., Эмануэль И. Д. Пятидесятая годовщина Хельсинкской декларации: прогресс и проблемы, которые остаются. Медицинская этика. 2014; 2(1): 81–83.
3. Хохлов А. Л. Комментарии к статье «Пятидесятая годовщина Хельсинкской декларации: прогресс и проблемы, которые остаются». Медицинская этика. 2014; 2(1): 84.

References

1. WMA Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human participants. Available from URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki> (accessed: 19.12.2024).
2. Millyum D, Vendler D, Emanuel' ID. Pyatidesyataya godovshchina Khel'sinskoy deklaratsii: progress i problemy, kotoryye ostayutsya. Meditsinskaya etika. 2014 g.; 2(1): 81–83. Russian.
3. Khokhlov AL. Kommentarii k stat'ye "Pyatidesyataya godovshchina Khel'sinskoy deklaratsii: progress i problemy, kotoryye ostayutsya". Meditsinskaya etika. 2014; 2(1): 84. Russian.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА И ЭТИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ КЫРГЫЗОВ: ТРАДИЦИИ, ОПЫТ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Н. А. Саримбаева ✉

Кыргызско-Узбекский международный университет имени Б. Сыдыкова, Ош, Кыргызская Республика

Статья посвящена народной медицине кыргызов и ее этическому наследию, раскрывая традиции и методы, используемые в лечении с древних времен. Народная медицина кыргызов развивалась в тесном контакте с природой и культурными традициями народа, что определило использование трав, ритуалов, физических практик и мануальной терапии. Знания целителей передавались из поколения в поколение, охватывая диагностику заболеваний, использование природных ресурсов и духовные практики. В статье также рассматривается влияние современной медицины на народные методы лечения и вопросы этики, связанные с их применением. Приведены примеры традиционных методов и их трансформация в контексте современных медицинских практик. Основное внимание уделено синтезу научных и народных методов лечения, что открывает новые перспективы для сохранения и развития культурных традиций.

Ключевые слова: народная медицина, кыргызский народ, этическое наследие, традиции, целители, траволечение, мануальная терапия, диагностика заболеваний, ритуалы, этика в медицине, народные практики, современность, интеграция с наукой

✉ **Для корреспонденции:** Наргуль Абдусатторовна Саримбаева
ул А. Шакирова, д. 271, к. 14, г. Ош, 723500, Кыргызская Республика; nsarimbaeva@mail.ru

Статья поступила: 28.06.2024 **Статья принята к печати:** 12.03.2025 **Опубликована онлайн:** 31.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.036

TRADITIONAL MEDICINE AND ETHICAL HERITAGE OF THE KYRGYZ PEOPLE: TRADITIONS, EXPERIENCE AND MODERNITY

Sarimbayeva NA ✉

Kyrgyz-Uzbek International University named after B. Sydykov, Osh, Kyrgyz Republic

The article is devoted to Kyrgyz folk medicine and its ethical heritage while revealing traditions and methods used in treatment since ancient times. Traditional Kyrgyz medicine has been closely connected with nature and cultural characteristics of the people when herbs, rituals, physical practices and manual therapy were widely used. Healers passed down their knowledge through the generations, including diagnosis of diseases, use of natural resources and spiritual practices. The influence of modern medicine on natural methods of treatment and related ethical issues have also been reviewed in the article. Examples of traditional methods and their transformation in the context of modern medical practices have been provided. The main attention is paid to synthesis of scientific and folk methods of treatment, opening up new prospects for preservation and development of cultural traditions.

Keywords: traditional medicine, Kyrgyz people, ethical heritage, traditions, healers, herbal medicine, manual therapy, diagnosis of diseases, rituals, ethics in medicine, folk practices, modernity, integration with science

✉ **Correspondence should be addressed:** Nargul A. Sarimbaeva
Shakirova st., 271, apt. 14, Osh, 723500, Kyrgyz Republic; nsarimbaeva@mail.ru

Received: 28.06.2024 **Accepted:** 12.03.2025 **Published online:** 31.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.036

С древних времен человек стремился разгадать тайны жизни и здоровья, создавая различные теории и практики, направленные на поддержание и укрепление здоровья. Одной из таких практик является народная медицина, которая развивается в тесном взаимодействии с природой и культурными особенностями конкретного этноса. Народная медицина кыргызского народа является важной частью культурного и этического наследия, которое передавалось из поколения в поколение.

Кыргызский народ, как и многие другие кочевые народы, развивал методы лечения в условиях близкого контакта с природой. Это обуславливало широкий спектр методов лечения, включая использование трав, животных, ритуалов и физических практик. Народная медицина у кыргызов включала различные направления, такие как знахарство, лечение травами, массажи, мануальные методы, а также обряды, связанные с духовными и религиозными практиками [1].

Среди представителей народной медицины можно выделить несколько категорий.

1. Знахарь — специалист по лечению с помощью трав и природных средств.
2. Молдо, поп, батюшка — религиозные деятели, которые также занимались лечением через молитвы и ритуалы.
3. Костоправ — врач, специализирующийся на мануальной терапии и лечении заболеваний костей.
4. Лекарь — врач общего профиля, использующий различные методы лечения, включая диету и медикаменты.
5. Бакшы (Бүбү) травник — (ооруга чалдыккан адамды дубалап, «жин шайтандарды» кубалап чыга турган сыяктанып буркан-шаркан түшүп жалданган аракеттер менен эмдеп-домдой турган дарымчы) специалисты, использующие травяные отвары и настои в лечебных целях [2].
6. Табып (от арабского языкак табиб — врач, лекарь) — народный целитель, занимающийся лечением больных с помощью эмпирических способов и лекарственных трав. Как отмечает А. Айдаралиев, в отличие от бакшы, чьи способы лечения ограничивались чтением дуба (заклинаний) и изгонением из тела больного нечистых

Таблица. Традиции, опыт и современность народной медицины и этического наследия кыргызов

Аспект	Традиции и опыт	Современность	Пример
Знания о лечении растений	Народная медицина кыргызов опирается на использование множества лечебных растений	Современная медицина использует знания о травах и растениях в рамках фитотерапии и фармацевтики	Например, трава <i>череда</i> (<i>Calendula officinalis</i>) используется для лечения кожных заболеваний
Методы диагностики	В традиционной медицине кыргызов были популярны методы диагностики по пульсу, языку и внешним признакам	В настоящее время используются современные методы диагностики, такие как анализы крови, УЗИ и др.	Практика диагностики по пульсу используется в сочетании с современными методами диагностики в некоторых клиниках
Ритуалы и обряды	Лечение часто сопровождалось ритуалами и обрядами, которые проводились шаманами и знахарями	В современном обществе лечение стало более научно ориентированным, но культурные практики остаются важными	Ритуалы, связанные с лечением травами, остаются частью народных праздников и обычаев
Этика обращения с больными	В кыргызской народной медицине существует традиция уважения к больным и помощи без материальной выгоды	Современная этика в медицине основывается на принципах уважения к пациенту и соблюдении медицинской тайны	В традиции кыргызов лечащие врачи и знахари могли получать благодарность в виде продуктов или услуг, а не денег
Роль семьи и общины	Лечение часто носило коллективный характер, и в процессе принимала участие вся община	Сегодня лечение в основном индивидуализировано, но в некоторых селах сохраняются элементы коллективной помощи	В некоторых удаленных районах Кыргызстана семья и община продолжают участвовать в процессе лечения
Профилактика заболеваний	Народная медицина придает большое значение профилактике заболеваний через правильное питание, обычаи и образ жизни	В современной медицине профилактика заболевания также считается важным аспектом здоровья, но акцент сделан на вакцинацию и регулярные осмотры	В традиции кыргызов с детства приучают к строгому соблюдению гигиенических норм и правильному питанию
Использование практик здоровья	Народные практики здоровья включают массажи, баню, парение в сауне, а также регулярные физические нагрузки	Современные фитнес-технологии и массотерапия также включают аналогичные практики, но с применением новых методов и устройств	Например, использование горячих камней в народной бане сохраняется как элемент физической и духовной очистки
Трансформация в современности	Традиционные методы постепенно адаптируются к современным реалиям, где народные средства используются наряду с медицинскими препаратами	Растет интерес к альтернативным методам лечения, например, к интегративной медицине, сочетание народных и традиционных методов	В некоторых клиниках Кыргызстана специалисты предлагают комбинацию традиционных методов лечения с современными подходами

сил (джинны, шайтаны), средства и методы лечения табыга были очень близки к многовековому опыту народа и народной медицине кыргызов в собственном смысле этого слова [3].

В традиционном народном лечении кыргызов фитотерапевтические средства в основном использовались для питья, или принятия во внутрь, народные табыгы (лекари) умело и широко использовали ингаляцию, присыпки, компрессы, водные и паровые ванны, примочки [4].

Знания народных целителей передавались из поколения в поколение, и эта практика сохранялась в течение многих столетий. Такие практики, как диагностика заболеваний по пульсу, лечение с помощью крови, пара и брызг на раскаленное железо, были важными методами, применяемыми в народной медицине. При этом эти знания тесно переплетались с религиозными и мистическими представлениями, что порой приводило к конфликту с официальными медицинскими учениями.

Табыгы, как правило, занимались лечением инфекционных заболеваний, таких как сибирская язва, оспа и др., используя разнообразные методы, включая выжигание каленым железом или обертывание больного шкурой только что убитого животного. Кроме того, они использовали горячие источники для лечения заболеваний, например, в Иссык-Ате и Джеты-Огузе.

Табыгы делили болезни на две основные категории:

- напряженный пульс — «горячая болезнь»;
- слабый пульс — «холодная болезнь».

Лечение включало диету, обильное питье и другие терапевтические меры [5].

Народная медицина кыргызов не только занималась лечением, но и тесно была связана с этическими нормами и традициями. Например, высокое значение придавалось выбору партнера для брака, что могло повлиять на здоровье потомков. Важно было соблюдать чистоту происхождения, чтобы избежать рождения нездоровых детей. Для этого использовались родословные книги (санжыра), которые помогали определить родственные связи и избежать браков между близкими родственниками.

Кроме того, особое внимание уделялось воспитанию здоровья детей. В традиции кыргызского народа была целая система обычаев и ритуалов, направленных на укрепление здоровья детей, таких как «киренелөө» (выведение слеза), «апаптоо» (лечение от испуга), а также специальные пожелания здоровья и долголетия, которые выражались через благословения и обряды [6].

С развитием научной медицины народная медицина сталкивается с проблемами, связанными с ее интеграцией в современную медицинскую практику. Важно отметить, что многие традиционные методы, хотя и имеют научное объяснение, часто противоречат религиозным нормам, что делает их применение спорным в контексте современных этических и юридических стандартов.

На сегодняшний день народная медицина и этическое наследие кыргызов имеет следующие традиции, опыт и современность в таблице [6].

Кыргызы, являющиеся одним из древнейших народов мира, столетиями и веками эмпирическим путем выработали высокоэффективные и лекарственные средства, способные вылечить различного рода заболевания, и умели правильно использовать эти

лекарства и лекарственные средства. Медицинские знания были распространены среди народов Средней Азии благодаря странствующим дербишам, увлекающимися знахарством и обучением детей. Знаменитый Абу Али Ибн Сина (Авиценна) также получил знания от таких дербишей-мудрецов [7].

Народная медицина кыргызов является неотъемлемой частью их культуры и этики. Она прошла долгий путь, адаптировавшись к современным условиям, но сохранив свою душу и связь с традициями. Важно, что народные методы лечения, основанные на опыте предков, продолжают использоваться и развиваться, а также интегрируются с достижениями современной медицины для создания гармоничного подхода к здоровью. Тем не менее, народная медицина, основанная на многовековом опыте,

продолжает занимать значимое место в жизни многих народов, включая кыргызов. Сочетание научных знаний с народной медициной открывает новые перспективы для сохранения здоровья и улучшения качества жизни, а также для продолжения и обновления традиций.

Одной из главных проблем народной медицины в современном обществе является ее взаимодействие с официальной медициной и этическими стандартами. Несмотря на свой опыт, она часто сталкивается с вопросами, связанными с безопасностью и эффективностью применяемых методов. Современные медицинские исследования и новые технологии помогают интегрировать старинные знания в современные методы лечения, что способствует лучшему пониманию и применению народных практик в условиях современного мира.

Литература

1. Алимбеков А. А. Некоторые взгляды, верования и опыт, связанные с охраной и укреплением здоровья детей в кочевой кыргызской семье. *Международный журнал экспериментального образования*. 2020; 6: 10–14. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=11990> (дата обращения 10.06.2024).
2. Аралбаева С. Б. Народная медицина кыргызов. Традиции и современные подходы. Академия наук Кыргызской Республики. Бишкек. 2017; 78. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <https://el-sozduk.kg/bakshy-4> (дата обращения 10.06.2024).
3. Кушелевский В. И. Материалы для медицинской географии и санитарного описания Ферганской области. Новый Маргелан. Ферганский областной статистический комитет. Статистические данные. 1890; 1: 402. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <http://elib.shpl.ru/nodes/84384-kushelevskiy-v-i-materialy-dlya-meditsinskoy-geografii-i-sanitarnogo-opisaniya-ferganskoy-oblasti-t-1-novyy-margelan-1890> (дата обращения 10.06.2024).
4. Кусейнбекова А. А. Этика и культура народной медицины кыргызов. Бишкек. Тянь-Шань. 2018; 95.
5. Мамбетова С. С. Традиционная медицина и роль духовных практик в жизни кыргызов. Бишкек. Адабият. 2019; 123.
6. Фонд рукописных изданий НАН КР. Инв. 5114. Фрунзе. 1956; 65 с.
7. Алекторов А. Е. Материалы для изучения страны, истории и быта киргизов. Оренбург. 1892; 105. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <https://library.tou.edu.kz/fulltext/buuk/b1054.pdf> (дата обращения 10.06.2024).

References

1. Alimbekov AA. Nekotoryye vzglyady, verovaniya i opyt, svyazannyye s okhranoy i ukrepleniyem zdorov'ya detey v kochevoy kyrgyzskoy sem'ye. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya*. 2020; 6: 10–14. Available from URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=11990> (accessed: 10.06.2024). Russian.
2. Aralbayeva SB. Narodnaya meditsina kyrgyzov. Traditsii i sovremennyye podkhody. Akademiya nauk Kyrgyzskoy Respubliki. Bishkek. 2017; 78. Available from URL: <https://el-sozduk.kg/bakshy-4> (accessed: 10.06.2024). Russian.
3. Kushelevskiy VI. Materialy dlya meditsinskoy geografii i sanitarnogo opisaniya Ferganskoy oblasti. Novyy Margelan. Ferganskiy oblastnoy statisticheskiy komitet. Statisticheskiye dannyye 1890; 1: 402. Available from URL: <http://elib.shpl.ru/nodes/84384-kushelevskiy-v-i-materialy-dlya-meditsinskoy-geografii-i-sanitarnogo-opisaniya-ferganskoy-oblasti-t-1-novyy-margelan-1890> (accessed: 10.06.2024). Russian.
4. Kuseynbekova AA. Etika i kul'tura narodnoy meditsiny kyrgyzov. Bishkek. Tyan'-Shan'. 2018; 95. Russian.
5. Mambetova SS. Traditsionnaya meditsina i rol' dukhovnykh praktik v zhizni kyrgyzov. Bishkek: Adabiyat, 2019; 123. Russian.
6. Fond rukopisnykh izdaniy NAN KR. Inv. 5114. Frunze. 1956; 65 s. Russian.
7. Alektorov AYe. Materialy dlya izucheniya strany, istorii i byta kirgizov. Orenburg. 1892; 105. Available from URL: <https://library.tou.edu.kz/fulltext/buuk/b1054.pdf> (accessed: 10.06.2024). Russian.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ КАК КОМПОНЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Е. А. Медведева¹, Г. Г. Марьин², М. В. Черногорова³ ✉, И. Р. Бахарева⁴

¹ Российский университет медицины, Москва, Россия

² Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

³ Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

⁴ Гуманитарно-технический институт «Знание», Московская область, Подольск, Россия

Одним из важных факторов медицинской деонтологии является личная забота медработника о здоровье пациентов и коллег в условиях повышенной инфекционной заболеваемости в рамках ограничения передачи инфекционного агента. Цель исследования — оценить истинную частоту регламентированного использования СИЗ, в том числе при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19, и соблюдение режима изоляции в случае возникновения респираторного заболевания у медработников. Исследование проведено при использовании Интернета (анкета размещена на платформе ancetolog.ru) с января по март 2022 год (период продолжающейся пандемии COVID-19). В соответствии с критериями качества заполнения анкет анализу подлежали данные опроса 3570 респондентов. Подавляющее большинство опрошенных составили женщины 63,6% (2269 чел.) и 36,4% (1299 чел.) — мужчины, средний возраст респондентов — 38,9 ± 14,22 лет. Несоблюдение правил ношения СИЗ было выявлено у каждого четвертого респондента (24,9%), причем полный отказ от ношения СИЗ был зарегистрирован у 4,1%, а 7% соблюдают регламент ношения СИЗ на рабочем месте только в периоды, когда могут быть замечены за несоблюдением. Полученные нами данные свидетельствуют о несоблюдении четвертью медработников профессиональной этики в рамках осуществления профилактических мер по снижению инфекционной заболеваемости, своим поведением на рабочем месте ставя под угрозу здоровье коллег и пациентов.

Ключевые слова: COVID-19, медицинская этика, деонтология, неспецифическая профилактика инфекции, СИЗ

Вклад авторов: Е. А. Медведева — планирование исследования, анализ литературы, сбор, анализ, интерпретация данных, конкретная работа в рамках исследования, подготовка черновика рукописи; Г. Г. Марьин — планирование исследования, анализ литературы, сбор, анализ, интерпретация данных, конкретная работа в рамках исследования; М. В. Черногорова — планирование исследования, анализ литературы, сбор, анализ, интерпретация данных, конкретная работа в рамках исследования; И. Р. Бахарева — планирование исследования, анализ литературы, сбор, анализ, интерпретация данных, конкретная работа в рамках исследования.

✉ **Для корреспонденции:** Марина Викторовна Черногорова
ул. Чехова, д. 2, г. Ярославль, 150000, Россия; mchernogorova@gmail.com

Статья поступила: 20.12.2024 **Статья принята к печати:** 17.02.2025 **Опубликована онлайн:** 05.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.001

NON-SPECIFIC PREVENTION OF NOVEL CORONAVIRUS INFECTION IN THE WORKPLACE AS A COMPONENT OF MEDICAL DEONTOLOGY

Medvedeva EA¹, Marin GG², Chernogorova MV³ ✉, Bakhareva IR⁴

¹ Russian University of Medicine, Moscow, Russia

² Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

³ Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

⁴ Znanie Humanitarian and Technical Institute, Moscow Region, Podolsk, Russia

One of the important factors of medical deontology is the focus of a healthcare professional on the health of patients and colleagues in case of increased infectious morbidity within the framework of limiting transmission of an infectious agent. The aim of the study was to assess the true frequency of regulated use of PPE, including in the provision of medical care to patients with COVID-19, and compliance with the isolation regimen in case of respiratory illness among health workers. The study was conducted using the Internet (the questionnaire is posted on ancetolog.ru) from January to March 2022 (ongoing COVID-19 pandemic). Survey data of 3,570 respondents was analyzed in accordance with the quality criteria for filling out the questionnaires. The overwhelming majority of the respondents were women, 63.6% (2,269 people) and 36.4% (1,299 people) were men, the average age of the respondents was 38.9 ± 14.22 years. Non-compliance with the rules of wearing PPE was detected for every fourth respondent (24.9%), 4.1% refused to wear PPE, and 7% complied with the rules of wearing PPE in the workplace only when their non-compliance could be noticed. The data we have obtained indicates that a quarter of health workers do not follow professional ethics in the framework of preventive measures to reduce infectious diseases, threatening the health of colleagues and patients by their behavior in the workplace.

Keywords: COVID-19, medical ethics, deontology, nonspecific infection prevention, PPE

Author contribution: Medvedeva EA — research planning, literature analysis, collection, analysis, interpretation of data, specific work within the framework of research, preparation of a draft manuscript; Marin GG — research planning, literature analysis, collection, analysis, interpretation of data, specific work within the framework of research; Chernogorova MV — research planning, literature analysis, collection, analysis, interpretation of data, specific work within the framework of research; Bakhareva IR — research planning, literature analysis, collection, analysis, interpretation of data, specific work within the framework of research.

✉ **Correspondence shall be addressed:** Marina V. Chernogorova
Chekhov st., 2, Yaroslavl, 150000, Russia; mchernogorova@gmail.com

Received: 20.12.2024 **Accepted:** 17.02.2025 **Published online:** 05.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.001

На современном этапе, к сожалению, ограниченное количество медработников соблюдают медицинскую этику как в отношении коллег, в том числе подчиненных, так и в отношении пациентов [1]. Данная проблема становится все более выраженной в последние годы и нередко приводит к уходу из профессиональной деятельности высококвалифицированных кадров. Медработники ежедневно на рабочем месте вынуждены справляться с большим количеством задач, нередко ведущих к возникновению стресса, изменению психологического состояния и эмоциональному выгоранию работника, и, как следствие, возникновению негативного отношения к осуществляемой деятельности [2]. Все это ассоциировано с особенностями работы как амбулаторного, так и стационарного звена здравоохранения [3]. Так, например, ежедневной задачей врача является не только необходимость осуществить осмотр пациента, сформировать правильный диагноз, в соответствии с которым назначить диагностические процедуры и терапию, регламентированную перечнем различных документов, утвержденных на уровне Министерства здравоохранения Российской Федерации в соответствии с поставленным диагнозом, но и налаживание межличностного контакта с пациентом, чуткое отношение к проблеме пациента и его родственников. Следует отметить, что данные документы по одной и той же нозологии могут отличаться в зависимости от профессиональной принадлежности врача и несвоевременно обновляться или вовсе отсутствовать в Рубрикаторе Минздрава [4]. Большое количество информации в Интернете, нередко связанное с медицинскими малограмотными блогерами, поддерживаемыми пациентами, зачастую приводит к недопониманию в межличностных взаимоотношениях медработник — пациент. Наравне с этим, жестко регламентированное время приема пациента, во время которого врачу необходимо заполнить большое количество различной документации, приводит к крайне ограниченному диалогу с пациентом, что вызывает недоверие пациента и снижение комплаентности. Необходимо отметить, что современные реалии диктуют необходимость заполнения медицинской документации, которую впоследствии невозможно исправить, а частые перебои в медицинских программах (ЕМИАС), в Интернете, в рамках которого осуществляется заполнение истории болезни, выпуска направлений на лабораторные и инструментальные обследования, неуклонно приводят к возникновению стресса на рабочем месте и увеличению продолжительности рабочего дня. Участвовавшие конфликтные ситуации на рабочем месте, ассоциированные с повышенной нагрузкой, нередкое отсутствие должного уважения как со стороны руководства, коллег, так и со стороны пациентов и их родственников приводят к возникновению тревоги и депрессии среди медперсонала, особенно лиц молодого возраста (начинающих специалистов) и лиц старше 65 лет — отдельной когорты, работа которых сопряжена с рядом трудностей. У молодых работников — с отсутствием опыта и неуверенностью в своих силах, а у лиц старшего возраста с крайней трудностью принятия новых требований современных реалий медицинской работы. Необходимо помнить, что в таких условиях крайне сложно осуществлять соблюдение медицинской этики, при этом важно помнить, что медработник несет личную юридическую ответственность за осуществление правомерных и неправомерных (в случае неправильного диагноза или тактики ведения) действий [2].

Важным фактором медицинской деонтологии является также личная забота медработника о здоровье пациентов и коллег в условиях повышенной инфекционной заболеваемости в рамках ограничения передачи инфекционного агента [2, 5]. Так было показано, что неотъемлемой частью снижения заболеваемости как внутри коллектива, так и в популяции в целом в эпоху пандемии, являлось как правильное ношение средств индивидуальной защиты (СИЗ), личное соблюдение правил гигиены (мытьё рук, использование антисептиков), так и соблюдение ограничительного изоляционного режима в случае возникновения заболевания.

Опубликованные собственные данные, полученные на отечественной популяции, свидетельствуют о нередком пренебрежении соблюдением регламента ношения СИЗ, приводящего к повышенному риску заболеваемости в условиях медучреждения [5].

В связи с этим актуальными представляются изучение истинной частоты использования СИЗ и соблюдение режима изоляции в случае возникновения респираторного заболевания у медработников.

Цель исследования — оценить истинную частоту регламентированного использования СИЗ, в том числе при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19, и соблюдения режима изоляции в случае возникновения респираторного заболевания у медработников.

Исследование проведено в период пандемии новой коронавирусной инфекции с января по март 2022 г. Данные получены при анализе анонимных ответов медработников из различных областей РФ, старше 18 лет, оказывающих помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией на амбулаторном этапе. Анкетирование проведено при использовании облачной платформы для осуществления опросов и социологических исследований «Анкетолог» (<https://www.anketolog.ru/e/13467998/pG5pKXU8>). Добровольным согласием считалось заполнение анкеты исследования. По онлайн-ссылке перешли более 7000 человек. В соответствии с критериями качества заполнения анкет анализу подлежали данные опроса 3570 респондентов. Подавляющее большинство опрошенных были женщины — 2269 (63,6%), 1299 (36,4%) — мужчины, средний возраст респондентов — $38,9 \pm 14,22$ лет. Четверть респондентов (31,4%, $n = 1122$) заявили о своей принадлежности к врачебному звену, 23,9% ($n = 853$) были ординаторами, 29,4% ($n = 1050$) — средний медперсонал, а 9,9% ($n = 354$) — младший медицинский персонал и 5,4% ($n = 191$) — лица, не осуществляющие лечебную деятельность, но работающие в учреждении здравоохранения (водители, регистраторы, экономисты и др.). Опрошенные проживали в различных городах России: г. Москва — 29,1% ($n = 1037$), Московская область — 9,8% ($n = 349$), г. Санкт-Петербург и Ленинградская область — 8,4% ($n = 299$), г. Самара и Самарская область — 17,6% ($n = 627$), Крым — 21,7% ($n = 774$), другое — 13,6% ($n = 484$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В качестве критерия соблюдения медицинской этики в отношении сохранения здоровья пациента проведен анализ правильного использования СИЗ и мытья рук или использования санитайзеров. В таблице 1 приведены данные опроса. Установлено, что несоблюдение правил ношения СИЗ было выявлено у каждого четвертого респондента (24,9%), причем полный отказ от ношения

Таблица 1. Использование респондентами соблюдения регламента неспецифической профилактики передачи респираторных инфекций

Вариант ответа	Группы респондентов					Всего n = 3570 абс. (%)
	Медработники				Лица иных профессий n = 191 абс. (%)	
	Врачи n = 1122 абс. (%)	Ординаторы n = 853 абс. (%)	Медсестры n = 1050 абс. (%)	Младший медперсонал n = 354 абс. (%)		
Формулировка утверждения «Использую СИЗ по регламенту на рабочем месте»						
Не ношу	45(4,0%)	34(4,0%)	42(4,0%)	14(4,0%)	12(6,3%)	147(4,1%)
Ношу всегда	858(76,5%)	601(70,5%)	797(75,9%)	279(78,8%)	148(77,5%)	2683(75,2%)
Ношу иногда	143(12,7%)	144(16,9%)	137(13,0%)	46(13,0%)	20(10,5%)	490(13,7%)
Ношу только тогда, когда знаю, что могут наказать	76(6,8%)	74(8,7%)	74(7,0%)	15(4,2%)	11(5,8%)	250(7,0%)
Формулировка утверждения «Ношу маску и меняю ее в соответствии с регламентом на рабочем месте»						
Не ношу	27(2,4%)	25(2,9%)	30(2,9%)	6(1,7%)	7(3,7%)	95(2,7%)
Ношу всегда	888(79,1%)	660(58,8%)	849(80,9%)	284(80,2%)	154(80,6%)	2835(79,4%)
Ношу иногда	154(13,7%)	112(13,1%)	108(10,2%)	55(15,5%)	22(%)	451(12,6%)
Ношу только тогда, когда знаю, что могут наказать	53(4,7%)	56(6,6%)	63(6,0%)	9(2,5%)	8(%)	189(5,3%)
Формулировка утверждения «Ношу маску при посещении магазина или общественного места в случае возникновения признаков заболевания»						
Не ношу	32(2,9%)	23(2,7%)	32(3,0%)	6(1,7%)	7(4,0%)	100(2,8%)
Ношу всегда	887(79,1%)	641(75,1%)	842(80,2%)	296(83,6%)	158(83,7%)	2824(79,1%)
Ношу иногда	137(12,2%)	122(14,3%)	114(10,9%)	39(11,0%)	21(11,0%)	433(12,1%)
Ношу только тогда, когда знаю, что могут наказать	66(5,9%)	67(7,9%)	62(5,9%)	13(3,7%)	5(2,6%)	213(6,0%)
Формулировка утверждения «Ношу маску при посещении лечебного учреждения в случае возникновения признаков заболевания»						
Не ношу	15(1,3%)	9(1,1%)	15(1,4%)	2(0,6%)	2(1,0%)	43(1,2%)
Ношу всегда	980(87,3%)	757(88,7%)	937(89,3%)	322(91,0%)	172(90,1%)	3168(88,7%)
Ношу иногда	82(7,3%)	50(5,9%)	59(5,6%)	23(6,4%)	10(5,2%)	224(6,3%)
Ношу только тогда, когда знаю, что могут наказать	45(4,0%)	37(4,3%)	39(3,7%)	7(2,0%)	7(4,0%)	135(3,8%)
Формулировка утверждения «Ношу медицинские перчатки на рабочем месте»						
Не ношу	585(52,1%)	503(59,0%)	542(51,6%)	172(%)	90(47,1%)	1892(53,0%)
Ношу всегда	298(26,6%)	186(21,8%)	296(28,2%)	109(%)	58(30,4%)	659(18,5%)
Ношу иногда	218(19,4%)	139(16,3%)	196(18,7%)	66(%)	40(20,9%)	947(26,5%)
Ношу только тогда, когда знаю, что могут наказать	21(1,9%)	25(2,9%)	16(1,5%)	7(2,0%)	3(1,6%)	72(2,0%)
Формулировка утверждения «Использую санитайзеры для обработки рук»						
Не использую	141(12,6%)	109(12,8%)	148(14,1%)	40(11,3%)	28(14,7%)	466(13,1%)
Всегда	587(52,3%)	420(49,2%)	559(53,2%)	183(51,7%)	106(55,5%)	1855(52,0%)
Иногда	382(34,0%)	313(36,7%)	330(31,4%)	127(35,9%)	55(28,3%)	1207(33,8%)
Только тогда, когда знаю, что могут наказать	12(1,1%)	11(1,3%)	13(1,2%)	4(1,1%)	2(1,0%)	42(1,2%)
Укажите частоты мытья рук с мылом на рабочем месте						
До 10 раз	482(43,0%)	400(46,9%)	413(39,3%)	148(41,8%)	76(39,8%)	1519(42,5%)
10–20 раз	345(30,7%)	270(31,7%)	324(30,9%)	110(31,1%)	60(31,4%)	1109(31,1%)
Более 20–30 раз	244(21,7%)	139(16,3%)	250(23,8%)	82(23,2%)	47(24,6%)	762(21,3%)
Более 30 раз	51(4,5%)	44(5,1%)	63(6,0%)	14(4,0%)	8(4,2%)	180(5,0%)

СИЗ был зарегистрирован у 4,1%, а 7% соблюдали регламент ношения СИЗ на рабочем месте только в периоды, когда могли быть наказаны за несоблюдением. Примерно в равном количестве в каждой группе встречались лица, принципиально не использующие СИЗ на рабочем месте (4%). Необходимо отметить, что данные респонденты сообщили также о перенесенной в анамнезе новой коронавирусной инфекции и наличии вакцинации

и защитного титра антител. При наличии признаков инфекционного процесса 20,9% медицинских сотрудников не соблюдали масочный режим при посещении магазинов и 11,3% при посещении лечебных учреждений, в которые они обратились за медицинской помощью. Однако отмечен низкий процент лиц, посещающих без маски лечебное учреждение при наличии клинической симптоматики инфекционного заболевания (табл. 1).

Таблица 2. Соблюдение изоляции в случае возникновения признаков респираторного заболевания

Вариант ответа	Группы респондентов					Всего n = 3570 абс. (%)
	Медработники				Лица иных профессий n = 191 абс. (%)	
	Врачи n = 1122 абс. (%)	Ординаторы n = 853 абс. (%)	Медсестры n = 1050 абс. (%)	Младший медперсонал n = 354 абс. (%)		
В случае наличия признаков респираторного заболевания (кашель, температура, насморк, нарушение обоняния, ринит и др.)						
Не пойду на работу	889 (79,2%)	628 (73,6%)	799 (76,1%)	282 (79,6%)	162 (84,2%)	2760 (77,3%)
Пойду	112 (9,9)	138 (16,1%)	141 (13,4%)	47 (13,2%)	14 (7,3%)	452 (12,6%)
Затрудняюсь ответить	121 (10,9%)	87 (10,3%)	110 (10,5%)	25 (7,1%)	15 (7,8%)	358 (10%)
В случае наличия признаков респираторного заболевания (кашель, температура, насморк, нарушение обоняния, ринит и др.)						
Буду соблюдать изоляцию дома	921 (82,1%)	654 (76,6%)	834 (79,4%)	300 (84,7%)	165 (86,3%)	2874 (80,5%)
Считаю возможным посетить общественные учреждения	102 (9,1%)	116 (13,6%)	124 (11,8%)	31 (8,8%)	11 (5,8%)	384 (10,8%)
Затрудняюсь ответить	99 (8,8%)	83 (9,7%)	92 (8,8%)	23 (6,5%)	15 (7,9%)	312 (8,7%)

Не менее важным является соблюдение мер изоляции в случае возникновения респираторной инфекции. Согласно нашему опросу, ряд респондентов независимо от наличия признаков респираторного заболевания будут продолжать осуществлять медицинскую деятельность или посещать общественные учреждения (магазины, поликлиники и др.), не заботясь о риске возникновения возможности инфекционного заболевания у других людей (табл. 2). В случае возникновения признаков инфекционного процесса 12,7% респондентов сообщили, что пойдут на работу, то есть, заведомо зная, что больны, поставят под угрозу здоровье не только коллег, но и пациентов, а 10% затруднились с ответом, то есть у данных лиц также существует вероятность похода на работу. Сознательными оказались 77,3% всех медицинских сотрудников. Наравне с этим, 10,8% медработников сообщили о возможности посещения общественных учреждений с проявлениями инфекционного заболевания, а 8,7% — затруднились с ответом. Самыми осознанными в необходимости соблюдения изоляционного режима явились лица, не имеющие медицинского образования и работающие в медучреждении, среди них 84,2% сообщили, что не пойдут на работу в случае наличия проявлений заболевания, и только 5,8% посетят магазин. А самыми недисциплинированными были молодые врачи-ординаторы, заявившие, что даже при клинических проявлениях инфекционного заболевания в 16,1% придут на рабочее место для осуществления обязанностей, а в 13,6% посетят магазин.

ОБСУЖДЕНИЕ

К медицинскому работнику предъявляют этические требования, крайне сложные, с множественными психологическими нюансами в отношениях медработника и пациента. Постоянная ответственность перед больным и его родственниками, сознание того, что от его опыта и умения зависит жизнь человека, необходимость учитывать как психологические особенности пациента, так и данные коморбиды, умение идти на разумный риск, — все это характеризует повседневную работу медицинского сотрудника. Нравственные правила и нормы оказания медицинской помощи требуют от медработников поведения, направленного на сохранение здоровья и жизни

пациента [2, 4, 6]. Осуществление или неосуществление неспецифической профилактики снижения респираторной заболеваемости на рабочем месте в виде соблюдения ношения СИЗ является отражением нравственной или безнравственной позиции медработника по отношению к пациенту и коллегам [4].

В периоде пандемии новой коронавирусной инфекции 2019 г. (COVID-19) медработники были вынуждены сталкиваться с рядом сложных проблемных ситуаций. Большое количество пациентов, заразившихся COVID-19, нехватка ресурсов и уязвимость перед инфекцией, неверие в возможность использования СИЗ как фактора защиты, отсутствие необходимости в СИЗ при наличии вакцинации, сложность в длительном ношении СИЗ (согласно временному регламенту), нехватка СИЗ — основные причины, оказавшие влияние на моральные решения медицинского сообщества. Тем не менее, работая на переднем крае — осуществляя амбулаторную помощь пациентам с инфекционной патологией, медицинские работники обязаны понимать, что даже при бессимптомном носительстве могут стать источником инфекционного процесса [7]. При этом, согласно полученным нами данным, несоблюдение правил ношения СИЗ было выявлено у каждого четвертого респондента (24,9%), причем полный отказ от ношения СИЗ был зарегистрирован у 4,1%, а 7% соблюдают регламент ношения СИЗ на рабочем месте только в периоды, когда могут быть замечены за несоблюдением. Интересным представляется факт недооценки возможности заражения новой коронавирусной инфекцией других лиц в различных общественных учреждениях. Так, несмотря на знания инфекционного процесса в период подъема заболеваемости и наличия признаков инфекционного процесса, 20,9% не соблюдали масочный режим при посещении магазинов и 11,3% при посещении лечебных учреждений, в которые они обратились за медицинской помощью. Необходимо отметить, что лица, сообщившие о несоблюдении использования СИЗ, на момент опроса были вакцинированы. В связи с чем напрашивается вывод о надежде на специфическую вакцинацию для собственного организма и об отсутствии заботы о пациенте и иных лицах.

Одним из важных инструментов снижения заболеваемости новой коронавирусной инфекцией было социальное дистанцирование при возникновении

признаков респираторного заболевания [8]. Несмотря на это, в случае возникновения признаков инфекционного процесса, 12,7% респондентов сообщили, что пойдут на работу, то есть, заведомо зная, что больны, поставят под угрозу здоровье не только коллег, но и пациентов, а 10% затруднились с ответом, то есть существует тоже риск похода на работу. Наравне с этим, 10,8% медработников сообщили о возможности посещения общественных учреждений с проявлениями инфекционного заболевания, а 8,7% — затруднились с ответом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно полученным нами данным практически четверть медработников не соблюдают профессиональную этику в рамках выполнения профилактических мер по снижению инфекционной заболеваемости, ставя под угрозу своим поведением здоровье коллег и пациентов.

Литература

1. Grammaticos PC. Medical deontology, meetings, journals, candidacy for higher posts and how to better enjoy life. *Hell J Nucl Med*. 2014 May-Aug; 17(2): 85–6. DOI: 10.1967/s002449910133. Epub 2014 Jul 5. PMID: 24997078.
2. Castellano Arroyo M, Hernández Gil Á. Code of Medical Deontology: Challenges and deontological updating. *Med Clin (Barc)*. 2024 Aug 30; 163(4): e55–e58. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2024.04.002. Epub 2024 Jun 4. PMID: 38839444.
3. Patuzzo S, De Stefano F, Ciliberti R. The Italian Code of Medical Deontology. Historical, ethical and legal issues. *Acta Biomed*. 2018 Jun 15; 89(2): 157–164. DOI: 10.23750/abm.v89i2.6674. PMID: 29957745; PMCID: PMC6179026.
4. Электронный ресурс. Рубрикатор Минздрава РФ. Electronic resource. Rubricator of the Russian Ministry of Health. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/> (дата обращения 05.12.2024).
5. Крюков Е. В., Марьин Г. Г., Кузин А. А., Зобов А. Е., Насыбуллин М. Н., Закурдаев В. В., Лучников Э. А., Медведева Е. А., Плоскирева А. А., Зыков К. А., Свитич О. А.,

References

1. Grammaticos PC. Medical deontology, meetings, journals, candidacy for higher posts and how to better enjoy life. *Hell J Nucl Med*. 2014 May-Aug; 17(2): 85–6. DOI: 10.1967/s002449910133. Epub 2014 Jul 5. PMID: 24997078.
2. Castellano Arroyo M, Hernández Gil Á. Code of Medical Deontology: Challenges and deontological updating. *Med Clin (Barc)*. 2024 Aug 30; 163(4): e55–e58. English, Spanish. DOI: 10.1016/j.medcli.2024.04.002. Epub 2024 Jun 4. PMID: 38839444.
3. Patuzzo S, De Stefano F, Ciliberti R. The Italian Code of Medical Deontology. Historical, ethical and legal issues. *Acta Biomed*. 2018 Jun 15; 89(2): 157–164. DOI: 10.23750/abm.v89i2.6674. PMID: 29957745; PMCID: PMC6179026.
4. Electronic resource. Rubricator of the Russian Ministry of Health. Available from URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/> (accessed: 05.12.2024). Russian.
5. Kryukov EV, Maryin GG, Kuzin AA, Zobov AE, Nasybullin MN, Zakurdaev VV, Luchnikov EA, Medvedeva EA, Ploskireva AA, Zykov KA, Svitich OA, Nazarov DA, Volynkov IO. Assessment of the effectiveness of the use of personal protective equipment

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Насколько нам известно, это первое анонимное исследование, посвященное принятию моральных решений, направленных на соблюдение мер неспецифической профилактики медицинскими работниками в периоде продолжающейся пандемии COVID-19. Несмотря на важные результаты, наше исследование имеет некоторые ограничения. Учитывая тот факт, что подавляющее большинство медработников на момент опроса были не только перенесшими новую коронавирусную инфекцию, но и вакцинированы или ревакцинированы, предполагаем, что это также могло повлечь за собой снижение соблюдения мер неспецифической профилактики. Однако это не оправдывает действия медработников по несоблюдению медицинской деонтологии в рамках создания предпосылок для возможного риска заражения как внутри коллектива, так и в отношении своих пациентов.

1. Назаров Д. А., Волынков И. О. Оценка эффективности использования средств индивидуальной защиты персоналом медицинских организаций различного профиля при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2023; 22(5): 33–39. DOI: 10.31631/2073-3046-2023-22-5-33-39.
2. Федотов В. П. Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевани. *Журнал Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2010; 1(2): 88–113.
3. Borhany H, Golbabaie S, Jameie M, Borhani K. Moral Decision-Making in Healthcare and Medical Professions During the COVID-19 Pandemic. *Trends in Psychol*. 2023; 31(1): 210–30. DOI: 10.1007/s43076-021-00118-7. Epub 2021 Nov 17. PMCID: PMC8598100.
4. Mbunge E, Fashoto SG, Akinnuwesi B, Metfula A, Simelane S, Ndimiso N. Ethics for integrating emerging technologies to contain COVID-19 in Zimbabwe. *Hum Behav Emerg Technol*. 2021 Dec; 3(5): 876–890. DOI: 10.1002/hbe2.277. Epub 2021 Aug 11. PMID: 34518816; PMCID: PMC8427041.

1. by personnel of medical organizations of various profiles in the provision of medical care to patients with COVID-19. *Epidemiology and Vaccine prevention*. 2023; 22(5): 33–39. DOI: 10.31631/2073-3046-2023-22-5-33-39. Russian.
2. Fedotov VP. On the ethics and duty of a doctor, medical deontology and physician. *Journal of Dermatovenereology. Cosmetology. Sex pathology*. 2010; 1 (2): 88–113. Russian.
3. Borhany H, Golbabaie S, Jameie M, Borhani K. Moral Decision-Making in Healthcare and Medical Professions During the COVID-19 Pandemic. *Trends in Psychol*. 2023; 31(1): 210–30. DOI: 10.1007/s43076-021-00118-7. Epub 2021 Nov 17. PMCID: PMC8598100.
4. Mbunge E, Fashoto SG, Akinnuwesi B, Metfula A, Simelane S, Ndimiso N. Ethics for integrating emerging technologies to contain COVID-19 in Zimbabwe. *Hum Behav Emerg Technol*. 2021 Dec; 3(5): 876–890. DOI: 10.1002/hbe2.277. Epub 2021 Aug 11. PMID: 34518816; PMCID: PMC8427041.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Ю. Ю. Иерусалимский¹ ✉, арх. Сильвестр (С. П. Лукашенко)²

¹ Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова (ЯрГУ), Ярославль, Россия

² Ярославская епархия, Ярославль, Россия

С точки зрения представителей технических наук и филологии никакого искусственного интеллекта (ИИ) нет. ИИ — это просто алгоритмы, работающие по определенной программе. При рассмотрении проблематики ИИ необходимо учитывать этическую сторону. У искусственного интеллекта нет понятия добра и зла. У него будет то, что ему заложит программист. Человечество может исчезнуть, если живое, одушевленное, будет заменено на мертвое, неодушевленное. ИИ — неодушевленный. Разрушение человеческой личности начинается с потери возможности любить и быть любимым. Если останется только ИИ и машины, то и жизнь человеческая прекратится, людей на Земле не останется. В этом и состоит главная этическая проблема искусственного интеллекта. ИИ — хороший помощник человека, но в диаде «ИИ–человек», человек должен оставаться главным.

Ключевые слова: человек, искусственный интеллект, программист, алгоритмы, этические аспекты, здравоохранение

Вклад авторов: авторы внесли равный вклад в написание статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Юрий Юрьевич Иерусалимский
ул. Свободы, д. 29, г. Ярославль, 150003, Россия; osniyar@uniyar.ac.ru

Статья поступила: 20.11.2024 **Статья принята к печати:** 17.02.2025 **Опубликована онлайн:** 16.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.032

ETHICAL ASPECTS OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Ierusalimskiy YuYu¹ ✉, Archimandrite Sylvester (Lukashenko SP)²

¹ Demidov PG Yaroslavl State University (YarSU), Yaroslavl, Russia

² Yaroslavl Diocese, Yaroslavl, Russia

According to representatives of technical sciences and philology, there is no artificial intelligence (AI). AI is just a term describing algorithms that work according to a specific program. Discussing the issues of AI, it is necessary to take into account the ethical part. Artificial intelligence has neither bad nor good intentions. It acts the way programmers write. Humanity can disappear if a living creature will be replaced by a not living one. AI is not alive. A human personality is destructed when they can't love and be loved any longer. If only AI and machines remain, a human life will cease, and there will be no people left on Earth. This is the main ethical problem of artificial intelligence. AI is a good human assistant, but in the AI–human dyad, a person must remain in charge.

Keywords: human, artificial intelligence, programmer, algorithms, ethical aspects, healthcare

Author contribution: the authors have made an equal contribution to the paper.

✉ **Correspondence should be addressed:** Yuri Yurievich Ierusalimskiy
Svobody St., 29, Yaroslavl, 150003, Russia; osniyar@uniyar.ac.ru

Received: 20.11.2024 **Accepted:** 17.02.2025 **Published online:** 16.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.032

Развитие искусственного интеллекта (ИИ) в наши дни происходит во многом в разрыве с этическими вопросами. Зачастую, не учитываются этические риски, которые способны перечеркнуть практическую полезность ИИ. Необходим анализ основных проблем развития искусственного интеллекта, которые, на наш взгляд, находятся не в технической, а в гуманитарной плоскости. Стоит отметить, что проблемы трансформаций ИИ сегодня являются вопросом национальной безопасности Российской Федерации. Искусственный интеллект — это прежде всего высокотехнологичные технологии. Но ИИ вторичен по отношению к ценностям, отсюда вытекает важность формирования его ценностно-целевых оснований [1].

УСЛОВНОСТЬ ТЕРМИНА «ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ»

Название статьи «Этические аспекты искусственного интеллекта» условно, как условен и сам термин «искусственный интеллект». Дело в том, что роль ученого, специалиста по-прежнему является определяющей

в ходе исследования или другой деятельности, поскольку ИИ не может самостоятельно генерировать новое знание. С точки зрения представителей технических наук, филологии, лингвистики и просто здравого смысла, никакого ИИ нет, это просто алгоритмы, работающие по определенной программе. Маркетологи набор алгоритмов выдают за интеллект. Реальный интеллект получают в том числе и под воздействием восприятия, а какое восприятие у набора алгоритмов, вебкамеры и микрофона? Понятие «искусственный интеллект» имеет право на существование только потому, что сейчас оно широко используется, но необходимо помнить, что пока это не более чем машинный алгоритм для обработки рутинных операций [2–8].

В интервью 2024 г. изданию «Аргументы недели» ведущий российский специалист в области многопроцессорных вычислительных и управляющих систем академик И. А. Каляев поделился своими размышлениями о природе ИИ. Он утверждал, что ИИ не следует считать «супермозгом», поскольку в действительности это лишь сложные компьютерные программы, созданные для расширения когнитивных способностей людей. Каляев

сравнил ИИ с инструментом, например, с молотком, который служит усилению человеческих умственных возможностей, а не является самостоятельной мыслящей единицей [9].

«Если молоток усиливает физические возможности человека, то подобные компьютерные программы усиливают умственные возможности человека. В основном за счет огромного быстродействия компьютера. При этом искусственный интеллект не способен создать что-то новое, отличное от того, чему он был обучен. Искусственный интеллект может заменить человека там, где не надо думать, а надо действовать по инструкции. Думающего человека, способного создавать что-то новое, он заменить не способен. По крайней мере пока», — отметил ученый [9].

И. А. Каляев также подчеркнул, что, несмотря на кажущуюся способность компьютеров «мыслить», на самом деле они не обладают собственным интеллектом и выполняют только те задачи, которые были заложены в них программистами. Он указал, что компьютеры не могут выйти за рамки жестко заданных инструкций. Однако, по мнению академика, может возникнуть так называемый «эмерджентный интеллект», который будет напоминать поведение роя насекомых или муравейника, где коллективное взаимодействие приводит к появлению новых свойств системы [9].

Стоит подчеркнуть, что в термине «искусственный интеллект» интеллекта нет, потому что интеллект присущ человеку. Интеллект там, где есть душа, где есть творческое мышление. А ИИ — это создание рук человеческих. ИИ не сам себя создал, не появился в результате творения Божественного или в результате эволюционных процессов в природе. Если человек — творение Божие, то ИИ является творением человека. Искусственный интеллект — это прежде всего системы алгоритмов и программного обеспечения. Алгоритмы пишет человек, согласно этим алгоритмам человек пишет программу.

ИИ решает вопрос или проблему, которую ставит сам человек. ИИ не холодно, не жарко, у него нет переживаний, он не болеет, не ощущает боли, не боится смерти. У него вообще нет страха. ИИ не может любить. У него нет понятия жадности, расточительности. У ИИ отсутствуют все те понятия, которые присущи только человеку. Человек ставит цель согласно тому, что ему необходимо по жизни. И он ее решает. ИИ не ставит задачи перед собой в силу того, что ему это не надо. Поскольку ИИ — это программа, которую создал человек, и алгоритм, то он решает задачу, поставленную человеком, и в рамках, которые определяет сам человек.

Поэтому существуют хакеры, а также различные группы программистов, которые стараются друг друга «обыграть» на этой площадке. Они проявляют свой интеллект, проявляют свои творческие возможности и внедряют свои программы в уже существующее программное обеспечение. Но программное обеспечение, созданное другим человеком, разрушает действия того или другого, поскольку тот человек более искусный, более профессиональный.

ИИ И ВОПРОСЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

В случае решения задач, связанных с безопасностью страны, в том числе с ядерной безопасностью, ИИ будет решать их в рамках, которые поставил человек, но надо

учитывать, что у ИИ отсутствует страх смерти. ИИ, если получит сообщение, что произошел запуск ракеты, будет отвечать согласно программе. У него нет переживаний, у него нет сомнений. Можно заложить в программе элемент ошибки, но ИИ опять будет оценивать это согласно программному обеспечению, которое ему задали специалисты. И, просчитав, что существует максимальная вероятность ядерного удара по стране, ИИ даст команду, и ракеты полетят в ответ. А возможно, это была ложная тревога? В новейшей истории человечества, в 1983 г., уже был случай, когда офицер Советской армии предотвратил возможность ядерной катастрофы, поставив под сомнение показания приборов о боевом запуске ракет НАТО [10]. У современных военных специалистов нет уверенности, что ИИ поступил бы подобным образом в аналогичном случае.

В то же время хорошо зарекомендовало себя использование ИИ в обработке данных, полученных с помощью спутников-разведчиков и беспилотников, для анализа оперативной обстановки и т.д. Сложно представить современную армию, разведку и контрразведку без успешного и эффективного использования ИИ.

ИИ И МЕДИЦИНА

Вполне возможно, ИИ в ближайшем будущем будет делать самые сложные медицинские операции, которые сейчас делают лишь выдающиеся хирурги с мировым именем. Так, по сообщению СМИ, «разработанная «Сбером» нейросетевая модель GigaChat, за полгода, обученная на базе данных из 42 Гб специализированной информации, сдала экзамен на врача комиссии из профессоров Национального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова. Нейросеть прошла те же испытания, которые проходит студент, окончивший шесть курсов медицинского вуза. GigaChat сдала экзамен по направлению подготовки «Лечебное дело», после которого выпускник получает квалификацию «врач-лечебник». Экзамен принимала комиссия из профессоров терапии, хирургии, акушерства и гинекологии. Билет к устному экзамену содержал три ситуационные задачи: по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии. К задачам прилагались несколько вопросов по каждой из тем. Нейросеть также прошла тестирование из 100 вопросов и набрала 82% при пороге в 70%. «В перспективе модель может стать основой для создания помощника врача и пациента», — оценил будущее нейросетевых разработок директор Центра индустрии здоровья Сбербанка Сергей Жданов» [11, 12].

Но и здесь возникают вопросы этики. Связано это с тем, что для ИИ этическая сторона отсутствует. В программу условного «искусственного хирурга» можно заложить различные ограничения, алгоритм действий в том или ином случае. Но ИИ-хирург все равно не имеет внутреннего творческого, этического, нравственного начала. «Машинный хирург» будет оперировать, не имея ни малейшего сомнения. Он не будет переживать по поводу смерти пациента. А ведь у врача главная заповедь — «Не навреди!». А ИИ может навредить, у него программа заложена, как и что сделать. Он сделает все согласно программе, а в результате может умереть человек. Таким образом, ИИ может стать хорошим помощником для медиков, но главное решение все равно будет за врачом.

ИИ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ МОЗГ

Нужно постоянно понимать, что ИИ — это не интеллект, а программное обеспечение, которое может давать сбои с точки зрения этики, нравственности, профессионализма. И поэтому его постоянно надо контролировать со стороны специалиста. Разумеется, программная система хорошо и быстро обчисляет большой массив данных. Вместе с тем ИИ просчитал, что организм человека в течение секунды перерабатывает 400 миллиардов единиц информации, потому что каждая клетка подает сигнал о себе, мозг реагирует. У человека огромное количество клеток, нервная система, венозная и т.д. Они все подают сигналы, и все это просчитывает мозг. Нет в мире такого компьютера, который мог бы просчитать столько, сколько просчитывает наш мозг. Пока никакой ИИ не сможет обработать такой объем информации.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ПРОГРАММЫ И ШАХМАТЫ

Почему же самые лучшие шахматисты проигрывают компьютеру? Дело в том, что они проигрывают компьютеру с точки зрения просчета вариантов. Это внешнее действие, это игра. ИИ просчитывает то, что извне. А те 400 миллиардов бит — это внутренний обсчет, это внутренняя переработка информации. Наш мозг каждую секунду получает 400 миллиардов единиц информации через наши органы чувств, из них сознание обрабатывает всего 2000 единиц информации. Но вся остальная информация тоже доступна нашему мозгу. Когда мы начинаем «обдумывать» информацию, мы пользуемся доступными 2000 единицами и все [13]. Но, возможно, интуиция обрабатывает намного больше информации. Сколько раз было, что первое правильное решение приходило к нам мгновенно? Мышление, интуиция, — все это внутри человека, а игра, в том числе шахматы, — это вне человека.

13-й чемпион мира по шахматам Гарри Каспаров (в 2022 г. объявлен иностранным агентом, а в 2024 г. включен в перечень экстремистов и террористов) с 1996 г. играл матчи с компьютером. Тот компьютер мог оценивать до 200 млн позиций в секунду, но первую серию партий Каспаров выиграл [14]. Потом создали более совершенные компьютеры. Появились другие талантливые шахматисты, и они тоже проиграли. Шахматисты говорят, что мы просто не можем держать в голове столько вариантов, сколько держит компьютер, поэтому проигрываем. Шахматисты сейчас не соревнуются с компьютером. Это бесполезно, любой самый лучший гроссмейстер проиграет компьютеру. Но это обсчет внешний, это чисто по определенному направлению, а наш головной и спинной мозг обчисляют все, что связано с клетками жизнедеятельности человека. Поэтому мозг мощнее ИИ. Другое дело, что он предназначен для жизни, а не для игры.

В середине 1990-х гг. 13-й чемпион мира по шахматам обвинил IBM в жульничестве, указав, что компьютеру помогал человек [15]. Через несколько лет компьютеру стал проигрывать любой действующий на тот момент чемпион мира по шахматам. Но, как выше отмечалось, шахматы — это игра, внешнее действие, не связанное с жизнедеятельностью человека. Если человек создаст более совершенную программу или мощный компьютер, то этот компьютер обыграет другой компьютер. Так в чем величие ИИ? Это творческая деятельность человека, а не компьютер сам себя создает. У компьютера, у ИИ нет мотивации.

САМОРАЗВИТИЕ ИИ — МАРКЕТИНГОВЫЙ ХОД

Ряд исследователей и специалистов, описывая ИИ, отмечают его способность к саморазвитию [16]. На самом деле, это лишь красивые слова и маркетинговый ход. Есть самообучающиеся системы, но они обучаются по программе, заложенной человеком. То есть для того, чтобы машинная система самообучалась, в нее нужно заложить такую программу, систему самообучения, самообразования, саморазвития, причем в определенном направлении. Она не может, как человек, все охватывать. Искусственному интеллекту область применения указывает человек.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ИИ

Может ли ИИ в итоге выйти из повиновения человеку? Нет, когда специалисты создают ИИ, они закладывают программу его деятельности с определенными ограничениями. Однако все нюансы сложно учесть и предвидеть. Рассмотрим пример с условной программой по сохранению человеческой популяции. Например, из 10 человек 8 должны умереть, для того, чтобы двое остались в живых и продолжили человеческий род. ИИ ее решит и сохранит мужчину и женщину репродуктивного возраста. Если будут изменены условия и надо сохранить только мужской пол или только женский пол, ИИ решит эту задачу. Но если ИИ посчитает, что лучшие представители человечества геи или лесбиянки? Тогда он истребит всех остальных.

ИИ И СУДОПРОИЗВОДСТВО

В обществе существует мнение, что Искусственный интеллект беспристрастен и будет судить по закону. Он не будет учитывать мотиваций подсудимого и просто разберет совершенное преступление. Главное, чтобы правоприменение ИИ соответствовало принципам Европейской этической хартии, переработанной в соответствии с российской правовой традицией [17, 18]. ИИ найдет нужную статью Уголовного кодекса и вынесет решение: один преступник будет приговорен к трем годам тюремного заключения, другой — к семидесяти пяти, третий — к смертной казни, четвертый — к условному сроку. И все будет без субъективизма и коррупции. Судить ИИ будет беспристрастно. Скорее всего программа учтет и рецидивы. Но гораздо сложнее учесть, вынуждены или не вынуждены были противоправные поступки, кто воздействовал на подсудимого, раскаялся он или нет и т.д. Можно ли на сто процентов исключить влияние родственников или сообщников подсудимых на программиста, обслуживающего «судейскую программу»? Вполне закономерно, что правовед С. Ю. Чуча подчеркнул: «В профессиональной судейской среде внедрение ИИ, разрешающего спор вместо человека, в целом официально ... категорически не приветствуется» [17].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главная проблема человечества сегодня — ценностный кризис. Выйти из него можно только через ценности. Нужны такие аксиологические послы, которые бы отвечали традициям и современности, и, вместе с тем, вели бы в будущее. Российская империя и Советский Союз неоднократно спасали мир от разрушения.

Россия в начале второй четверти XXI в. снова может дать человечеству новую модель развития, а именно, соединить искусственный интеллект с ценностным развитием. Российский проект должен объединить технологии будущего, прежде всего ИИ, и традиционные российские духовно-нравственные ценности, которые могут быть предложены всему миру как ориентир выхода из тренда атомизации общества, а, следовательно, и его распада [1].

Самое главное при рассмотрении проблематики ИИ — учет этической стороны. У ИИ нет добра и зла, а есть то, что в него вложил программист. Но если меняются условия, то, что было злом, может оказаться добром, а то, что было добром, — злом. Например, если человек беспричинно убивает себе подобного в мирное время, это, конечно, зло. Но если он на фронте, защищает свою страну или

в мирное время спасает себя, свою семью? Сможет это учесть ИИ, какое он вынесет решение? Сможет ли учесть ИИ, что пребывание на фронте изменяет психику бойцов? Они бывают агрессивны, не всегда адекватны, им нужны долгие месяцы реабилитации. У некоторых демобилизованных долгое время сохраняется привычка приседать, услышав резкий, громкий звук, ведь на фронте такая привычка может спасти жизнь.

Человечество может исчезнуть, если живое, одушевленное, будет заменено на мертвое, неодушевленное. ИИ — неодушевленный. Разрушение человеческой личности начинается с потери возможности любить и быть любимым. Когда на Земле останутся только ИИ и машины, то и жизнь человеческая прекратится, людей не останется. И в этом главная этическая проблема ИИ.

Литература

1. Багдасарян В. Э., Володенков С. В., Жмурин И. Е., Иерусалимский Ю. Ю., Сильвестр, арх. (Лукашенко С. П.), Преображенская К. В., Строганова С. М., Федорченко С. Н., Якунин В. И. Человек и технологический прогресс: антропологическая повестка мирового развития: монография. Ярославль. Шукаева и семья. 2025; 708 с.
2. Архипов В. В., Камалова Г. Г., Наумов В. Б. и др. Комплексное исследование правовых и этических аспектов, связанных с разработкой и применением систем искусственного интеллекта и робототехники. СПб. НП-Принт. 2022; 336 с.
3. Назарова Ю. В. Дилеммы искусственного интеллекта в аспекте этического прогнозирования. Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л. Н. Толстого. 2023; 2(46): 39–47.
4. Грязнов С. А. Искусственный интеллект: этический аспект. Modern Science. 2021; 2(1): 365–367.
5. Журков А. А. Этические аспекты использования систем искусственного интеллекта: международно-правовой опыт. Вестник Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА). 2022; 4(92): 186–194.
6. Афанасьева Ж. С., Афанасьев А. Д. Этические аспекты применения технологий искусственного интеллекта. Информационные технологии и математическое моделирование в управлении сложными системами. 2022; 3(15): 24–32.
7. Егорова Л. Д. Этические аспекты применения искусственного интеллекта с позиции человеко-ориентированной технологии. Современные проблемы инновационной экономики. 2023; 9: 103–108.
8. Игнатенко В. А. Этические проблемы внедрения искусственного интеллекта в жизнь российского общества: культурно-философский аспект. Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2022; 2–1(65): 106–109.
9. «Искусственного интеллекта нет», — заявил академик Каляев. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <https://dzen.ru/a/ZnFZzwX44RSLQ1Pf> (дата обращения 20.06.2024).
10. Лиханов Д. А. 40 минут до третьей мировой: В ночь с 25 на 26 сентября 1983 года подполковник Станислав Петров спас планету от ядерной катастрофы. Родина. 2017; 9: 59–65.
11. Нейросеть сдала экзамен на врача комиссии НМИЦ им. Алмазова. Коммерсант. 14 февр. 2024.
12. Известия. 14 февр. 2024.
13. Арнтц У., Чейс Б., Висенте М. Кроличья нора, или что мы знаем о себе и Вселенной. М. Эксмо. 2011; 448 с.
14. Каминский В. В зыбкой тени «темно-синего» шкафа. Шахматное обозрение. 1997; 5: 5–12.
15. Каспаров против компьютера — битва, которая закончилась поражением человека. Гарри обвинил машину в жульничестве. Режим доступа: [Электронный ресурс] URL: <https://www.sports.ru/chess/blogs/2866672.html> (дата обращения: 09.12.2024).
16. Морхат П. М. Искусственный интеллект: правовой взгляд. М. Буки Веди. 2017; 257 с.
17. Чуча С. Ю. Искусственный интеллект в правосудии: юридико-психологические аспекты правоприменения. Правоприменение. 2023; 2: 116–124.
18. Новикова К. С. Искусственный интеллект как элемент электронного правосудия: смарт-решение и электронные весы правосудия. Образование и право. 2020; 3: 240–244.

References

1. Bagdasaryan VE, Volodenkov SV, Zhmurin IE, Ierusalimskij YuYu, Sil'vestr, arh. (Lukashenko SP), Preobrazhenskaya KV, Stroganova SM, Fedorchenko SN, Yakunin VI Chelovek i tekhnologicheskij progress: antropologicheskaya povestka mirovogo razvitiya: monografiya. Yaroslavl' Shukaeva i sem'ya. 2025; 708 p. Russian.
2. Arkhipov VV, Kamalova GG, Naumov VB, et al. Kompleksnoe issledovanie pravovykh i eticheskikh aspektov, svyazannykh s razrabotkoy i primeneniem sistem iskusstvennogo intellekta i robototekhniki. Sankt-Peterburg. NP-Print. 2022; 336 p. Russian.
3. Nazarova Yu V. Dilemmy iskusstvennogo intellekta v aspekte eticheskogo prognozirovaniya. Gumanitarnye vedomosti TGPU im. L. N. Tolstogo. 2023;2 (46): 39–47. Russian.
4. Gryaznov SA. Iskusstvennyy intellekt: eticheskij aspekt. Modern Science. 2021; 2(1): 365–367.
5. Zhurkov AA. Eticheskije aspekty ispol'zovaniya sistem iskusstvennogo intellekta: mezhdunarodno-pravovoy opyt. Vestnik Universiteta imeni OE Kutafina (MGYuA). 2022; 4 (92); 186–194. Russian.
6. Afanas'eva Zh.S, Afanas'ev AD. Eticheskije aspekty primeneniya tekhnologij iskusstvennogo intellekta. Informatsionnye tekhnologii i matematicheskoe modelirovanie v upravlenii slozhnymi sistemami. 2022; 3(15): 24–32. Russian.
7. Egorova LD. Eticheskije aspekty primeneniya iskusstvennogo intellekta s pozitsii cheloveko-orientirovannoy tekhnologii. Sovremennye problemy innovatsionnoy ekonomiki. 2023; 9: 103–108. Russian.
8. Ignatenko VA. Eticheskije problemy vnedreniya iskusstvennogo intellekta v zhizn' rossiyskogo obshchestva: kul'turno-filosofskiy aspekt. Mezhdunarodnyy zhurnal humanitarnykh i estestvennykh nauk. 2022; 2–1(65): 106–109. Russian.
9. «Iskusstvennogo intellekta net», — zayavil akademik Kalyaev. Available from URL: <https://dzen.ru/a/ZnFZzwX44RSLQ1Pf> (accessed: 20.06.2024) Russian.

10. Likhanov DA. 40 minut do tret'ey mirovoy: V noch' s 25 na 26 sentyabrya 1983 goda podpolkovnik Stanislav Petrov spas planetu ot yadernoy katastrofy. *Rodina*. 2017; 9: 59–65.
11. Neyroset' sdala ekzamen na vracha komissii NMITS im. Almazova. *Kommersant*. 14 fevr. 2024. Russian.
12. *Izvestiya*. 14 fevr. 2024. Russian.
13. Arnts U, Cheys B, Visente M. Krolich'ya nora, ili Chto my znaem o sebe i Vselennoy. *M. Eksmo*. 2011; 448 p. Russian.
14. Kaminskiy V. V zybkoj teni «temno-sinego» shkafa. *Shakhmatnoe obozrenie*. 1997;5: 5–12.
15. Kasparov protiv komp'yutera — bitva, kotoraya zakonchilas' porazheniem cheloveka. Garri obvinil mashinu v zhul'nichestve. Available from URL: <https://www.sports.ru/chess/blogs/2866672.html> (accessed: 09.12. 2024). Russian.
16. Morhat PM. *Iskusstvennyy intellekt: pravovoy vzglyad*. M.: Buki Vedi. 2017; 257 p.
17. Chucha SYu. *Iskusstvennyy intellekt v pravosudii: yuridiko-psikhologicheskie aspekty pravoprimeneniya*. *Pravoprimenenie*. 2023; 2: 116–124. Russian.
18. Novikova KS. *Iskusstvennyy intellekt kak element elektronogo pravosudiya: smart-reshenie i elektronnye vesy pravosudiya*. *Obrazovanie i pravo*. 2020; 3: 240–244. Russian.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ — ТУБЕРКУЛЕЗ И ОНКОЛОГИЯ

А. Л. Хохлов, О. Г. Челнокова ✉, Н. В. Скрыпник, А. П. Дмитриева

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Увеличение числа больных с коморбидной патологией туберкулез и онкологические заболевания ведет к возникновению ряда этических проблем. В настоящее время не разработаны подходы к лечению онкологических заболеваний у больных туберкулезом, это ограничивает оказание помощи больным с коморбидной патологией. Приоритет лечения туберкулеза приводит к потере времени по лечению онкологических заболеваний и возникают порочные круги, когда прогрессирование онкологического процесса не позволяет эффективно лечить туберкулез и начать лечение онкологического заболевания. В то же время не изучены вопросы взаимодействия противотуберкулезных и противоопухолевых препаратов, что ограничивает их одновременное назначение. Этическую проблему составляет длительный период диагностики туберкулеза. Решение поставленных проблем возможно в условиях научных исследований по профилактике туберкулеза у онкологических больных, лечения коморбидных пациентов и междисциплинарного взаимодействия в практическом здравоохранении с персонифицированным подходом в каждом случае.

Ключевые слова: лечение туберкулеза, лечение онкологических заболеваний, коморбидность, этические проблемы

Вклад авторов: А. Л. Хохлов — постановка проблемы, обсуждение ключевых этических вопросов, планирование и обсуждение статьи; О. Г. Челнокова — консультации пациентов, изучение литературы по теме, систематизация и обобщение данных, участие в обсуждении результатов, написание и оформление статьи; Н. В. Скрыпник — курация больных, изучение литературы по теме, участие в обсуждении результатов и написание статьи; А. П. Дмитриева — изучение литературы по теме, участие в обсуждении пациентов и результатов и написание статьи.

Соблюдение этических стандартов: заседание этического комитета не проводилось, так как материалом для обсуждения послужил практический опыт наблюдения пациентов в реальной клинической практике с соблюдением этических норм.

✉ **Для корреспонденции:** Ольга Германовна Челнокова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; chelnokova@bk.ru

Статья поступила: 06.12.2024 **Статья принята к печати:** 13.03.2025 **Опубликована онлайн:** 26.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.034

ETHICAL ISSUES IN TUBERCULOSIS COMORBIDITY WITH CANCER

Khokhlov AL, Chelnokova OG ✉, Skrypnik NV, Dmitrieva AP

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

An increased number of patients who have tuberculosis (TB) comorbidity with cancer leads to a number of ethical problems. Approaches to treatment of oncological diseases in patients with TB have not been developed yet limiting provision of care to patients with comorbidities. The priority of TB treatment leads to a loss of time spent on treatment of oncological diseases and occurrence of vicious circles when progression of an oncological disease prevents from an effective treatment of TB and initiation of cancer treatment. At the same time, interaction of anti-tuberculosis and antitumor drugs has not been studied, limiting their simultaneous administration. Long-term diagnostics of TB represents an ethical problem. The set problems can be solved during scientific research on TB prevention in cancer patients, treatment of patients with comorbidities and interdisciplinary interaction in practical healthcare on an individual basis.

Key words: treatment of tuberculosis, treatment of oncological diseases, comorbidity, ethical issues

Author contribution: Khokhlov AL — setting a problem, discussion of key ethical issues, planning and discussion of the article; Chelnokova OG — consultations with patients, study of literature on the topic, systematization and generalization of data, participation in discussion of results, writing and formatting of the article; Skrypnik NV — supervising patients, studying literature on the topic, participating in discussion of the results and writing an article; Dmitrieva AP — studying literature on the topic, participating in discussion of patients and results, and writing an article.

Compliance with ethical standards: meeting of the ethics committee was not held, as the questions to be discussed included practical experience of observing patients in real clinical practice and compliance with ethical standards.

✉ **Correspondence should be addressed:** Olga G. Chelnokova
Revolutsionnaya str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; chelnokova@bk.ru

Received: 06.12.2024 **Accepted:** 13.03.2025 **Published online:** 26.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.034

Неуклонный рост числа больных со злокачественными новообразованиями разных локализаций является одной из проблем современной медицины. Увеличивается продолжительность жизни пациентов, имеющих злокачественные новообразования и излечившихся пациентов [1, 2]. Во время лечения у данных пациентов развивается вторичный иммунодефицит, так как используются препараты и методы, которые вызывают

длительное снижение иммунитета. Кроме того, само по себе развитие онкологических заболеваний происходит на фоне снижения иммунитета и способствует углублению иммунных нарушений. Это является фоном для развития эндогенной реактивации туберкулезной инфекции. Пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию и лица со злокачественными новообразованиями, являются группой риска по туберкулезу [3]. По нашим

наблюдениям и данным ряда авторов, на фоне общего снижения заболеваемости туберкулезом, увеличивается число пациентов, впервые заболевших туберкулезом, имеющих злокачественные новообразования [4, 5].

Практического опыта лечения коморбидных пациентов онкологическими заболеваниями и туберкулезом в настоящее время очень мало. Нет регламентирующих документов по лечению данных пациентов. Рассмотрим первую ситуацию коморбидности, когда у больного с онкологическим заболеванием, которое диагностировано и он получает лечение, развивается туберкулез. Сложилась практика, когда ведущим заболеванием считают туберкулез и до излечения туберкулеза не ставятся вопросы по лечению онкологического заболевания. Основным аргументом в пользу данной тактики является эпидемическая опасность больных. При этом бактериовыделение встречается примерно в половине случаев. Пациенты сталкиваются со стигматизацией со стороны онкологической службы. Сроки лечения туберкулеза составляют от 6 месяцев при лекарственно чувствительном туберкулезе до 24 месяцев и более при лекарственно устойчивом туберкулезе. Эффективность лечения туберкулеза зависит не только от применения противотуберкулезных препаратов, но и от состояния организма. В результате на фоне иммунодефицита и сниженных репаративных возможностей процесс приобретает хроническое течение. При этом злокачественные процессы, как правило, прогрессируют и наступает летальный исход. Эта проблема — прекращение лечения онкологического заболевания при развитии туберкулеза — имеет много граней. Одна из них — до настоящего времени не изучено сочетание противотуберкулезных и противоопухолевых препаратов, можно предположить, что неблагоприятные эффекты будут суммироваться и с этической точки зрения врач встает перед дилеммой: необходимо лечить оба заболевания, чтобы спасти жизнь больного, но лечение не регламентировано и прогнозируется высокий риск серьезных нежелательных явлений. Пациент находится в ситуации, когда все силы ранее были брошены на борьбу с онкологическим заболеванием, которое приравнялось к борьбе за жизнь, вдруг перестает быть актуальным для врача, но не для самого пациента, и все силы перебрасываются на борьбу с туберкулезом. Кроме того, применение противотуберкулезных препаратов уже на ослабленный организм, предшествующим противоопухолевым лечением и самой опухолью, часто вызывает плохую переносимость препаратов и еще более усугубляет ситуацию по обоим заболеваниям как клиническую, так и этическую.

Решение проблемы лежит, безусловно, в научных исследованиях, посвященных лечению пациентов с коморбидной патологией туберкулезом и онкологией. Объединенные усилия специалистов онкологов и фтизиатров должны уже в настоящее время быть направлены на разработку индивидуальной тактики лечения обоих заболеваний. Например, при ограниченных формах туберкулеза без бактериовыделения возможно рассмотреть проведение противоопухолевой терапии и оперативные методы лечения на фоне противотуберкулезной терапии. При распространенных, деструктивных формах туберкулеза с бактериовыделением имеется целесообразность провести противотуберкулезную терапию и индивидуально

решать о возможности терапии онкологического заболевания.

Не менее сложными и важными являются организационные вопросы о месте лечения больного и лекарственном обеспечении. Приоритет инфекционного заболевания, которым является туберкулез, приводит к госпитализации коморбидных пациентов в туберкулезные отделения, часто на фоне диагностики, что также нарушает этические нормы в связи с уязвимостью больных онкологическими заболеваниями к воздействию экзогенной инфекции, которой пациенты подвергаются в туберкулезных отделениях. Вероятно, необходимо рассчитать потребность в отдельных койках для таких коморбидных больных в составе туберкулезных учреждений и иметь возможность лекарственного обеспечения. При необходимости выполнение оперативного лечения даже при отсутствии бактериовыделения целесообразно проводить в туберкулезном учреждении с вызовом бригады специалистов онкологов на базу туберкулезной больницы с последующим совместным ведением пациента. Это связано с рисками острого прогрессирования туберкулеза после оперативных вмешательств.

Еще одной этической проблемой является длительный период диагностики, часто более 3–4 недель, и подтверждения в последующем диагноза туберкулеза у больного с онкологическим заболеванием, который иногда затягивается более одного месяца по объективным причинам. Такие ситуации складываются при отсутствии бактериовыделения и «нетипичной» картине туберкулеза, которая связана с иммунодефицитом. Потеря времени в данном случае и гипердиагностика туберкулеза являются причиной прогрессирования онкологического заболевания при прекращении лечения или откладывания оперативного лечения. В подобных ситуациях следует сократить сроки обследования по поводу туберкулеза, что возможно при четкой организации процесса обследования.

Противоположная клиническая ситуация коморбидности наблюдается в случае, когда у больного активным туберкулезом развивается онкологическое заболевание. Такие примеры являют собой еще больший конгломерат биоэтических проблем. У пациента имеются два взаимоотягощающих заболевания, при этом затруднено обследование по онкологическому заболеванию, в связи с эпидемической опасностью пациента. Лечение онкологического заболевания, как правило, планируется лишь в случае излечения пациента, что в силу ряда причин, описанных ранее, случается крайне редко. Пациенты оказываются без помощи при прогрессирующем онкологическом заболевании или эта помощь оказывается в поздние сроки, что приводит к неблагоприятным исходам.

Таким образом, в ходе обследования и лечения больные с коморбидной патологией туберкулез и онкология сталкиваются с рядом этических проблем, связанных с ограничением сроков и объема оказания онкологической помощи и длительной диагностикой, низкой эффективностью лечения туберкулеза. Решение поставленных проблем возможно в условиях научных исследований по профилактике туберкулеза у онкологических больных, лечению коморбидных пациентов и междисциплинарного взаимодействия в практическом здравоохранении с персонифицированным подходом в каждом случае.

Литература

1. Егорова А. Г., Суслин С. А., Орлов А. Е., Корякин С. А., Садреева С. Х. Онкоэпидемиологическая панель тенденций заболеваемости злокачественными новообразованиями как основа разработки региональной программы первичной профилактики рака. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024; (3): 553–581. DOI: 10.24412/2312-2935-2024-3-553-58.
2. Важенин А. В., Новикова С. В., Тюков Ю. А. Современные тенденции эпидемиологии злокачественных новообразований основных локализаций в России (обзор публикаций). Непрерывное медицинское образование и наука. 2023; (2): 30–35.
3. Комиссарова О., Михайловский А., Абдуллаев Р. Туберкулез легких и злокачественные новообразования. Врач. 2020; (2): 3–6.
4. Стогова Н. А. Латентная туберкулезная инфекция у больных с онкологической патологией по данным кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. Вопросы онкологии. 2023; (4): 739–744.
5. Великая О. В., Мартышова О. С., Чупис О. Н. Диагностика и лечение туберкулеза печени у онкологической больной. Туберкулез и болезни легких. 2020; 98(5): 51–53. DOI: 10.21292/2075-1230-2020-98-5-51-53.

References

1. Yegorova AG, Suslin SA, Orlov AYe, Koryakin SA, Sadreyeva SKh. Onkoepidemiologicheskaya panel' porazitel'noy zabolovayemosti zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami kak osnova razrabotki regional'noy programmy pervoy profilakticheskoy strategii. Sovremennyye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki. 2024; (3): 553–581. DOI: 10.24412/2312-2935-2024-3-553-58. Russian.
2. Vazhenin AV, Novikova SV, Tyukov YuA. Sovremennyye tendentsii epidemiologii zlokachestvennykh novoobrazovaniy osnovnykh lokalizatsiy v Rossii (obzor publikatsii). Nepreryvnoye meditsinskoye obrazovaniye i nauka. 2023; (2): 30–35. Russian.
3. Komissarova O, Mikhaylovskiy A, Abdullayev R. Tuberkulez legkikh i zlokachestvennyye novoobrazovaniya. Vrach. 2020; (2): 3–6. Russian.
4. Stogova NA. Latentnaya tuberkuloznaya infektsiya u bol'nykh s onkologicheskoy patologiyey po dannym kozhnykh prob s allergenom tuberkuloznym rekombinantnym. Voprosy onkologii. 2023; (4): 739–744. Russian.
5. Velikaya OV, Martyshova OS, Chupis ON. Diagnostika i lecheniye tuberkuleza pecheni u onkologicheskoy bol'noy. Tuberkulez i legkaya bolezni'. 2020; 98(5): 51–53. DOI: 10.21292/2075-1230-2020-98-5-51-53. Russian.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

А. С. Юнусов, Е. В. Молодцова, Д. В. Малетина [✉], П. И. Белавина

Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Россия

Взаимоотношения больного и врача регулируются правилами медицинской этики и Законом о здравоохранении РФ. Значение этических норм в детской практике еще более важное. Детская оториноларингология — одна из самых распространенных отраслей медицины, занимающаяся диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний уха, горла и носа у детей. Болезни уха, горла и носа относятся к наиболее часто встречающимся в детском возрасте. На долю патологии верхних дыхательных путей и болезней уха и сосцевидного отростка в общей заболеваемости приходится около 20% обращений. Распространенность оториноларингологической патологии у детей в настоящее время составляет 184 на 1000 детского населения; причем с возрастом наблюдается тенденция к росту хронической патологии уха, горла и носа. Эта область имеет свои уникальные этические и правовые аспекты, которые требуют особого внимания со стороны медицинских работников, родителей и законодателей. В России длительное время этические и правовые вопросы детской оториноларингологии не затрагивались, хотя в ней существуют свои особенности, это связано с анатомо-физиологическими особенностями ЛОР-органов ребенка. В статье подробно рассмотрены этические и правовые проблемы в практике врача-оториноларинголога, описаны пути их решения. Соблюдение всех правил приведет к улучшению качества получения медицинской помощи у детей.

Ключевые слова: медицинская этика, законодательство, оториноларингология, детский возраст

Вклад авторов: авторы внесли равный вклад в проведение научно-исследовательской работы и написание статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Дарья Валерьевна Малетина
Волоколамское шоссе, д.30, корп. 2, г. Москва, 123182, Россия; daryamanakhova@yandex.ru

Статья поступила: 02.03.2025 **Статья принята к печати:** 10.03.2025 **Опубликована онлайн:** 30.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.035

ETHICAL AND LEGAL ISSUES OF MEDICAL CARE IN PEDIATRIC OTORHINOLARYNGOLOGY

Yunusov AS, Molodtsova EV, Maletina DV [✉], Belavina PI

National Medical Research Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow, Russia

A patient-physician relationship is regulated by the principles of medical ethics and the Law on Healthcare of the Russian Federation. In pediatric practice, ethical issues are even more important. Pediatric otorhinolaryngology is one of the most popular branches of medicine that diagnoses, treats and prevents diseases of the ear, throat and nose (ENT) in children. ENT diseases are most common in childhood. Pathology of the upper respiratory tract and diseases of the ear and mastoid process account for about 20% of all cases. The prevalence of pediatric otorhinolaryngologic diseases currently accounts for 184 per 1,000 children; however, as they age, the chronic pathology of the ear, throat and nose is increasing. This field has its own unique ethical and legal aspects that require special attention of medical professionals, parents, and legislators. In Russia, ethical and legal issues of pediatric otorhinolaryngology have not been addressed for a long period of time, although it has its own peculiarities due to anatomical and physiological features of a child's ENT organs. The article provides detailed description of ethical and legal problems in the practice of an otorhinolaryngologist and describes how to solve them. Compliance with the rules will improve quality of medical aid among children.

Key words: medical ethics, legislation, otorhinolaryngology, children's age

Author contribution: the authors made an equal contribution to this research and writing an article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Daria Valerievna Maletina
Volokolamsk Highway, 30, b. 2, Moscow, 123182, Russia; daryamanakhova@yandex.ru

Received: 02.03.2025 **Accepted:** 10.03.2025 **Published online:** 30.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.034

В каждой профессии есть свои этические кодексы, обеспечивающие достойное и общественно значимое поведение человека в рамках его деятельности [1]. Медицинская этика — разновидность профессиональной этики — совокупность норм поведения и морали медицинских работников. В ее основе лежат традиционные представления о гуманном назначении труда медика, который должен действовать во благо телесного и духовного здоровья больного, невзирая на трудности, а в исключительных случаях рискуя собственной безопасностью [2].

Взаимоотношения врача и пациента — одна из самых сложных проблем медицины, так как установление доверительных отношений необходимо для правильной диагностики и лечения заболевания. Значение этических норм в детской практике еще более важное [3].

Американский педиатр Алан Флайшман по этому поводу написал в 1995 г.: «В мире этики, как и в мире вообще, у детей особое положение, хотя задачи те же: выбор между жизнью и смертью, право на отказ от лечения и на сознательное согласие. Но все это приобретает особую остроту и сложность именно у детей» [4, 5].

Детская оториноларингология (ЛОР) — одна из самых распространенных отраслей медицины, занимающаяся диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний уха, горла и носа у детей. Эта область имеет свои уникальные этические и правовые аспекты, которые требуют особого внимания со стороны медицинских работников, родителей и законодателей [6].

Болезни уха, горла и носа относятся к наиболее часто встречающимся в детском возрасте. На долю

патологии верхних дыхательных путей и болезней уха и сосцевидного отростка в общей заболеваемости приходится около 20% обращений. Распространенность оториноларингологической патологии у детей в настоящее время составляет 184 на 1000 детского населения; причем с возрастом наблюдается тенденция к росту хронической патологии уха, горла и носа [7].

В России длительное время этические и правовые вопросы детской оториноларингологии не затрагивались, хотя в ней существуют свои особенности [8]. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями ЛОР-органов ребенка, а именно дискомфорт и болезненность при выполнении манипуляций, а также патологии уха и гортани, такие как снижение слуха, установка трахеостомической трубки и т.д., нередко вызывают проблемы социализации в детском возрасте. Некоторые заболевания в детской оториноларингологии могут приводить к стойкой инвалидизации, вследствие как патологии, так и осложнений. В последние годы наблюдается стремительное развитие знаний, технологий в клинической медицине, что, с одной стороны, приводит к внедрению высокотехнологичных способов лечения, с другой стороны, к появлению новых, ранее не изученных, проблем. Например, в практике врача-оториноларинголога встречаются дети младшей возрастной группы с некрозом колумельлы перегородки носа вследствие СРАР-терапии биназальными канюлями в периоде недоношенности. Кроме того, необходимо понимать, что детская оториноларингология — хирургическая область медицины со всеми присущими ей особенностями [9]. Ребенок младшего возраста — незрелая личность, не обладающая полной автономией, а часто, вообще, не способен сформулировать свои предпочтения и защитить себя, т.е. недееспособен. В соответствии с законом, родители или опекуны, которые, как правило, являются участниками всех взаимоотношений врача с ребенком, наделены моральными и юридическими правами давать согласие или отказ на проведение лечебно-диагностических вмешательств у детей (до 15 лет) [10, 11].

В детской оториноларингологии возможны все виды ятрогений. В педиатрии, в том числе в детской оториноларингологии, к ятрогенным могут быть отнесены нозокомиальные заболевания. Большинство оториноларингологов как ятрогению действия расценивают неадекватную лекарственную терапию, назначение ототоксичных препаратов, неправильно или без показаний проведенные манипуляции или операции [12, 13]. Оториноларингологи стационаров чаще, чем их коллеги из поликлиник, описывают ятрогенные заболевания, связанные с неправильными действиями врача при проведении операций и манипуляций (травма наружного слухового прохода, барабанной перепонки, травматический лабиринтит, носовое кровотечение при удалении инородного тела из полости носа, травматичная интубация с повреждением структур гортани и последующим развитием стеноза гортани, неверное оказание помощи при химических ожогах глотки и пищевода). Довольно часто встречается ятрогения, связанная с поздним направлением на консультацию ребенка врачами других специальностей (в основном педиатрами), в результате развиваются заболевания с более тяжелым течением и осложнениями: острые средние гнойные отиты, гнойные полисинуситы, осложнения острого тонзиллита и т.п.

Профилактика ятрогенных состояний в оториноларингологии состоит в постоянном повышении

квалификации врачей, в разумном ограничении показаний к инструментальным и оперативным вмешательствам диагностического и лечебного характера, тщательном их обосновании, а также в совместном обсуждении педиатрами с оториноларингологами, а при необходимости и с врачами других специальностей, лечившими данного ребенка, в каждом случае ятрогении [14].

Разрешение этических проблем в детской оториноларингологии зависит от знаний правовой базы, поскольку этика и законодательство взаимосвязаны [15].

Рассмотрим правовые аспекты в практике врача-оториноларинголога.

1. Законодательство в здравоохранении: медицинская помощь детям, включая ЛОР-заболевания, регулируется международными, федеральными и региональными документами. Важно соблюдать все законы и нормативные акты, касающиеся прав детей на получение медицинской помощи [14, 15].

При выборе тактики ведения пациента используются международные документы.

1.1 Всеобщая декларация прав человека (1948).

– Статья 2:

каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными настоящей Декларацией, без какого бы то ни было различия, как то в отношении расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения.

Кроме того, не должно проводиться никакого различия на основе политического, правового или международного статуса страны или территории, к которой человек принадлежит, независимо от того, является ли эта территория независимой, подопечной, самоуправляющейся или как-либо иначе ограниченной в своем суверенитете.

– Статья 25:

каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи.

1.2 «Конвенция о правах ребенка» (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990)

– Статья 24:

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

- снижения уровней смертности младенцев и детской смертности;
- обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи;

- с) борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем, среди прочего, применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды;
 - d) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды;
 - e) обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждении несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний;
 - f) развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.
3. Государства-участники принимают любые эффективные и необходимые меры с целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей.
- 1.3 Конституция Российской Федерации.
 - 1.4 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
 - 1.5 Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
 - 1.6 «Надлежащая клиническая практика. ГОСТ Р 52379-2005».
 - 1.7 Приказ Минздрава России от 19.06.2003 № 266 «Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации» (GCP).

2. *Информированное добровольное согласие:* информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью надлежащей клинической практики, особенно в отношении случаев, связанных с несовершеннолетними. Это требование является не только обязательным законодательным актом, но и этической необходимостью для медицинских работников защищать права пациентов, развивать автономию и укреплять доверие пациентов и их семей. Таким образом, обеспечение полной информированности детей и родителей о медицинских процедурах имеет основополагающее значение для обеспечения наилучшего клинического обслуживания.

Особенности получения информированного согласия у детей:

- возрастное соответствие: для ребенка следует сообщать данную информацию в зависимости от его возраста и психолого-педагогической теории. Игровые формы и наглядные материалы подойдут для маленьких детей, подростку же требуется более развернутое пояснение;
- вовлечение родителей/опекунов: поскольку дети не являются полноправными субъектами, на медицинские процедуры согласие должны давать их родители или законные представители. Тем не менее, мнение ребенка также необходимо принимать во внимание;
- согласие и несогласие ребенка: если согласие ребенка на процедуру в подавляющем

большинстве случаев юридически необязательно, то его несогласие является важным фактором при принятии решения;

- особые случаи: в некоторых случаях (например, неотложная помощь) согласие может не потребоваться. В других случаях, когда родители отказываются от необходимого лечения, медицинские работники могут обратиться в суд для защиты интересов ребенка.

Сложности и этические дилеммы:

- конфликт интересов: иногда мнение родителей может не совпадать с интересами ребенка. В таких случаях медицинские работники должны защищать интересы ребенка;
- отказ от лечения: родители могут отказаться от необходимого лечения своего ребенка по религиозным или иным убеждениям. В таких случаях врачи сталкиваются с этической дилеммой: как защитить ребенка, не нарушая права родителей;
- несовершеннолетние пациенты: возраст согласия может различаться в разных юрисдикциях, что создает юридические сложности в случае лечения подростков.

3. *Медицинская документация:* все записи о состоянии здоровья ребенка, проведенных обследованиях и лечении должны быть тщательно и своевременно зафиксированы в медицинской карте в первую очередь для собственной юридической безопасности.

4. *Ответственность медицинских работников:* медицинские работники несут ответственность за свои действия и несут юридическую ответственность за ошибки и халатность, которые могут причинить вред ребенку.

5. *Права детей:* дети имеют право на доступ к качественной медицинской помощи, включая ЛОР-специалистов, и на уважительное отношение со стороны медицинских работников.

6. *Защита детей от жестокого обращения:* врачи-оториноларингологи должны знать, как выявлять признаки жестокого обращения с детьми, и сообщать о них в соответствующие органы.

7. *Разглашение медицинской тайны:* соблюдение конфиденциальности медицинской информации в педиатрической практике требует особой внимательности и деликатности, поскольку затрагивает интересы как ребенка, так и его родителей. Медицинские работники должны стремиться к балансу между защитой конфиденциальности информации о ребенке и обеспечением его благополучия. Нарушение медицинской тайны может повлечь за собой юридическую ответственность.

Сложности медицинской тайны в педиатрии заключаются в следующем.

- Вовлечение родителей/законных представителей: в педиатрической практике врачебная тайна часто распространяется на родителей или законных опекунов, которые имеют право принимать решения о здоровье ребенка. Однако возникают сложности, когда интересы родителей и ребенка не совпадают.
- Различия в возрасте: чем старше ребенок, тем больше у него прав на конфиденциальность. Подростки могут иметь собственное представление о том, какую информацию следует раскрывать родителям.
- Конфликты интересов: в некоторых ситуациях, например при подозрении на насилие над ребенком,

медицинские работники обязаны сообщать о своих подозрениях в соответствующие органы, даже если это противоречит желанию родителей или самого ребенка.

- Обмен информацией: передача информации между медицинскими работниками, участвующими в лечении ребенка, должна осуществляться с соблюдением конфиденциальности.
- Использование электронных медицинских записей: электронные медицинские записи упрощают доступ к информации, но также создают риски нарушения конфиденциальности, если не будут приняты соответствующие меры безопасности.

Этические аспекты в детской оториноларингологии особенно важны из-за уязвимости детей и их зависимости от взрослых в принятии решений о собственном здоровье. Они переплетаются с правовыми нормами, но, несомненно, сопереживание и желание помочь ребенку должно быть присуще врачу.

Рассмотрим этические аспекты в клинической практике.

1. Интересы ребенка превыше всего: основным этическим принципом в детской медицине является принцип «наилучших интересов ребенка». Это означает, что все решения и действия медицинских работников должны быть направлены на обеспечение здоровья и благополучия ребенка, даже если это противоречит пожеланиям родителей или опекунов.
2. Информированное согласие: в педиатрической практике получение информированного согласия на медицинские процедуры несомненно необходимо, но важнее четко и подробно рассказывать родителю/законному представителю и ребенку о предстоящих манипуляциях, осложнениях, тактике лечения. У последних не должно оставаться вопросов, страхов и сомнений.

3. Конфиденциальность: информация о состоянии здоровья ребенка является конфиденциальной и не может быть разглашена без согласия родителей или опекунов, за исключением случаев, предусмотренных законом. Необходимо с пониманием относиться к детям старшей возрастной группы, общаться с ними как с самостоятельной личностью и учитывать их мнение.
4. Справедливость: каждый ребенок имеет право на получение качественной медицинской помощи независимо от его социального статуса, этнической принадлежности или других факторов.
5. Психологический комфорт: дети особенно чувствительны к медицинским процедурам, поэтому важно создавать комфортную и доброжелательную атмосферу, чтобы уменьшить их тревогу и страх. Вся медицинская помощь должна оказываться с целью минимизировать вред и страдания ребенка. В детской ЛОР-практике это особенно важно при проведении инвазивных процедур и хирургических вмешательств.
6. Уважение автономии ребенка: по мере взросления ребенок должен иметь право участвовать в принятии решений о своем здоровье, насколько это возможно в его возрасте.

Детская оториноларингология имеет сложные этические и правовые аспекты. Забота о здоровье и благополучии ребенка является первостепенной задачей медицинских работников. Они должны соблюдать этические принципы, правовые нормы и постоянно стремиться к улучшению качества медицинской помощи детям. Родители также играют важную роль, участвуя в принятии решений о здоровье своих детей и сотрудничая с врачами. Эффективное сотрудничество и постоянное обучение являются ключом к обеспечению наилучшего ухода за детьми с ЛОР-заболеваниями.

Литература

1. Saunders JE, Rankin Z, Noonan KY. Otolaryngology and the Global Burden of Disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018; 51(3): 515–534. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.016.
2. Вельтищев Ю. Е. Этика, медицинская деонтология и биоэтика в педиатрии: Лекция для врачей. М. Московский НИИ педиатрии и детской хирургии. 1997; 15 с.
3. Мингазова Э. Н., Щеглин В. О., Гасайниева М. М., Мингазов Р. Н., Загоруйченко А. А. Профилактические осмотры несовершеннолетних в рамках новых государственных инициатив в условиях пандемии COVID 19. *Менеджер здравоохранения.* 2021; 10: 51–59.
4. Cohen D. *Medicine, Ethics and Law.* J Pediatr Surg. 1988; 23(5): 436–438.
5. Liao K, Chorney SR, Brown AB, Brooks RL, et al. The Impact of Socioeconomic Disadvantage on Pediatric Tracheostomy Outcomes. *Laryngoscope.* 2021; 131(11): 2603–2609. DOI: 10.1002/lary.29576
6. Belcher RH, Molter DW, Goudy SL. An Evidence-Based Practical Approach to Pediatric Otolaryngology in the Developing World. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018; 51(3): 607–617. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.007.
7. Муратов М. В., Микиртычан Г. Л., Муратова М. В. Некоторые этические проблемы детской оториноларингологии. *Российская оториноларингология.* 2004; 6: 14–19.
8. Peer S, Vial I, Numanoglu A, Fagan JJ. What is the availability of services for pediatric ENT surgery and pediatric surgery in Africa? *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.* 2018; 135 (50): 79–83.
9. Saunders JE, Rankin Z, Noonan KY. Otolaryngology and the Global Burden of Disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018; 51(3): 515–534. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.016.
10. Линденбратен А. Л. Актуальные проблемы российского здравоохранения. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2020; 3: 60–71
11. Пищита А. Н. *Согласие на медицинское вмешательство.* М.: Изд-во ЦКБ РАН. 2006; 74 с.
12. Рошин Д. О. Проблемы актуализации порядков оказания медицинской помощи, применяемых при болезнях уха и сосцевидного отростка, горла и носа. *Вестник оториноларингологии.* 2021; 2: 99–103.
13. Проблемы и перспективы развития инфраструктуры детского здравоохранения. В кн. Сборник материалов Совета по региональному здравоохранению Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. М. 2018; 91 с.
14. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». *Собрание законодательства Российской Федерации.* 28.11.2011. № 48. Ст. 6724. В ред. от 29.12.2015. СПС «Гарант».
15. Хартия прав детей, находящихся на излечении в больнице. ВОЗ — Европейское региональное бюро. 1988 (дается по журналу: *Le pediatrie.* 1995; 32: 73).

References

1. Saunders JE, Rankin Z, Noonan KY. Otolaryngology and the Global Burden of Disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018; 51(3): 515–534. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.016.
2. Vel'tishhev Ju E. Jetika, medicinskaja deontologija i biojetika v pediatrii: Lekcija dlja vrachej. M. Moskovskij NII pediatrii i detskoj hirurgii. 1997; 15 s. Russian.
3. Mingazova JeN, Shhepin VO, Gasajnieva MM, Mingazov RN, Zagorujchenko AA. Profilakticheskie osmotry nesovershennoletnih v ramkah novyh gosudarstvennyh iniciativ v uslovijah pandemii COVID 19. *Menedzher zdravooхранenija.* 2021; 10: 51–59. Russian.
4. Cohen D. *Medicine, Ethics and Law. J Pediatr Surg.* 1988; 23(5): 436–438.
5. Liao K, Chorney SR, Brown AB, Brooks RL, et al. The Impact of Socioeconomic Disadvantage on Pediatric Tracheostomy Outcomes. *Laryngoscope.* 2021; 131(11): 2603–2609. DOI: 10.1002/lary.29576
6. Belcher RH, Molter DW, Goudy SL. An Evidence-Based Practical Approach to Pediatric Otolaryngology in the Developing World. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018; 51(3): 607–617. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.007.
7. Muratov MV, Mikirtichan GL, Muratova MV. Nekotorye jeticheskie problemy detskoj otorinolaringologii. *Rossijskaja otorinolaringologija.* 2004; 6: 14–19. Russian.
8. Peer S, Vial I, Numanoglu A, Fagan JJ. What is the availability of services for pediatric ENT surgery and pediatric surgery in Africa. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.* 2018; 135 (50): 79–83.
9. Saunders JE, Rankin Z, Noonan KY. Otolaryngology and the Global Burden of Disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018; 51(3): 515–534. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.016.
10. Lindenbraten AL. Aktual'nye problemy rossijskogo zdravooхранenija. *Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko.* 2020; 3: 60–71. Russian.
11. Pishhita AN. *Soglasie na medicinskoe vmeshatel'stvo.* M.: Izd-vo CKB RAN. 2006; 74 s. Russian.
12. Roshhin DO. Problemy aktualizacii porjadkov okazanija medicinskoj pomoshhi, primenjaemyh pri boleznyah uha i soscevidnogo otrostka, gorla i nosa. *Vestnik otorinolaringologii.* 2021; 2: 99–103. Russian.
13. Problemy i perspektivy razvitija infrastruktury detskogo zdravooхранenija. V kn. *Sbornik materialov Soveta po regional'nomu zdravooхранeniju Soveta Federacii Federal'nogo Sobranija Rossijskoj Federacii.* M. 2018; 91 s. Russian.
14. Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii». *Sobranie zakonodatel'stva Rossijskoj Federacii.* 28.11.2011. № 48. St. 6724. V red. ot 29.12.2015. SPS «Garant». Russian.
15. Hartija prav detej, nahodjashhihsja na izlechenii v bol'nice. *VOZ — Evropejskoe regional'noe bjuro.* 1988 (daetsja po zhurnalu: *Le peditrie.* — 1995; 32: 73). Russian.


ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ ПОСТСОВЕТСКОГО ПРОСТРАНСТВА В 1990-е гг. В ОСВЕЩЕНИИ «МЕДИЦИНСКОЙ ГАЗЕТЫ»

Д. В. Тумаков 

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В конце XX в. ряд государств постсоветского пространства был охвачен межнациональными конфликтами или гражданскими войнами. Боевые действия в Абхазии, Приднестровье и Таджикистане получили широкое освещение в российской прессе того периода. Между тем участие медицинских работников в локализации упомянутых и некоторых других конфликтов зачастую находилось на периферии внимания отечественных и зарубежных исследователей. Между тем независимое международное периодическое издание «Медицинская газета» в начале 1990-х гг. неоднократно упоминало о помощи раненым и больным военнослужащим со стороны медиков на передовой или в тыловых госпиталях. Газета не оставляла без внимания и помощь российских медиков гражданскому населению пресловутых «горячих точек». В некоторых ее публикациях сообщалось о наиболее успешных и сложных операциях, проведенных в те годы российскими специалистами. На страницах «Медицинской газеты» в те годы также можно обнаружить репортажи о наиболее отличившихся во время активных боевых действий врачах или о борьбе с эпидемиями. Газета занимала ярко выраженную миролюбивую позицию. Итогом практической деятельности российских медиков в военных действиях постсоветского пространства в 1990-е гг. стало не только спасение жизней раненых военнослужащих и гражданских лиц, но и попытка объединения усилий медицинской общественности стран СНГ для восстановления мирной жизни в «горячих точках», предотвращения эпидемических вспышек и успешной борьбы с многочисленными инфекционными заболеваниями.

Ключевые слова: медики, боевые действия, постсоветское пространство, Приднестровье, Таджикистан, армия, «Медицинская газета»

 **Для корреспонденции:** Денис Васильевич Тумаков
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; denistumakov@yandex.ru

Статья поступила: 27.02.2025 **Статья принята к печати:** 10.03.2025 **Опубликована онлайн:** 19.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.033


MEDICAL ACTIVITY DURING MILITARY CONFLICTS IN THE POST-SOVIET SPACE IN THE 1990s COVERED BY MEDITSINSKAYA GAZETA

Tumakov DV 

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

At the end of the 20th century, a number of post-Soviet states faced multicultural conflicts or civil wars. Military actions in Abkhazia, Transnistria, and Tajikistan received widespread coverage in the Russian press of that time. Meanwhile, efforts of medical professionals to localize the mentioned and some other conflicts are often ignored by domestic and foreign researchers. In the early 1990s, the independent international periodical Meditsinskaya Gazeta repeatedly mentioned that the wounded and sick military personnel received assistance from doctors on the front line or in rear hospitals. The newspaper also mentioned the help provided by Russian doctors to the civilian population in the notorious flashpoints. Some of its publications reported on the most successful and complex operations carried out by Russian specialists during those years. In those years, Meditsinskaya Gazeta also reported on the doctors who distinguished themselves during active hostilities or on the fight against epidemics. The newspaper took up a pronounced peace-loving position. The result of the practical activities of Russian doctors in the military operations of the post-Soviet space in the 1990s was not only saving the lives of wounded servicemen and civilians, but also an attempt to unite the efforts of the medical community of the CIS countries to restore peaceful life in flashpoints, prevent epidemic outbreaks and successfully combat numerous infectious diseases.

Keywords: doctors, military operations, post-Soviet space, Transnistria, Tajikistan, army, Meditsinskaya gazeta

 **Correspondence should be addressed:** Denis V Tumakov
Revolutsionnaya str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; denistumakov@yandex.ru

Received: 27.02.2025 **Accepted:** 10.03.2025 **Published online:** 19.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.033

Одним из наиболее трагических последствий распада Советского Союза в 1991 г. являлось дальнейшее обострение межнациональных отношений, рост национального и религиозного радикализма в молодых государствах СНГ. В результате пресловутые «горячие точки» переросли в полномасштабные военные действия, жертвами которых, как полагал американский политолог и экономист Д. Тризман, стали от 63 до 98 тысяч недавних советских граждан [1]. Наиболее кровопролитными из них были войны в Нагорном Карабахе, Таджикистане и Абхазии, заметно меньший масштаб жертв приобрели противостояние в Южной Осетии и Приднестровье. Эти цифры не учитывают погибших во время многочисленных конфликтов на территории российского Северного Кавказа в 1990–2000-е гг. Несмотря на

сложное социально-экономическое положение, Россия в начале и середине 1990-х гг. не осталась в стороне от конфликтов в республиках бывшего СССР, а публично извещала готовность взять на себя ответственность за их урегулирование. Так, первый президент страны Б. Н. Ельцин 28 февраля 1993 г. заявил, что «все ответственные международные организации, включая Организацию Объединенных Наций, должны предоставить России особые полномочия гаранта мира и стабильности на территории бывшего Союза» [2]. Заметим также, что причины, ход и последствия военных конфликтов на постсоветском пространстве, как по отдельности, так и в совокупности, уже неоднократно становились предметом изучения отечественных и зарубежных авторов, но все эти исследователи практически не уделяли

внимания роли медиков в урегулировании и преодолении трагических последствий этих войн. Хотя бы отчасти восполнить существующий пробел призвана данная статья, преимущественно основанная на выходящих в начале 1990-х гг. публикациях независимого международного периодического издания «Медицинская газета».

Из его материалов следует, что деятельность медицинских работников в «горячих точках» бывшего СССР была крайне опасной. Так, весной 1992 г. столичная «Медицинская газета» в одной из заметок упомянула факт расстрела неизвестными преступниками машины «скорой помощи» на автодороге Ташлы — Григориополь в Приднестровье. В результате данной вылазки погибла акушерка, также были ранены водитель и два пассажира, которые позднее были прооперированы и остались в живых [3]. Издание особо отмечало, что нападавшие видели, в кого стреляют [3]. Очевидно, что данное преступление было не единственным даже за время относительно краткого по времени вооруженного конфликта в Приднестровье.

В другой заметке «Медицинской газеты» за 1992 год упоминался факт убийства медсестры в городе Бендеры от выстрела неизвестного снайпера [4], а специальный корреспондент того же издания Р. Панюшин лично наблюдал расстрел машины «скорой помощи» из Кишинева приднестровскими гвардейцами за отказ остановиться. Лишь по счастливой случайности не было жертв, но был легко ранен водитель [5]. В свою очередь, во время гражданской войны в Таджикистане 1992–1997 гг. обстрелу из гранатомета подвергся автобус, доставивший на работу врачей и медсестер Душанбинского госпиталя. Тяжелое ранение получила и впоследствии скончалась одна из работниц [6]. Военнослужащие Хорогского пограничного отряда в интервью «Медицинской газете» тоже приводили факты обстрелов с афганской территории автотранспорта с символикой Красного Креста, что являлось грубейшим нарушением норм международного права, или ведении огня по врачам и фельдшерам со стороны боевиков таджикской оппозиции непосредственно на поле боя [7].

Относительно малую в процентном отношении, но значимую с фактологической точки зрения долю публикаций «Медицинской газеты» составляли яркие фронтовые репортажи из таких крупных военных конфликтов постсоветского пространства, как Приднестровье или Таджикистан. Обычно они выходили вскоре после завершения широкомасштабных боевых действий, в период установления хрупкого перемирия между противоборствующими сторонами. Первый репортаж такого рода касался положения в Тирасполе и Бендерах спустя месяц после неудачной попытки Молдовы решить спор в Приднестровье военным путем и был опубликован газетой летом 1992 г. Как писал специальный корреспондент издания Р. Ю. Панюшин, столица непризнанной ПМР (Приднестровская Молдавская республика) выглядела как «тихий, цветущий город», где о недавней войне напоминали большое количество вооруженных бойцов, наступающий по вечерам комендантский час, светомаскировка по ночам, «отдаленный рокот канонады» и ежедневно поступающие в военный госпиталь и республиканскую больницу («лечгородок») в Тирасполе новые раненые с горячих направлений — из Бендер, Рыбницы, Григориополя или Дубоссар [5].

Как вспоминали непосредственные очевидцы, в ночь на 20 июня 1992 г., т.е. после начала штурма Бендер молдавскими силами, военный госпиталь и лечгородок работали «в режиме стихийного бедствия»: только в первое из упомянутых лечебных учреждений практически

единовременно поступили свыше 20 человек, получивших огнестрельные или осколочные ранения, ожоги и контузии [5]. Начальник госпиталя подполковник медицинской службы Б. Ф. Московчук также утверждал, что бригады хирургов в условиях нехватки перевязочного и шовного материала, а также места для размещения всех раненых «сутками не выходили из операционных», отдыхая не более 2–3 ч в день [5]. Носилки с ранеными в те дни медикам приходилось размещать на полу.

Аналогичным образом ситуация развивалась и в лечгородке, многие из работников которого на уик-энд уехали на отдых, после чего фактически оказались за линией фронта и были вынуждены добираться до Тирасполя через территорию Украины. Корреспондент вскользь заметил, что штурм Бендер словно расколос врачей республиканской больницы, поскольку некоторые из них предпочли покинуть город и не вернулись к исполнению обязанностей. Их имена и фамилии журналист Р. Ю. Панюшин по этическим соображениям не стал упоминать [5].

Из данной публикации «Медицинской газеты» следовало, что летом 1992 г. в Приднестровье шла настоящая полномасштабная война. В больничный морг только за первые двое суток поступило свыше 150 тел погибших в ходе ожесточенных боев за Бендеры, в то время как он был рассчитан только лишь на 5 мест. В условиях летней жаркой погоды остро встал вопрос о сохранности трупов, которые, как писал позднее корреспондент «Медицинской газеты», «страшным ковром устилали весь дворик патологоанатомического отделения». Тем не менее заведующему республиканским отделом здравоохранения А. Семко удалось найти 3 рефрижератора и решить данную проблему [5].

Еще одной специфической проблемой, характерной для военного времени, стали вылазки неизвестных снайперов. Пуля одного из них попала в операционную военного госпиталя в Тирасполе непосредственно во время работы хирургов, что в дальнейшем вынудило персонал прибегать к ночной светомаскировке [5].

Еще более серьезными оказались разрушения в городе Бендеры, летом 1992 г. ставшем эпицентром военного противостояния формирований Республики Молдова и непризнанной ПМР. Попавший туда вместе с журналистами из США, Канады, Нидерландов и Чехословакии корреспондент «Медицинской газеты» Р. Ю. Панюшин весьма подробно сообщал читателям и подписчикам о разрушении нового здания местного роддома, считавшегося одним из лучших в СССР. При обстреле города была разрушена уникальная операционная с импортным оборудованием, сгорела автоклавная, а сейф с документами сотрудников и аппарат УЗИ производства японской фирмы Toshiba с большим трудом удалось спасти [5]. В дальнейшем, после начала перемирия в регионе, врачи ежедневно продолжали ездить в развалины роддома с целью спасения оставшихся медикаментов, инструментария и уцелевшего оборудования, для чего им требовалось получение регулярного согласия обеих сторон приднестровского конфликта — как казаков, так и молдавских полицейских [5].

В публикации Р. Панюшина содержится тяжелое с точки зрения санитарии и гигиены описание положения ПМР вскоре после завершения активной фазы противостояния. Вице-президент самопровозглашенной республики А. М. Караман, в недавнем прошлом врач-невропатолог и травматолог, в интервью журналисту «Медицинской газеты» охарактеризовал последствие вооруженного противостояния с Молдавией как «просто

катастрофические, сравнимые разве что с первыми послевоенными годами» для СССР. К ним были отнесены не только 150 тысяч беженцев из Приднестровья, но и разрушение коллекторов, газопроводов, системы канализации в Бендерах и Дубоссарах, резкое ухудшение качества воды в Днестре и, как следствие этого, запрет на ее использование со стороны властей [5]. Особо трагичное положение сложилось в те дни на Кошицком плацдарме, где располагался дом-интернат для психонриков: с началом боевых действий туда было прекращено поступление питьевой воды, в результате чего больные были вынуждены пить воду из пожарного водоема. Летом 1992 г. по этой причине в районе были зарегистрированы 69 случаев брюшного тифа [5].

Учитывая все вышеизложенное, неудивительно, что специальный корреспондент Р. Ю. Панюшин задавался риторическими вопросами о понимании медиками «изначальной преступности любой войны» и масштабов трагедии гражданского населения в зонах конфликтов [5]. Фактически его статья призывала россиян помочь пострадавшему региону. Его призыв был услышан, и вскоре небольшие заметки «Медицинской газеты» лаконично проинформировали общественность о серьезной гуманитарной помощи гражданскому населению Приднестровья со стороны России, переживавшей в тот исторический период острый социально-экономический и политический кризис. Ряд подобных фактов издание приводило летом 1992 г., после прекращения активных боевых действий в регионе. В частности, газета сообщала об отправке из Санкт-Петербурга в Приднестровье грузовика со 100 тысячами метров марли и медикаментами от горожан. В данном случае инициатором выступил скандально известный петербургский предприниматель и политик, председатель АО «Гарант» И. М. Баскин. У Гостиного двора на Невском проспекте, в историческом центре Северной столицы, был создан пункт сбора медицинской помощи для «горячей точки», причем, несмотря на серьезные экономические трудности, очередь из желающих оказать помощь пострадавшему от военных действий Приднестровья горожан не иссякала [8].

Не меньшую активность в эти месяцы проявляли и Москва. Начальник отдела медицинского обеспечения спасательной службы Красного Креста России А. Кашлев в интервью государственному информационному агентству ИТАР-ТАСС сообщил о прибытии в столицу из закрытого города Арзамас-16 (ныне — Саров Нижегородской области) машины с 350 кг медикаментов и перевязочных средств на общую сумму 80 тысяч рублей. Они были закуплены общественными организациями на средства городских предприятий или добровольные пожертвования граждан [9]. Сами лечебно-профилактические учреждения Москвы тоже направляли в городской штаб Красного Креста медикаменты и перевязочные материалы. Наиболее солидным оказался вклад больницы Святого Владимира (ранее — городской клинической № 2 имени И. В. Русакова). Более того, поскольку приднестровские госпитали после боев за Бендеры оказались переполнены ранеными и больными, работая в практически фронтовых условиях нехватки медицинского персонала, примерно в то же время Главное медицинское управление Москвы начало формировать отряды медиков для работы в самопровозглашенной республике сроком на три месяца. Главным мотивационным моментом в данном случае, как заметил корреспондент «Медицинской газеты», выступила трехкратная заработная плата, средства на выплату которой выделил из столичного бюджета лично мэром

Москвы Ю. М. Лужков (1936–2019 гг.). По данным все того же издания, в волонтерах не было недостатка [4].

В следующем году «Медицинская газета» продолжила освещать профессиональную деятельность российских медиков в конфликтах постсоветского пространства и опубликовала большой репортаж из охваченной кровопролитной гражданской войной Республики Таджикистан (РТ). Специальный корреспондент издания Ф. Смирнов прибыл в «горячую точку» бывшей советской Средней Азии в феврале 1993 г. в составе группы журналистов из России, США, Японии, Китая, Германии и других стран мира. Инициатором данной поездки выступил лично Председатель Верховного Совета республики Э. Ш. Рахмонов (с 1994 г. по настоящее время — президент Республики Таджикистан, с 2007 г. сменил имя на Э. Рахмон), поэтому в вышедшей позднее публикации «Медицинской газеты» отчетливо видны следы информационного противостояния официального Душанбе и сил Объединенной таджикской оппозиции (ОТО), а ряд оценок происходивших в республике непростых событий носили откровенно политический и, в силу этого, односторонний характер [10].

Так, к примеру, корреспондент Смирнов утверждал, что большая часть коренного населения республики возлагает основную вину за развязывание гражданской войны в Таджикистане на лидеров исламской оппозиции, так как они «посеяли в сердцах людей семена ненависти, которые дали ядовитые всходы» [10]. По мнению журналиста, ссылавшегося на информацию от местных спецслужб, таджикские оппозиционеры воспользовались сложившимся издавна взаимным недоверием жителей различных районов республики и столкнули тех между собой. Они стремились создать так называемые исламские больницы, для чего вытесняли из медицинских учреждений тех руководителей и врачей, что не разделяли их религиозно-политических убеждений или относились к этническим меньшинствам республики. Например, в совхозе имени XXV партсъезда Курган-Тюбинской области 23 врача-таджика организовали забастовку, длившуюся около трех недель и завершившуюся увольнением местного главного врача — опытного специалиста, узбека по национальности [10]. Осенью 1992 г. вооруженные оппозиционеры похитили главного врача одной из районных поликлиник той же области, его дальнейшая судьба на момент выхода статьи Ф. Смирнова оставалась неизвестной [10].

Деструктивность действий исламской оппозиции журналист «Медицинской газеты» видел и в экономике. Например, совхоз «Туркменистан», созданный в советский период в полупустыне и являвшийся в то время одним из крупнейших в республике, был фактически разрушен: из более чем 10 тысяч работников остались единицы, были разрушены практически все жилые дома, а урожай хлопка 1992 г. так и не был убран. Совхоз был превращен в базу формирования оппозиции, которая блокировала дороги в районе, устраивала многочисленные зверские расправы над неугодными и совершала другие противоправные действия. Упоминания о превращении бывшего Дома культуры совхоза в концлагерь, а бани — в камеру пыток, умерщвлении заключенных паром с сильной концентрацией хлора и расстрелах десятков мирных жителей на территории водоочистных сооружений бывшего совхоза могли вызвать у читателей данной статьи прямые ассоциации с действиями нацистов на территории Советского Союза в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. [10].

Журналист задавался риторическим вопросом, можно ли забыть и простить подобные преступления, и в качестве ответа пересказывал судьбу шофера «скорой помощи» из райцентра Куляб С. Шарипова. Представитель вполне мирной профессии был вынужден уйти на военную службу в отряды правительственного Народного фронта и стать водителем бронетранспортера, так как не желал повторения произошедших событий уже в жизни собственных детей.

Другим, уже чисто медицинским последствием гражданской войны в Таджикистане, Ф. Смирнов считал эпидемические вспышки в республике. В конце 1992 г. в ряде районов южной Хатлонской области вспыхнул гелиопронный гепатит — было зарегистрировано до 5 тысяч случаев этого заболевания, в том числе более 70 человек стали его жертвами [10]. Причиной специальный корреспондент «Медицинской газеты» полагал острую нехватку продовольствия на юге Таджикистана вследствие длительной блокады со стороны исламистов. Урожай пшеницы местные крестьяне смогли собрать позднее нормы, поэтому зерно оказалось отравлено ядовитым сорняком — гелиотропом. Пораженными оказались многие колхозы и совхозы юга страны. Изготовленный из неочищенной пшеницы хлеб и привел к вспышке болезни. Весьма примечательно, что сами заболевшие единогласно обвиняли в отравлении зерна боевиков оппозиции. Болезнь, как передавал Смирнов, протекала крайне сложно и мучительно для пациентов: функция печени нарушалась так, что в брюшной полости скапливалось большое количество жидкости, живот раздувался, как воздушный шар [10].

Таджикским властям приходилось размещать больных в местных больницах, амбулаториях, школах, детских садах и гостиницах, а наиболее тяжелые пациенты были направлены в республиканский Институт гастроэнтерологии или в медицинские учреждения города Душанбе. Министр здравоохранения РТ А. Ахмедов и ведущие гастроэнтерологи республики регулярно выезжали в охваченные болезнью районы для оказания помощи местным врачам. Помощь Таджикистану в той трудной ситуации оказывали государства ближнего и дальнего зарубежья, а также представители Международного Красного Креста и Красного Полумесяца. В частности, врачи из соседнего Узбекистана оборудовали передвижной госпиталь на 50 коек в пораженных эпидемической вспышкой районах [10]. Немаловажной в преодолении болезни была и помощь главного союзника — России. В феврале 1993 г. в Таджикистане побывал лично министр обороны РФ Герой Советского Союза генерал армии П. С. Грачев (1948–2012 гг.), после чего дислоцированные в РТ части и подразделения российской армии безвозмездно передали населению районов, пострадавших от гелиотропного гепатита, до 8 тонн медикаментов [10]. Позднее начальник военного госпиталя в Душанбе А. Гафаров доставил гуманитарную помощь в Пархарскую районную больницу и лично выделил на нужды жителей 5 тысяч рублей. Его примеру последовали подчиненные [10]. Совместными усилиями удалось добиться позитивного результата в борьбе с тяжелым заболеванием.

Немалую часть упомянутого газетного репортажа из «горячей точки» занимал рассказ о работе Республиканской клинической больницы имени А. М. Дьякова (Душанбе) в военных условиях. К началу февраля 1993 г. в ее стенах находились до 80 больных гелиотропным гепатитом, примерно половину из них составляли дети [10]. Со

ссылкой на соответствующие отзывы самих пациентов, журналист «Медицинской газеты» весьма похвально отзывался о работе персонала больницы: именно врачи названного лечебного учреждения смогли оказать по-настоящему квалифицированную помощь заболевшим. Курс лечения включал строгий постельный режим, диету, богатую белками и углеводами, витаминотерапию, гепатопротекторы, мочегонные, дезинтоксикационные, при необходимости — гормональные препараты. След продолжавшейся гражданской войны в республике ощущался в том, что, помимо больных гелиотропным гепатитом, в больнице находились также 30–40 пациентов с огнестрельными ранениями — жертв недавних ночных стычек [10]. Смирнов особо подчеркивал, что в ноябре-декабре 1992 г. обстановка была еще хуже: все лечебные учреждения Душанбе были переполнены ранеными, а работа скорой помощи в городе была практически парализована из-за отсутствия бензина и страха самих врачей перед вооруженными бандами [10]. Терапевт республиканской больницы А. Тилоев в интервью «Медицинской газете» отметил также широкое распространение таких заболеваний, как пневмония, бронхит, язвенная болезнь, белковое голодание и грипп. Этот факт он также объяснял недавними тяжелыми боями в Душанбе и, как следствие этого, наличием многочисленных беженцев, снижением иммунитета у граждан из-за сильного стресса, нехваткой продовольствия и медикаментов, в частности, антибиотиков. Тилоев прямо заявил, что «пока спасает только гуманитарная помощь» [10], в том числе от России.

Немаловажное внимание печать тех лет уделяла высокой квалификации и профессиональным успехам российских медиков в «горячих точках» постсоветского пространства. Например, в репортаже «Медицинской газеты» из Таджикистана содержался подробный рассказ о деятельности военного врача капитана О. Крысенко — выпускника военно-медицинского факультета Томского медицинского университета, который нес службу в десантно-штурмовой маневренной группе (ДШМГ) российских пограничных войск в этой горной республике и в течение двух лет был награжден медалями «За отвагу», «За службу в Таджикистане» и «За отличие в воинской службе» I степени. Служба О. Крысенко в условиях боевых действий в Средней Азии была крайне сложной. В некоторых случаях, как отмечал собственный корреспондент «Медицинской газеты» А. Л. Папырин, он и другие бойцы ДШМГ попадали в окружение боевиков таджикской оппозиции. Даже обычный боевой выход пограничников в высокогорье в полном боевом снаряжении часто приводил к необходимости оказывать первую медицинскую помощь при растяжениях, гематомах или острых гастроэнтероколитах. В этом врач Крысенко также преуспел [6].

Один из эпизодов боевой деятельности офицера-медика заслужил пристального внимания в упомянутой публикации «МГ». События на таджикско-афганской границе именовались в издании «войной», причем «не только вооруженной, открытой, но и минной, террористической». Публикация была призвана фактически доказать данный тезис [6]. Во время боевой операции в Язгулемском ущелье в сентябре 1994 г. Крысенко сопровождал ДШГ, обнаружившую в пещере близ развалин пограничного кишлака Сафи-Санг убежище противника. Основные силы таджикских и афганских исламистов отступили, трофеями российских военных стали брошенное снаряжение, боеприпасы, а один раненый боевик был задержан. Однако в результате подрыва фугаса погибли 6 пограничников,

а еще трое получили тяжелые ранения [11]. Среди раненых оказался лейтенант Ефремов, которому военврач Крысенко «очень умело, грамотно оказал первую помощь»: «обработал, забинтовал множественные ранения левой половины лица, шеи, конечностей, грудной клетки». Позднее раненый офицер на вертолете был доставлен в госпиталь российских погранвойск в Душанбе, где его жизнь спасли военные хирурги из Центрального госпиталя в Голицыне [6].

Медицинские специалисты, служившие в 1990-е гг. в составе Группы Федеральной пограничной службы в Таджикистане, сами по себе фактически являлись положительной агитацией России в «горячей точке» бывшей советской Средней Азии. Как замечал собственный корреспондент «Медицинской газеты» А. Л. Папурин, коллектив первого окружного госпиталя российских пограничников в Душанбе оказывал помощь пострадавшим и заболевшим военнослужащим таджикской армии вне зависимости от их регионального происхождения [12]. Отметим, что сделать это было непросто: гражданская война, шедшая в республике в 1992–1997 гг., во многом велась по клановому признаку, а большую часть личного состава пограничных войск по причине его хронического недокомплекта составляли именно местные жители. Прямым отличием от действий местных исламистов стало стремление российских военных врачей помогать абсолютно всем пациентам, подчас даже противнику — боевикам ОТО (объединенная таджикская оппозиция).

Квалифицированную медицинскую помощь с их стороны получали даже нарушители таджикско-афганской государственной границы. Одного такого пациента — афганца, получившего огнестрельное ранение при попытке переправы через реку Пяндж, журналист «Медицинской газеты» обнаружил в медпункте Хорогского пограничного отряда [7]. Между тем, как сообщали российские журналисты, противник не проявлял аналогичных рыцарских качеств. На всей территории Таджикистана служба военных медиков в те годы была крайне небезопасной. Как сообщал заведующий отделением травматологической хирургии военного госпиталя в Душанбе Д. Конев, во время одной из обязательных месячных командировок на пограничную реку Пяндж российские врачи оказались в окружении боевиков ОТО. При этом товарищ Конева, врач Центральной районной больницы, был убит местными вооруженными оппозиционерами «только за то, что он оказывал помощь всем», а не только сторонникам официального правительства республики [12]. Весьма примечательным можно считать и тот факт, что весной 1995 г., во время полномасштабных боевых действий на пограничном посту «Дашти-Язгулем», боевики ОТО захватили грузовик с тяжелоранеными военными, после чего избили и едва не расстреляли по обвинению в предательстве хирурга госпиталя в Хороге М. Абдуллобекова — таджика по национальности. Избежать гибели врач сумел лишь потому, что за него вступился один из боевиков, чью жену Абдуллобеков ранее успешно прооперировал [7].

Освещая вооруженные конфликты 1990-х гг. на постсоветском пространстве, «Медицинская газета» акцентировала внимание на целом ряде аспектов. Во-первых, в отличие от публичных высказываний политиков, издание скорее предпочитало апеллировать не к государственным интересам России, а к общегуманистическим моментам. Например, описывая расстрел грузинскими боевиками колонны осетинских беженцев на Зарской дороге 20 мая 1992 г., газета отметила, что «... выстрелы на Военно-Грузинской

дороге — это выстрелы в нас» [13]. Чуть позже редакция «Медицинской газеты» особо отметила факт оказания ею финансовой и организационной помощи инженеру из Тирасполя Л. Голубь в приобретении лекарств для больного сына в московских аптеках. Аргументация журналистов была предельно проста и человечна: «ведь еще совсем недавно все мы жили мирно и дружно. На всех хватало и территории, и свободы». Заметка завершалась пожеланием женщине и ее сыну выйти живыми и невредимыми из кризиса в Приднестровье [14]. После возвращения из Таджикистана журналист Ф. Смирнов также призывал российских читателей к состраданию по отношению к попавшим в беду жителям этой республики и других «горячих точек» СНГ [10].

Во-вторых, газета стремилась стать трибуной, призывавшей всех медиков постсоветского пространства к активным действиям, под которыми понималось объединение усилий в антивоенной борьбе. В частности, на первой странице первомайского номера «Медицинской газеты» за 1992 г. была опубликована телеграмма с характерным заголовком «Боль щемит наши сердца» за подписью министра здравоохранения Узбекистана Ш. Каримова и ряда известных узбекских врачей, призывавших медицинскую общественность стран СНГ помочь политикам в урегулировании конфликтов в Нагорном Карабахе, Южной Осетии и других регионах бывшего СССР. Подписанты требовали «остановить кровопролитие и решать проблемы цивилизованными мирными путями», для чего предлагали «собраться в одной из республик, обсудить ситуацию и выступить единым фронтом против насилия и кровопролития» [15].

Спустя примерно полгода, после вспышки насилия в Пригородном районе Северной Осетии [16], с призывом о создании движения врачей против национальной розни выступил уже министр здравоохранения Кабардино-Балкарии М. Л. Беров [17]. Редакция «Медицинской газеты» полностью поддержала его призыв, заявив, что цель медицинской профессии — «не разжигать, а гасить пламя возникших пожаров» [17]. Ту же мысль высказал и специальный корреспондент издания в Нальчике Ю. Блиев [18]. Словно в подтверждение их слов в газетном номере от 20 ноября 1992 г. были опубликованы фотоматериалы корреспондента агентства ИТАР-ТАСС А. Косинца от 8 ноября того же года, запечатлевшие военные будни Северного Кавказа: десятки трупов ингушских жителей Пригородного района на площади во временной столице Ингушетии Назрани, так и обед для беженцев у полевой кухни российской воинской части во Владикавказе. Спустя еще несколько месяцев в «Медицинской газете» был опубликован призыв оргкомитета Международного движения «Врачи против насилия, межнациональных конфликтов и гражданских войн» от 24 марта 1993 г. к президентам, парламентам, правительствам всех стран постсоветского пространства, особенно РФ, «найти дорогу к согласию и ненасильственному разрешению противоречий» [19]. Впоследствии данная организация выразила миролюбивый настрой и во время военной кампании 1994–1996 гг. в Чечне [20]. Таким образом, в публикациях «Медицинской газеты», посвященных вооруженным конфликтам постсоветского пространства 1990-х гг., прослеживается четко выраженный миролюбивый, гуманистический настрой. Издание позиционировало врачей как истинных миротворцев, способных остановить насилие между бывшими соотечественниками.

Литература

1. Тризман Д. История России. От Горбачева до Путина и Медведева. М. Эксмо. 2012; 160.
2. де Ваал Т. Черный сад. Армения и Азербайджан между миром и войной. М. Политическая энциклопедия. 2014; 277.
3. Семенов А. Не стреляйте в «скорую». Медицинская газета. 3 апреля 1992.
4. Юрьев Б. Не Москва ль за вами? Медицинская газета. 17 июля 1992.
5. Панюшин Р. На прицеле была жизнь... Медицинская газета. 14 августа 1992.
6. Папырин А. Служба дни и ночи. Медицинская газета. 17 июля 1996.
7. Соколов В. Хорог. Хирург. Характер. Медицинская газета. 5 июля 1996.
8. Сердобольская Л. В очередь за помощью. Медицинская газета. 8 июля 1992.
9. Рейды милосердия в Приднестровье. Медицинская газета. 17 июля 1992.
10. Смирнов Ф. Таджикская трагедия. Медицинская газета. 12 марта 1993.
11. Мусалов А. Н. Таджикистан 1992–2005: Война на забытой границе. М: Яуза-каталог. 2022; 270–278.
12. Папырин А. На службе в госпитале. Медицинская газета. 7 августа 1996.
13. Чужого горя не бывает. Медицинская газета. 29 мая 1992.
14. Ефимова Н. Лекарства в «горячую точку». Медицинская газета. 3 июля 1992.
15. Боль щемит наши сердца. Медицинская газета. 1 мая 1992.
16. Тумаков Д. В. Осетино-ингушский вооруженный конфликт 1992 года в освещении российской центральной печати. *Historia provinciae — Журнал региональной истории*. 2022; (2): 439–484.
17. Беров М. Врачи мира против межнациональных конфликтов. Медицинская газета. 20 ноября 1992.
18. Блиев Ю. Люди одной судьбы. Медицинская газета. 20 ноября 1992.
19. Заявление оргкомитета Международного комитета «Врачи против насилия, межнациональных конфликтов и гражданских войн». Медицинская газета. 26 марта 1993.
20. Тумаков Д. В. Российские медицинские работники и первая чеченская война 1994–1996 гг.: некоторые аспекты деятельности. *Вестник Санкт-Петербургского государственного университета технологии и дизайна*. 2019; (3): 160–166.

References

1. Treisman D. Istorija Rossii. Ot Gorbachyova do Putina i Medvedeva. Moscow. Eksmo. 2012. Russian.
2. de Vaal T. Chyornyj sad. Armenia i Azerbajdzhan mezhdru mirom i vojnoj. Moscow: Politicheskaja enciklopedija. 2014; 277. Russian.
3. Semyonov A. Ne strelyajte v «scoruyu». Meditsinskaya gazeta. 1992. 3 aprelya. Russian.
4. Yourijev B. Ne Moskva l' za vami? Meditsinskaya gazeta. 1992. 17 ijulya. Russian.
5. Panyushin R. Na pritsele byla zhizn... Meditsinskaya gazeta. 1992. 14 avgusta. Russian.
6. Papyrin A. Sluzhba dni i nochi. Meditsinskaya gazeta. 1996. 17 ijulya. Russian.
7. Sokolov V. Khorog. Khirurg. Harakter. Meditsinskaya gazeta. 1996. 5 ijulya. Russian.
8. Serdobolskaya L. V ochered za pomoschyu. Meditsinskaya gazeta. 1992. 8 ijulya. Russian.
9. Rejdy miloserdia v Pridnestrovye. Meditsinskaya gazeta. 1992. 17 ijulya. Russian.
10. Smirnov F. Tadjikskaya tragedija. Meditsinskaya gazeta. 1993. 17 marta. Russian.
11. Musalov AN. Tadjikistan 1992–2005: Vojna na zabytoj granitse. Moscow: Yauza-katalog. 2022; 270, 278. Russian.
12. Papyrin A. Na sluzhbe v gospitale. Meditsinskaya gazeta. 1996. 7 avgusta. Russian.
13. Chuzhogo gorya ne byvaet. Meditsinskaya gazeta. 1992. 29 maya. Russian.
14. Efimova N. Lekarstva v «goryachuju tochku». Meditsinskaya gazeta. 1992. 3 ijulya. Russian.
15. Bol shchemit nashi serdtsa. Meditsinskaya gazeta. 1992. 1 maya. Russian.
16. Tumakov DV. Osetino-ingushskij konflikt 1992 goda v osveshchenii rossijskoj tsentralnoj pechati. *Historia provinciae — Zhurnal regionalnoj istorii*. 2022; (2): 439–484. Russian.
17. Berov M. Vrachy mira protiv mezhnatsionalnykh konfliktov. Meditsinskaya gazeta. 1992. 20 noyabrya. Russian.
18. Bliev Y. Lyudi odnoy sudby. Meditsinskaya gazeta. 1992. 20 noyabrya. Russian.
19. Zayavlenije orgkomiteta Mezhdunarodnogo komiteta «Vrachy protiv nasiliya, mezhnatsionalnykh konfliktov i grazhdanskih vojn». Meditsinskaya gazeta. 1993. 26 marta. Russian.
20. Tumakov DV. Rossijskije meditsinskije rabotniki i pervaja chechenskaja vojna 1994–1996 gg.: nekotoryje aspekty deyatelnosti. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta tehnologii i dizayna*. 2019; (3): 160–166. Russian.

ПРАВОСЛАВНАЯ ЭТИКА ВЛАДИМИРА СОЛОВЬЕВА И МИСТИЧЕСКАЯ ЭТИКА ДАНТЕ АЛИГЬЕРИ

О. В. Козлова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье предпринят сравнительный анализ православной этики русского религиозного философа Владимира Соловьёва и мистической этики представителя эпохи Возрождения Данте Алигьери. Цель исследования: выявить моменты соприкосновения этических концепций этих двух столь несхожих философов. Для сравнения выбраны две работы: «Чтения о Богочеловечестве» В. С. Соловьёва и «Божественная комедия» Данте. Исследуются этика отвлечения человека от природных начал и обретение личностью метафизического существования. Рассматриваются три ступени этического развития человека в концепции В. С. Соловьёва. Показано, что в процессе этического развития личность человека воспринимает Божественное начало и воссоединяет с ним природу. Отмечено, что у Соловьёва этическое развитие есть положительный и объективный процесс — богочеловеческий процесс. Значительное место уделено символически метафизическому пониманию этики в «Божественной комедии» Данте Алигьери. Указано, что Данте показывает неиссякаемый источник возможностей для человека преодолеть бремя земного существования и обратиться к подлинной этике божественного откровения. Делается вывод о том, что и Данте Алигьери и В. С. Соловьёв пришли к осознанию того, что религиозное начало в человеке является единственным действительным осуществлением свободного этического процесса.

Ключевые слова: этика, этический процесс, гуманизм, божественное начало, мировоззрение, природа, человек, личность, свобода, религиозная философия

✉ **Для корреспонденции:** Ольга Валерьевна Козлова
ул. Кедрова, д. 8, кв. 10, Ярославль, 150000, Россия; olgakozlova.1997@mail.ru

Статья поступила: 28.02.2025 **Статья принята к печати:** 17.03.2025 **Опубликована онлайн:** 31.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.037

ORTHODOX ETHICS OF VLADIMIR SOLOVYOV AND MYSTICAL ETHICS OF DANTE ALIGHIERI

Kozlova OV ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article provides a comparative analysis of the Orthodox ethics of the Russian religious philosopher Vladimir Solovyov and the mystical ethics of the Renaissance representative Dante Alighieri. The aim of the study is to identify points of contact between the ethical concepts of these two very different philosophers. Two works were selected for comparison: "Readings on God-Manhood" by V. S. Solovyov and "The Divine Comedy" by Dante. The ethics of man's abstraction from natural principles and the acquisition of a metaphysical existence by the individual are explored. Three stages of human ethical development are considered in the concept of V. S. Solovyov. It is shown that in the process of ethical development, the human personality perceives the Divine principle and reunites nature with it. It is noted that for Solovyov, ethical development is a positive and objective process — a divine-human process. A significant place is devoted to the symbolic-metaphysical understanding of ethics in Dante Alighieri's Divine Comedy. It is indicated that Dante shows an inexhaustible source of possibilities for man to overcome the burden of earthly existence and turn to the true ethics of divine revelation. It is concluded that both Dante Alighieri and V. S. Solovyov came to the realization that the religious principle in man is the only real implementation of the free ethical process.

Key words: ethics, the ethical process, humanism, divine principle, worldview, nature, a person, personalities, freedom, religious philosophy

✉ **For correspondence:** Olga V. Kozlova
Kedrova st., 8, apt. 10, Yaroslavl, 150000, Russia; olgakozlova.1997@mail.ru

Received: 28.02.2025 **Accepted:** 17.03.2025 **Published online:** 31.03.2025

DOI: 10.24075/medet.2025.037

В современных условиях представляется важным сопоставить мистическую этику Данте — представителя европейской общественной мысли и этическую концепцию Владимира Сергеевича Соловьёва — крупнейшего представителя русской религиозной философии. Важно обратить внимание не только на оригинальные стороны религиозной этики в России, но и более глубоко понять особенности и традиции русской культуры и характер ее взаимодействия с культурой народов других стран и других эпох. «Рефлексия — это присвоение нашего усилия существовать и нашего желания быть через произведения, свидетельствующие об этом усилии и об этом желании» [1], — справедливо отмечал Поль Рикер. В этой связи сопоставление столь несхожих мыслителей должно быть апофеозом непреходящих этических ценностей.

Данте Алигьери ввел в систему средневекового схоластического мышления гуманистическую традицию. Представления о греховности природного бытия были для

него лишь отправной точкой размышлений. Абстрактные формулы оправдания Добра, обоснование трансцендентной сущности Божественного начала, предпринятые представителями средневековой философии, рассматривались Данте как основания для рассуждений о подлинных добродетелях человека. Р. Гвардини отмечает, что Данте выражает свои мысли не на основе точных теорий, а символически; им движет стремление формировать образы, его мировоззрение конструируется умозрительно [2]. Философия Данте Алигьери есть вызов средневековой эпохе. В удовлетворении своих потребностей человек, в изображении Данте, стремится освободить свои творческие силы. Поэтому, можно сказать, что Данте выходит за пределы своей эпохи, а его творчество становится прологом гуманистической этики эпохи Возрождения. «Данте с глубочайшей серьезностью и без остатка предан Средневековью, но при этом он стоит как раз на границе этого Средневековья, и часть его

человеческого существования уже за его пределами» [2], — пишет Р. Гвардини.

Определение нравственной основы человека В. С. Соловьев раскрывает через разработку всеобъемлющей религиозно-философской концепции свободы. Процесс взаимопревращения несвободы в свободу предполагает деятельность человеческого разума, в котором содержатся запасы человеческих знаний и посредством которого реализуется этический процесс. Тем самым Соловьев полагает условия движения познания, а затем и деятельности от несвободы к свободе. При этом этический процесс движения человека от осмысления природного бытия к рассмотрению оснований Божественного бытия начинается и у Данте, и у Соловьева с мистического чувства. Поэтому попытка найти точки соприкосновения идей Данте Алигьери и Владимира Соловьева, несомненно, имеет большое значение.

В. С. Соловьев и Данте Алигьери, каждый по-своему, аккумулировал достижения в сфере духовной культуры своей эпохи. Соловьев произвел значительный резонанс в рамках своей эпохи, способствуя, в частности, формированию в сфере этики новых пластов и направлений философского исследования. Нашему поколению предстоит заново искать ориентиры в истории философской мысли прошлых эпох. Исследователи находят свою дорогу и к творчеству Данте Алигьери, и к творчеству В. С. Соловьева. «Великие творения человеческого духа подобны горным вершинам: их белоснежные пики поднимаются перед нами все выше и выше, чем дальше мы от них отходим» [3], — писал С. Н. Булгаков.

Несмотря на все разнообразие этических взглядов В. С. Соловьева и Данте Алигьери, их внимание к человеку, их глубочайший анализ земного и Божественного бытия объединяет этих мыслителей и позволяет найти ориентиры к созданию целостного философского мировоззрения. В этой связи возникает вопрос, поставленный еще С. Н. Булгаковым: «Возможно ли мировоззрение, стоя на почве которого, можно было бы быть и материалистом, т.е. мыслить себя в реальном единстве с природой и человеческим родом, но, вместе с тем, утверждать и самобытность человеческого духа с его запросами, с его постулатами о сверхприродном, Божественном бытии, освещающем и осмысливающим собой природную жизнь?» [3]. Именно Булгаков подчеркивает универсальность этических концепций. Положительное всеединство Соловьева Булгаков называет организмом живых идей. По мнению С. Н. Булгакова, чтобы найти аналогичную Соловьеву комбинацию дарований в одном лице, исследователям придется в истории мысли отступить глубоко назад. Это мировоззрение, о котором писал Булгаков, проявляется в зачаточном состоянии у Данте Алигьери и достигает целостности у Владимира Сергеевича Соловьева. «Ведь именно В. С. Соловьев — тот мыслитель, чья философия собрала в единый пучок русскую мысль и дала направление ее развитию вперед вот уже на второе столетие» [4], — совершенно точно отмечает М. В. Максимов.

В. С. Соловьев исходит из положения о том, что первоначально человек имеет три основных элемента: во-первых, природу, т.е. данную наличную действительность; во-вторых, Божественное начало как искомым цель и содержание, открывающееся постепенно; в-третьих, личность, субъект жизни и сознания. По мнению мыслителя, именно личность человека, воспринимая Божественное

начало, воссоединяет с ним природу, превращая ее из случайного существования в должное бытие.

Согласно концепции философа, само понятие откровения предполагает, что открывающееся Божественное существо первоначально скрыто, т.е. не дано как таковое. Мыслитель утверждает, что Бог для человека существует и действует, но не в своей собственной определенности, а в своем другом, т.е. в природе: «Божественное начало, как безусловное и, следовательно, всеобъемлющее, обнимает и природу (но не обнимается ею, как большее покрывает меньшее, но не наоборот)» [5]. В. С. Соловьев объявляет такого рода представление первой ступенью религиозного развития, на которой Божественное начало скрыто за миром природных явлений, и прямым предметом религиозного сознания являются лишь служебные существа и силы, непосредственно действующие в природе и определяющие материальную жизнь и судьбу человека. Мыслитель называет эту ступень естественным, непосредственным откровением, или политеизмом.

Данте Алигьери в Божественной комедии пишет о завуалированности Божественного начала в природной жизни:

«Чем совершенней наше существо,
Тем более доступно для блаженства
И горестей. Далеко от совершенства
Их жалкий род, но жаждет он его
И в помыслах своих стремится к благу» [6].

Созвучие мыслей Данте с идеями Соловьева здесь можно увидеть в том смысле, что человек в младенчестве определен лишь природными инстинктами, но, взрослея, он начинает тянуться к благу, видя совершенство в Боге. С другой стороны, у Данте, как и у Платона, пределом восхождения является идея блага как высшая идея. По мнению Данте, когда кто-нибудь делает попытку рассуждать, он, минуя ощущения, посредством одного лишь разума, устремляется к сущности предмета и не отступает, пока при помощи самого мышления не достигнет сущности блага.

На следующей, второй, ступени религиозного развития, согласно концепции Соловьева, Божественное начало открывается в своем различии и противоположности с природой как ее отрицание, или ничто — отсутствие природного бытия, отрицательная свобода от него.

Отрицательная свобода, в понимании В. С. Соловьева, должна быть лишена всякой положительной особенности и индивидуальности: «такая отрицательная свобода есть свобода пустоты, свобода нищего» [5]. Поэтому эту ступень, отличающуюся по существу пессимистическим и аскетическим характером, мыслитель называет отрицательным откровением. Эту отрицательную свободу Данте мистически показывает в сцене потери человеком своего облика:

«Втянулись уши в голову и лик
В змеиное вытягивался рыло.
Тут у него раздвоился язык
А у змеи раздвоенное жало
Ее срослось. Тогда как надлежало,
Дух, зверем став, со свистом убежал,
А змей переродившийся сказал,
Плюя вослед: — «Исполнилась угроза!
Подобно мне, пусть ползает Бузо»» [6].

Именно олицетворение отрицательной свободы Данте, как и многие русские философы, видел в фигуре змея, который, согласно библейскому сюжету, заставил Еву и Адама съесть яблоко с дерева познания. Появившаяся в этой связи свобода воспротивиться Богу и есть отрицание божественной воли — отрицательная свобода. Перерождение души грешника в змея — это метафора, позволяющая понять смысл грехопадения. Здесь мы видим, что символически мистическое понимание человеческого существования и кара за грехи выступают в роли вечной истины в Божественной комедии Данте. Важно отметить, что ярко выраженные чувства противоборства человека, оказавшегося в аду, «проистекают не от космических сил, не от безжалостных и сверхчеловеческих битв между силами Бога и силами Сатаны. Скорее они выражаются на языке взаимоотношений» [7], — писал Б. Килборн. Благодаря этому материя, плоть, судьба человека и восприятие реальности обретают новую взаимосвязь. Читатель начинает верить в реальность тех картин и образов, которые показывает Данте в своем гениальном произведении. Анализируя библейский сюжет о грехопадении, американский психоаналитик Б. Килборн показывает, что происходил смысловой сдвиг понятия «человеческих оплошностей» к понятию наказуемого греха, он рассматривал фигуру змея как проявление Сатаны.

В этой связи возникают следующие вопросы: какая реальность более значима? Реальность земной жизни или реальность пребывания души после смерти в аду? Можно ли здесь прибегнуть к помощи здравого смысла? В этом плане представляется актуальным обратиться к концепциям К. Г. Юнга и Г. Башляра. К. Г. Юнг в работе «Трансцендентальная функция» отмечал, что сама рациональность здравого смысла может быть самым худшим из предубеждений, поскольку мы называем результатом то, что нам таковым кажется [8]. Не взирая на здравый смысл, читатель оказывается в новой реальности образов, нарисованных Данте. Здесь речь идет «о реализме как бы второго уровня, противостоящем обычному пониманию действительности, находящемуся в конфликте с непосредственным» [9], — очень точно указывает Г. Башляр в своей книге «Новый научный дух». Именно мистическое чувство, дающее толчок этическому процессу, Г. Башляр и называет реализмом второго уровня. Показывая муки грешников, Данте идет путем аллегории, пытается показать источник размышлений об этических ценностях человека. Отсюда мы видим, что мысль Данте имеет метафизические основания.

На третьей ступени религиозного развития в концепции Соловьева Божественное начало последовательно открывается в своем собственном содержании, т.е. в том, что оно есть само в себе и для себя. Мыслитель указывает на то, что человек совмещает в себе всевозможные противоположности, которые все сводятся к противоположности между безусловным и условным, между абсолютной сущностью и преходящим явлением. Поэтому важнейшей целью для философа становится установление статуса человека в общей связи истинно сущего. В этом плане главным для Соловьева является осмысление «в целостности божественного существа двоякого единства» [5]. С одной стороны, русский философ рассматривает производящее единство — единство божественного творчества Слова (Логоса). С другой стороны — единство производенное, осуществленное. Этому второму — осуществленному единству — Соловьев

дает мистическое имя «София». Именно производенное, осуществленное единство, в понимании мыслителя есть начало человечества, или идеальный, этический человек. Следовательно, для того, чтобы Бог вечно существовал как Логос и как действующий Бог, необходимо предположить вечное существование реальных элементов, воспринимающих божественное действие, или же предположить существование мира как подлежащего божественному действию, как дающее в себе место божественному единству: «Собственное же, то есть производенное единство этого мира, — центр мира и вместе с тем окружность Божества и есть человечество» [5].

Данте показывает единство человеческой души и Бога, растворенность живых существ в Божестве. Место Божественной «Софии» Соловьева, у Данте занимает связующая человечество и Бога сущность в виде Божественного закона:

«...Связует воедино
Все в мире сущее божественный закон;
Ему благодаря, Всевышний отражен
В творении Своем. Безгрешные созданы
Здесь видят яркий след могущества Творца,
К кому закон Его влечет их без конца» [6].

Данте мыслит идею человеческого существования исходя из традиционных представлений, а Божественному закону придает новый смысл, который можно считать прологом осмысления Божественного откровения в концепции В. С. Соловьева.

Именно на первой ступени Божественного откровения, согласно концепции В. С. Соловьева, Божественное начало познается только в существах и силах природного мира, сама природа получает Божественное значение, признается чем-то безусловным, самосущим. По мнению философа, в этом общий смысл натуралистического сознания: здесь человек не удовлетворяется наличной действительностью, ищет другого безусловного, но ищет и думает находить его в сфере природного материального бытия, а поэтому и попадает под власть сил и начал, действующих в природе, впадает в рабство «немогущим и скудным стихиям» природного мира. Так как человеческая личность отличается себя от природы, и таким образом оказывается не природным только существом, а чем-то другим и большим природы. Как считает мыслитель, власть природных начал над человеческой личностью не может быть безусловной. Эта власть дается природе самой человеческой личностью: «природа господствует над нами внешним образом лишь потому и столько, поскольку мы ей внутренне подчиняемся» [5]. В этом плане Ф. Нэтеркотт отмечает, что «Соловьев утверждал первичность жизни, подчиняя ей теоретическую мысль» [10].

В. С. Соловьев указывает на то, что в природном бытии каждое существо может быть одним из многих, только частным, а всеединство и абсолютность этого существа выражаются только в стремлении быть этическим существом. Мыслитель утверждает, что именно в человеческой форме каждое существо идеально есть «Всё», так как может всё заключать в своем сознании. Таким образом, по Соловьеву, всеединство, вечно существующее в Божественном начале, перешедшее в чистую потенцию в природном бытии, идеально восстанавливается в человечестве. Поэтому философ

указывает на то, что в природе каждое существо является условным и преходящим. И только в Боге, в своем абсолютном начале это существо может быть вечным и безусловным.

В этой связи, мы видим у Данте призыв к преодолению земного существования, которое он определяет как жалкое — аналог условного и преходящего существования человека у Соловьева. А стремление к добру и «свету знания» можно трактовать как стремление к безусловному бытию. Поэтому в творчестве Данте можно увидеть сплав страстей сердца и мысли, который выступает как соединение субъективного и метафизического:

«Не для того на свет мы рождены,
Чтоб жалкое влачить существование,
Но до конца за истиной должны
Стремиться мы к добру и к свету знания!» [6].

Согласно концепции Данте, пока мы имеем тело, мы мертвы, ибо фундаментально мы есть благодаря душе, а душа, пока она в теле, — она, как в могиле, значит, умерщвлена. Смерть тела — это жизнь, ибо душа освобождается от неволи. Тело — корень всех зол, источник нездоровых страстей, неприязни, несогласия, невежества и просто безумия. Положения мыслителя основаны на метафизическом различии души (интеллигибельной сущности) и тела (чувственного существа). Тело человека подвержено грехам, за которые человек должен нести кару. Возникает вопрос: возможно ли человеку когда-либо освободиться от своей грешной сущности и стать этическим существом? Возможным ответом на этот вопрос может служить книга Конрада Лоренца «Восемь смертных грехов цивилизованного человечества». Лоренц пишет о том, что под давлением соревнования между людьми уже почти забыто все то, что хорошо и полезно для человечества в целом и даже для отдельного человека. Следовательно, по мнению Лоренца, «Подавляющее большинство ныне живущих людей воспринимает как ценность лишь то, что помогает им переиграть своих собратьев в безжалостной конкурентной борьбе. Любое пригодное для этого средство они воображают самостоятельной ценностью» [11]. То есть и для XX, и для XXI века характерным было перенесение греховной сущности в разряд ценностей и тем самым создание видимости преодоления греховности человеческой природы.

Согласно концепции Соловьева, жизнь природы вся основана на борьбе, на исключительном самоутверждении каждого существа, на внутреннем и внешнем отрицании им всех других, следовательно, закон природы есть борьба за существование, и, чем выше и совершеннее организовано существо, тем большее развитие получает этот закон в своем применении. По мнению В. С. Соловьева, природа сама по себе, как только совокупность естественных процессов, есть постоянное движение, постоянный переход от одной формы к другой, постоянное достижение. Значит, и процессы, и состояния природного бытия могут являться целью для воображения до тех пор, пока они не осуществлены. А реализация природного влечения или инстинкта, по Соловьеву, является как необходимое содержание, как нечто удовлетворяющее и представляющее нечто, до тех пор, пока эта реализация не совершилась, пока соответствующий результат не достигнут.

Таким образом, по Соловьеву, природная жизнь, понимаемая как цель, может оказаться и злом,

и обманом, иллюзией, так как все содержание, которое человек связывает в своем стремлении с конкретными природными предметами и явлениями, все образы принадлежат ему, его воображению. Возникает вопрос: а имеет ли человечество четкие ориентиры или нормы, согласно которым оно может избежать иллюзий и идти по пути совершенствования и реализации идеи Добра? В этом плане, в концепции Соловьева, идея права и закон имеют лишь опосредованное значение. Б. В. Межуев отметил идею Соловьева о том, что, например, задача права состоит не в том, «чтобы создать Царство Божие на земле, но в том, чтобы мир до времени не обратился в ад» [12]. Значит, человек не получает от внешнего мира что-то такое, чего не имеет, что могло бы удовлетворить и дополнить его существование. Человек придает природе то, чего она не имеет, то, что он получает из самого себя, т.е. этическое начало. «Разоблаченная от того богатого наряда, который дается природе волей и воображением человека, она является только слепой, внешней, чуждой для него силой, силой зла и обмана» [5].

В. С. Соловьев утверждает, что подчинение высшей и слепой силе для человека есть коренной источник страдания; но сознание того, что природа есть зло, обман и страдание, есть тем самым сознание своего собственного превосходства, превосходства человеческой личности над природой. «Если я признаю природу злом, то это только потому, что во мне самом есть сила добра, по отношению к которой природа является злом, если я признаю природу обманом и призраком, то это только потому, что во мне самом есть сила истины, по сравнению с которой природа есть обман. И наконец, чувствовать страдание от природы — не то или другое частное или случайное страдание, а общую тяжесть природного бытия — можно только потому, что есть стремление и способность к тому блаженству или к той полноте бытия, которой не может дать природа» [5].

В. С. Соловьев приходит к выводу о том, что воля человека, обращенная на природу, связывает человека с ней и ведет к злу, обману и страданию. Отсюда следует, что освобождение воли от власти и господства природы есть освобождение собственной природной воли — отречение от нее. Поэтический гений Данте показал созвучие этой идеи:

«Когда душа восторга или тоски
Исполнена — бывают далеки
Все помыслы другие, не тревожит
Ее ничто: раздвоиться не может
У нас душа, и — в заблужденье тот,
Кто две души у смертных признает...
В душе есть две способности: вниманье
И самоуглубление, одна
В себе самой бывает, невольна,
Другая же — свободна» [6].

Все это означает, что природа обретает свое завершение и конечный смысл только в персональном — в сверхприродном измерении. Относительное и частичное бытие природы проявляется в разумном существе. Поэтому Данте отрицает безличную природу души (ее раздвоенность) как окончательную действительность. Он провозглашает свободное стремление души к этическим ценностям — к Богу. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в концепции Данте существование и бессмертие

души осмыслены лишь в том случае, если душа понята как «сверхэмпирическое существо», обитающее в интеллигибельном пространстве.

По Соловьеву, человеческая воля во всех своих актах есть стремление к природному существованию, есть утверждение себя как природного существа, а отречение от этой воли есть отречение от природного существования. Но так как природа первоначально дана как «Всё», так как вне ее для человека не существует ничего в данном состоянии его сознания, то отречение от природного существования, согласно концепции мыслителя, является отречением от всякого существования. Поэтому стремление к освобождению от природы Соловьев объявляет стремлением к самоуничтожению. Исходя из этого, философ гипотетически утверждает, что если природа есть Всё, то Всё, что не является природой, — есть ничто. В этой связи мыслитель считает, что признание природы злом, обманом и страданием отнимает у нее значение безусловного начала. Именно безусловное начало, которое не является природой в сознании человека, может получить только отрицательное определение как отсутствие всякого бытия, как ничто.

В. С. Соловьев считает, что, с одной стороны, религиозное отношение к природе, подчинение ей жизни и сознания человека и обожествление ее привело к религиозному отрицанию природы и всякого бытия, а также к религиозному нигилизму; с другой стороны, философское обожествление природы в современном сознании, философский натурализм привели к философскому отрицанию всякого бытия, к философскому нигилизму. По мнению философа, для того чтобы человек понял и осуществил это безусловное начало в его собственной действительности, необходимо, чтобы он отделил и противопоставил его стихиям мира. И для того, чтобы понять, что есть безусловное начало, нужно прежде отвергнуть то, что оно не есть. Тогда, по Соловьеву, это безусловное отвержение всяких конечных признаков будет уже отрицательным определением самого безусловного начала. Такое отрицательное определение есть первый шаг к его положительному познанию, заключает Соловьев.

Основываясь на глубоко внутреннем, метафизическом опыте, Данте придает новые смыслы и новую реальность существованию человека:

«...Находятся во власти
Земных понятий помыслы твои;
Где льются света яркие струи
Ты видишь мрак. Пойми, неистоцимо
Сокровище: чем более делимо —
Обильней тем становится оно.
Любви и милосердия святыней,
Как солнечным лучом, озарено
Бывает всё...» [6].

Принцип существования земной действительности у Данте основан на радикальном антагонизме. А метафизическое бытие основывается на экстазе, на достижении формы чистого объекта: «Мы достигаем изощренных форм радикализации скрытых качеств и будем бороться с обшценностью¹ ее же оружием.

¹ Обшценность — в текстах Бодрийяра это слово означает не только «непристойный», но он, также обыгрывает в этом термине еще и слово «сцена», то есть отсутствие сцены и зрителей.

Более истинному, чем истина, мы противопоставим более ложное, чем ложь. Мы не будем противопоставлять прекрасное и безобразное, мы отыщем более безобразное, чем безобразность: чудовищное. Мы не будем противопоставлять явное тайному, мы отыщем более тайное, чем сама тайна: непостижимое» [13], — пишет Ж. Бодрийяр. Движение познания, берущее свое начало в метафизическом бытии — «экстазе», Бодрийяр назвал фатальной стратегией для европейской общественной мысли. Однако философия Данте здесь становится возможным исключением. Так как подобное движение мысли характерно больше для русской философии и, в частности, для В. С. Соловьева.

Соловьев уверен, что действительность безусловного начала как существующего в себе самом, независима от нас. Действительность Бога не может быть выведена из чистого разума, не может быть доказана чисто логически. Согласно концепции мыслителя, необходимость безусловного начала для высших интересов человека, для воли и нравственной деятельности, для разума и истинного знания, для чувства и творчества, делает только вероятным действительное существование Божественного начала. Философ считает, что безусловная уверенность в существовании всего внешнего мира вообще может быть дана также только верой. Таким образом, мы видим, что Соловьев обращает внимание на то, что «... все содержание нашего опыта и нашего знания суть наши собственные состояния и ничего более, то всякое утверждение внешнего бытия, соответствующего этим состояниям, является с логической точки зрения лишь более или менее вероятным заключением; и если, тем не менее, мы безусловно и непосредственно убеждены в существовании внешних существ (других людей, животных и т.д.), то это убеждение не имеет логического характера (так как не может быть логически доказано) и есть, следовательно, не что иное, как вера» [5].

В этой связи философ рассматривает сущность внешнего бытия. По Соловьеву, хотя закон причинности и наводит нас на признание внешнего бытия как причины наших ощущений и представлений и так как этот закон причинности есть форма нашего же разума, то применение этого закона к внешней реальности может иметь лишь условное значение. Следовательно, закон причинности не может дать безусловного убеждения в существовании внешней действительности. Все доказательства этого существования, сводимые к закону причинности, являются, согласно концепции мыслителя, соображениями вероятности, а не свидетельствами достоверности. Свидетельством достоверности остается только вера, поэтому мыслитель рассуждает о внешней и внутренней реальности: «Что вне нас и независимо от нас что-нибудь существует — этого знать мы не можем, потому что все, что мы знаем (реально), то есть все, что мы испытываем, существует в нас, а не вне нас (как наши ощущения и наши мысли); то же, что не в нас, а в себе самом, то тем самым находится за пределами нашего опыта и, следовательно, нашего действительного знания и может, таким образом, утверждаться лишь перехватывающим за пределы этой нашей действительности актом духа, который и называется верой» [5].

С другой стороны, мыслитель считает, что, если существование внешней действительности утверждается верой, то содержание этой действительности, ее сущность,

essentia, дается опытом. Поэтому Соловьев уверен в том, что данные опыта являются сведениями о действительно существующей реальности и таким образом составляют основание объективного знания. В этой связи философ приходит к выводу о том, что для полноты объективного знания необходимо, чтобы отдельные сведения о существующей реальности были связаны между собой, чтобы опыт был организован в цельную систему. Это может быть достигнуто, согласно концепции Соловьева, рациональным мышлением, дающим эмпирическому материалу научную форму. В. С. Соловьев утверждает, что все положения, высказанные относительно внешнего мира, вполне применяются и на тех же основаниях к Божественному началу. Причем существование Божественного начала может утверждаться, только актом веры.

Данте безгранично предан тем ценностям, которые символизируют образ Бога-Отца. Мыслитель создает представление о достойном существовании человека.

«О наш Отец, на небесах живущий!
Не потому, что обитаешь там,
Но потому, что полон всемогущей
Любовью Ты и к смертным существам,
Да предадут смиренно и с любовью
Твое Святое Имя славословью
Все те, кому даруешь бытие» [6].

По мнению Соловьева, существование внешнего мира, как и существование Божественного начала, для рассудка могут быть только как вероятности или условные истины, а безусловно могут утверждаться только верой. С другой стороны, содержание Божественного начала так же, как и содержание внешней природы, дается опытом. В. С. Соловьев считает, что и в случае объективной реальности, и в случае Божественного начала, опыт дает только психические факты, факты сознания. Объективное значение этих фактов определяется творческим актом веры. Причем при этой вере внутренние данные религиозного опыта познаются как действия познающего Божественного начала, являющегося действительным предметом нашего сознания. Исходя из этого, мыслитель заключает, что философия религии как связанная система и синтез религиозных истин может дать познающему субъекту адекватное знание о Божественном начале как безусловном или всеобъемлющем.

Согласно концепции В. С. Соловьева, совокупность религиозного опыта и религиозного мышления составляет содержание религиозного сознания. Причем с объективной стороны это содержание есть откровение Божественного начала как действительного предмета религиозного сознания. Мыслитель считает, что дух человека вообще, а, следовательно, и религиозное сознание не является законченным, готовым фактом, а представляет собой что-то возникающее, совершающееся и совершенствующееся, нечто находящееся в процессе. Следовательно, по Соловьеву, и откровение Божественного начала в этом сознании является постепенным.

По мнению философа, Божественное начало есть действительный предмет религиозного сознания, действующий на это сознание и открывающий в нем свое содержание. В этой связи и религиозное развитие — это процесс положительный и объективный, это реальное

взаимодействие Бога и человека — богочеловеческий процесс.

В. С. Соловьев убежден в том, что высшая форма Божественного откровения должна: во-первых, обладать наибольшей свободой от всякой исключительности и односторонности, должна представлять величайшую общность; во-вторых, обладать наибольшим богатством положительного содержания, должна представлять величайшую полноту и «Цельность» (конкретность). В концепции мыслителя оба эти условия соединяются в понятии положительной всеобщности (универсальности), которое противопоставляется отрицательной, формально логической всеобщности, состоящей в отсутствии определенных свойств, особенностей.

Исходя из этого, по Соловьеву, целью универсальной религии является максимум положительного содержания, — «религиозная форма тем выше, чем она богаче, живее и конкретнее. Совершенная религия есть не та, которая во всех одинаково содержится (безразличная основа религии), а та, которая все в себе содержит и всеми обладает (полный религиозный синтез)» [5]. Совершенная религия, по мнению философа, должна быть свободна от всевозможной ограниченности и исключительности «но не потому, чтобы она была лишена всякой положительной особенности и индивидуальности — такая отрицательная свобода есть свобода пустоты, свобода нищего, — а потому, что она заключает в себе все особенности и, следовательно, ни к одной из них исключительно не привязана, всеми обладает и, следовательно, ото всех свободна» [5].

В. С. Соловьев стремится показать, что положительный религиозный синтез, истинная философия религии должна обнимать все содержание религиозного развития, не исключая ни одного положительного элемента, и единство религии следует искать в полноте, а не в безразличии. В концепции мыслителя религия есть воссоединение человека и мира с безусловным и всецелым началом. Поэтому мыслитель указывает на то, что «это начало, как всецелое или всеобъемлющее, ничего не исключает, а потому истинное воссоединение с ним, истинная религия не может исключать, или подавлять, или насильственно подчинять себе какой бы то ни было элемент, какую бы то ни было живую силу в человеке и его в мире» [5].

В концепции В. С. Соловьева воссоединение отдельных существ, частных начал и сил с безусловным началом должно быть свободным. Это значит, что отдельные существа и частные начала по своей воле должны прийти к воссоединению и безусловному согласию, сами должны отказаться от своей исключительности, от своего самоутверждения или эгоизма. И так как безусловное начало вследствие своей сущности не допускает исключительности и насилия, то это воссоединение частных сторон жизни и индивидуальных сил с всецелым началом и между собой должно быть, по Соловьеву безусловно свободным.

У Данте Алигьери представление о мире конструируется спекулятивно умозрительно. Оно определяется не стремлением следовать какой-либо теории, а умением формировать образы, за которыми развивается метафизическая реальность. Поэтом двигало желание построить картину человеческого существования, основанную на высших Божественных этических ценностях. В этом плане Данте отмечал:

«Отчасти лишь все действия земные
Зависимы от неба, свет его
Ниспослан вам на землю для того,
Чтоб добро от злого отличали.
Свобода воли также вам дана,
И если к ней прибегните вначале —
Все победит влияния она.
Не связаны ничем в своей свободе,
Подчинены лишь лучшей вы природе...» [6].

Данте ставил задачу показать тот неисчерпаемый потенциал, который заложен в душе человека и который может послужить основой конструирования новой этики. Подобное самосознание и ощущение человеком собственной значимости уже более не является средневековым. Это свидетельствует о том, что Данте уже перешагнул тот рубеж, который отделяет средневековые ценности от гуманизма эпохи Возрождения.

Человек должен глубоко осознать свою сущность, определить масштабы своей личности и осуществить выбор между бранными сиюминутными земными потребностями и высшими ценностями бытия. Можно полностью согласиться с В. В. Сербиненко, отметившим следующее: «... понимание ценности философской мысли, ни при каких обстоятельствах не сводимой к “мнению”, “болтовне” и претендующим на концептуальность идеологическим симулякрам, — это вполне русские мотивы» [14].

Путь к спасению, к осуществлению истинного равенства, истинной свободы и братства, по Соловьеву, лежит через самоотрицание. Согласно концепции русского философа, именно самоотрицание приводит к свободному воссоединению с Божественным началом. И по праву слова В. С. Соловьева могут служить апофеозом того нелегкого творческого пути, который прошли эти два столь несхожих мыслителя: «Для самоотрицания необходимо предварительное самоутверждение: для того чтобы отказаться от своей исключительной воли, необходимо сначала иметь ее; для того чтобы частные начала и силы свободно воссоединились с безусловным началом, они должны прежде отделиться от него, должны стремиться к исключительному господству и безусловному значению. Ибо только реальный опыт, изведенное противоречие, испытанная коренная несостоятельность этого самоутверждения может привести к вольному отречению от него и к сознательному и свободному требованию воссоединения с безусловным началом» [5].

Таким образом можно заключить, что и Данте Алигьери, и Владимир Соловьев в разные исторические эпохи прошли очень сложный путь к утверждению подлинных этических ценностей. Этих мыслителей сближает обоснование метафизических оснований веры. Только Владимир Соловьев обосновывал этические ценности на основе православной традиции, а Данте пытался трансформировать средневековую европейскую этику, воспевая гуманизм и поставив человека выше его греховной природы.

Литература

1. Поль Рикер. Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике. М. «Academia — Центр», «МЕДИУМ». 1995; 27
2. Романо Гвардини. «Божественная комедия» Данте: Ее основные религиозные и философские идеи. Пер. с нем. и предисл. А. В. Перцева. СПб. Владимир Даль. 2020; 59
3. Булгаков С. Природа в философии Вл. Соловьева. Сборник статей о В. Соловьеве. Брюссель: Изд-во «Жизнь с Богом». 1994; 6–44.
4. Максимов М. В. Философско-поэтический лик серебряного века. Константин Бальмонт и Владимир Соловьев. Соловьевские исследования. 2013; 1(37): 69–74.
5. Соловьев В. С. Чтения о Богочеловечестве. Статьи Стихотворения и поэма. Из «Трех разговоров». Краткая повесть об антихристе. Сост., вступ. ст., примеч. А. Бмуратова. СПб. Художественная литература. 1994; 456 с.
6. Данте Алигьери. Божественная комедия. Данте Алигьери. Малое собрание сочинений. Пер. с ит. О. Чюминой, А. Эфроса, Е. Солоновича. СПб. Азбука, Азбука-Атикус. 2020; 5–402.
7. Килборн Бенджамин. Неправильное понимание трагического: зависть, стыд и страдание. Пер. с англ. В. В. Старовойтова. Сер. Психодиагностика. М. Канон+ РООИ «Реабилитация». 2021; 76–77
8. Юнг К. Г. Трансцендентальная функция. Юнг К. Г. Синхрония: акаузальный объединяющий принцип: [Пер. англ. и нем.]. М. АСТ: АСТ МОСКВА. 2010; 5–51.
9. Гастон Башляр Новый научный дух. Башляр Г. Новый рационализм. Пер. с фр. предисл. и общ. ред. А. Ф. Зотова. М. Прогресс. 1987; 28–159.
10. Нэтеркотт Ф. Философская встреча: Бергсон в России (1907–1917). Перевод и предисловие Ирины Блауберг. М. Модест Колеров. 2008; 85.
11. Конрад Лоренц. Восемь смертных грехов цивилизованного человечества. Лоренц Конрад. Обратная сторона зеркала. Сборник. Конрад Лоренц. Перевод с немецкого А. И. Федорова под редакцией А. В. Гладкого. М. Изд-во АСТ. 2019; 319–403.
12. Межуев Б. В. «Значение государства» — византийская идея на страницах либерального журнала. Соловьевские исследования. 2020; 3(67): 10–25. DOI: 10.17588/2076-9210.2020.3.010-025
13. Бодрийяр Ж. Фатальные стратегии. Пер. с фр. А. Качалова; науч. ред. текста к.ф.н. Д. Дамте. М. Группа компаний «РИПОЛ классик». «Панглосс». 2019; 8
14. Сербиненко В. В. О присутствии и отсутствии русской метафизики. Вопросы философии. 2017; 8: 131–145.

References

1. Ricœur P. Konflikt interpretatsii. Ocherki o germenevtike. Moskva. Medium Publ, 1995; 27. Russian.
2. Romano Guardini. «Bozhestvennaya komediya» Dante: Yeye osnovnyye religioznye i filosofskie idei. St. Petesburg. Vladimir Dal Publ. 2020; 59. Russian.
3. Bulgakov S. Priroda v filosofii Vl. Solov'yeva in Sbornik statey o V. Solov'yeve. Brussels: "Living with God" Publ. 1994; 6–44. Russian.
4. Maksimov MV. Filosofsko-poeticheskiy lik serebryanogo veka: Konstantin Bal'mont i Vladimir Solov'yev, in Solov'evskie issledovaniya. 2013;1(37): 69–74. Russian.
5. Solovyov VS. Chteniya o bogochelovechestve. Stat'i Stikhotvoreniya i poema. Iz «Trekh razgovorov». Kratkaya povest' ob antikhriste, St. Petersburg. Fiction Publ. 1994; 456 p. Russian.

6. Dante Alighieri. Bozhestvennaya komediya in Dante Alighieri. Maloye sobraniye sochineniy. St. Petersburg. Azbuka. Azbuka-Attikus Publ. 2020; 5–402. Russian.
7. Benjamin Kilborn. Nepravil'noye ponimaniye tragicheskogo zavist', styd i stradaniye, Moscow. Canon + ROOI "Rehabilitation" Publ. 2021; 76–77. Russian.
8. Carl Gustav Jung. Transcendental'naya funktsiya in Carl Gustav Jung Sinkhroniya.akazual'nyy ob"yedinyayushchiy printsip. Moscow. AST Publ, 2010; 5–51. Russian.
9. Bachelard G. Novyi nauchnyi dukh in Bachelard, G. Novyy ratsionalizm. Moscow. Progress Publ. 1987; 28–159. Russian.
10. Neterkott F. Filosofskaya vstrecha. Bergson v Rossii (1907–1917). Moscow. Modest Kolerov Publ. 2008; 85. Russian.
11. Konrad Lorenz. Vosem` smertnykh drekhov tsivilizovannogo chelovechestva in Konrad Lorenz Oborotnaya storona zerkala. Moscow. AST Publ. 2019; 319–403. Russian.
12. Mezhuyev BV. «Znachenije gosudarstva» — vizantiyskaya ideya na stranitsakh liberal'nogo zhurnala, in Solov'evskiye issledovaniya. 2020;3(67): 10–25. DOI: 10.17588/2076-9210.2020.3.010-025 Russian.
13. Baudrillard J. Fatal'nyye strategii. Moscow. "RIPOL classic" Publ. "Pangloss" Publ. 2019; 8. Russian.
14. Serbinenko VV. O prisutstvii i otsutstvii russkoy metafiziki, in Voprosy Filosofii. 2017; 8: 131–145. Russian.