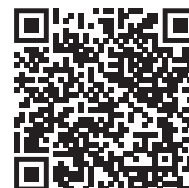


МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

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
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА Елена Георгиевна Гребенщикова д. филос. н., профессор
ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ Марина Александровна Кротова
РЕДАКТОР Марина Владимировна Сырова
ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР Евгений Сергеевич Лукьянов
ПЕРЕВОДЧИК Диана Евгеньевна Куликова
ДИЗАЙН Марина Владимировна Доронина
ВЕРСТКА Игорь Александрович Кобзев



ПОДАЧА РУКОПИСЕЙ

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)
Е. В. Брызгалина, к. филос. н., доцент (Москва)
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)
О. А. Горянов, к. м. н., кандидат богословия, профессор (Петрозаводск, Россия)
Е. И. Гусев, академик РАН, профессор (Москва, Россия)
С. В. Глаголев, заместитель Министра здравоохранения РФ (Москва, Россия)
Е. В. Дмитриева, д. с. н. (Москва, Россия)
А. Д. Дурнев, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
А. В. Заборовский, д.м.н., профессор (Москва, Россия)
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., директор департамента здравоохранения Правительства РФ (Москва, Россия)
О. П. Ковтун, академик РАН, д. м. н., профессор (Екатеринбург, Россия)
А. В. Концевая, д. м. н. (Москва, Россия)
Ф. Кроули, доктор наук, профессор (Бельгия)
Т. Кудайбергенова, д. м. н., доцент (Бишкек, Киргизия)
Д. А. Кудлай, член-корр. РАН, д. м. н. (Москва, Россия)
А. В. Концевая, д. м. н. (Москва, Россия)
А. В. Короткова, к. м. н. (Москва, Россия)
В. В. Косенко, к. фарм. н. (Москва, Россия)
С. А. Лукьянов, академик РАН, д. б. н., профессор (Москва, Россия)
Е. Г. Лилеева, к. м. н., доцент, (Ярославль, Россия)
А. Я. Маликов, к.м.н. (Санкт-Петербург, Россия)
А. И. Мартынов, к. м. н. (Москва, Россия)
Ю. Л. Мизерницкий, д.м.н., профессор (Москва, Россия)
Н. А. Михайлова, к. б. н., (Саратов, Россия)
Л. К. Мошетова, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
А. А. Мохов, д. ю. н., профессор (Москва, Россия)
С. Н. Мосолов, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Е. Л. Насонов, академик РАН, профессор (Москва, Россия)
А. В. Павлов, д. м. н., профессор (Ярославль, Россия)
Ч. С. Павлов, д. м. н., профессор (Москва, 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)
Л. М. Рошаль, д. м. н., профессор (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)
Н. В. Семенова, д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
А. С. Созинов, д. м. н., профессор (Казань, Россия)
В. Н. Сокольник, 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)
У. М. Тилекеева, д. м. н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
П. Д. Тищенко, д. филос. н., профессор (Москва, Россия)
В. А. Ткачук, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Д. Е. Фирсов, доктор культурологии, к. филос. н. (Ярославль, Россия)
Ч. Хайхун, профессор (Пекин, Китай)
Е. Шимаа, профессор (Египет)
Е. В. Шляхто, академик РАН, д.м.н., профессор Санкт-Петербург, Россия)
О. О. Янушевич, академик РАН, д.м.н., профессор (Москва, Россия)

ПОДАЧА РУКОПИСЕЙ <https://medet.rsmu.press/login?lang=ru>

ПЕРЕПИСКА С РЕДАКЦИЕЙ editor@rsmu.press

СОТРУДНИЧЕСТВО manager@rsmu.press

АДРЕС РЕДАКЦИИ ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997

Журнал включен в РИНЦ

Здесь находится открытый архив журнала



DOI выпуска: 10.24075/medet.2026-02

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



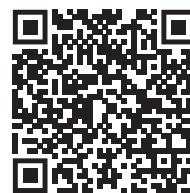
Подписано в печать 30.06.2026

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 EDITOR-IN-CHIEF Elena Grebenshchikova, DSc (Phil), professor
JOURNAL EXECUTIVE EDITOR Marina Krotova
EDITOR Marina Syrova
LAYOUT EDITOR Evgeny Lukyanov
TRANSLATOR Diana Kulikova
DESIGN Marina Doronina
LAYOUT Igor Kobzev



SUBMISSION

EDITORIAL BOARD

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)
Bryzgalina EV, CSc, Associate professor (Moscow, Russia)
Bogdanova NV, CSc (Med) (Dmitrograd, Russia)
Crowley F, DSc, professor (Belgium)
Dmitrieva EV, DSc (Sociol) (Moscow, Russia)
Durnev AD, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Firsov DE, DSc (Cult), CSc (Phil) (Yaroslavl, Russia)
Goryanov OA, CSc (Med), CSc (Theol), professor (Petrozavodsk, Russia)
Gusev EI, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Glagolev SV, Deputy Minister of Health (Moscow, Russia)
Ivashkin VT, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Ilienko LI, DSc, professor (Med) (Moscow, Russia)
Haihong Zhang, professor (Beijing, China)
Kagramanyan IN, DSc (Med), Head of Institute of Leadership and Healthcare Management (Moscow, Russia)
Kudlay DA, corr. member of RAS, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Kovtun OP, full member of RAS, DSc (Med), professor (Yekaterinburg, Russia)
Kosenko VV, CSc (Pharm) (Moscow, Russia)
Kontsevaya AV, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Korotkova AV, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Kudaibergenova T, DSc (Med), Associate professor (Bishkek, Kyrgyz Republic)
Lileeva EG, CSc (Med), Associate professor (Yaroslavl, Russia)
Lukyanov SA, full member of RAS, DSc (Biol), professor (Moscow, Russia)
Malikov AY, CSc (Med) (Saint Petersburg, Russia)
Martynov AI, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Mizernitsky YuL, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Mikhailova NA, CSc (Biol) (Saratov, Russia)
Mokhov AA, DSc (Low), professor (Moscow, Russia)

Moshetova LK, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Mosolov SN, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Nasonov EL, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Pavlov ChS, DSc (Med), 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)
Roshal LM, DSc (Med), professor (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)
Semenova NV, DSc (Med) (Saint Petersburg, 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)
Tilekeeva UM, DSc (Med), professor (Bishkek, Kyrgyzstan)
Teplova AV, CSc (Hist), professor (Minsk, Belarus)
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)
Vlasov YaV, DSc (Med), professor (Samara, Russia)
Volchenko NN, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Yanushevich OO, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Zaborovsky AV, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)

SUBMISSION <http://medet.rsmu.press/login?lang=en>

CORRESPONDENCE editor@rsmu.press

COLLABORATION manager@rsmu.press

ADDRESS ul. Ostrovityanova, d. 1, Moscow, Russia, 117997

Indexed in RSCI

Open access to archive



Issue DOI: 10.24075/medet.2026-02

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; adress: Ostrovityanov Street 1, Moscow, 117997, Russia

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



Approved for print 30.06.2026

Circulation: 100 copies. Printed by Print.Formula
www.print-formula.ru

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

4

Информационная безопасность в здравоохранении: современные угрозы и методы защиты

О. В. Соколова, О. В. Желткевич, С. В. Калабекова

Information Security in Healthcare: Modern Threats and Protection Methods

Sokolova OV, Zheltkevich OV, Kalabekova SV

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

9

Этика руководителя аптечной организации как основа управленческого профессионализма

К. С. Алексеева, Г. А. Галкина

The ethical conduct of a pharmacy executive as the cornerstone of executive professionalism

Alekseeva KS, Galkina GA

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

14

Врачебный долг как семантическая категория отечественной поэзии

Л. М. Рутковская

Doctor's duty as a semantic category in russian poetry

Rutkovskaya LM

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

19

Латинский язык в медицинском образовании: этико-педагогические аспекты

И. Н. Илларионова

The Latin language in medical education: ethical and pedagogical aspects

Illarionova IN

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

22

Этические аспекты технологической медиации в профессиональной деятельности преподавателя иностранного языка в медицинском вузе

Ю. А. Сурьянинова, Е. Б. Кузнецова

Ethical aspects of technological mediation in the professional activity of a foreign language teacher at medical universities

Suryaninova JA, Kuznetsova EB

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

27

Эвфемизмы в медицинском дискурсе: роль латинского языка и этические аспекты коммуникации

М. А. Кротова

Euphemisms in medical discourse: the role of the Latin language and ethical aspects of communication

Krotova MA

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

31

Плацебо и проблема двойных стандартов в клинических исследованиях: неравенство как этическое оправдание

У. О. Гидирим, А. М. Беляева

Placebo and the Double Standard of Care in Clinical Trials: When Inequality Becomes an Ethical Premise Using Inequality as an Ethical Justification

Gidirim UO, Beliaeva AM

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

37

Фармакогенетика до рождения: персонализированная фармакотерапия, бремя знания и этика родительского решения

С. М. Демарина, А. А. Усолкин, Ю. Д. Балашова, С. В. Тихомирова

Pre-birth pharmacogenetics: personalized pharmacotherapy, the burden of knowledge and ethics of a parental decision

Demarina SM, Usolkin AA, Balashova YD, Tikhomirova SV

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

43

Этические взгляды известного казанского терапевта первой половины XIX века Карла Федоровича Фукса (к 250-летию со дня рождения)

М. Ю. Абросимова

Ethical views of Karl F. Fuchs, a prominent 19th-century therapist from the city of Kazan, Russia (in celebration of the 250th anniversary of his birth)

Abrosimova MYu

ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СОВРЕМЕННЫЕ УГРОЗЫ И МЕТОДЫ ЗАЩИТЫ

О. В. Соколова¹ ✉, О. В. Желткевич¹, С. В. Калабекова²

¹ Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

² Северо-Кавказская государственная академия, Черкесск, Россия

Статья посвящена анализу проблем информационной безопасности в здравоохранении России в условиях цифровой трансформации. Цифровизация сферы здравоохранения, включая интеграцию информационных систем медицинских и фармацевтических организаций с ЕГИСЗ, повышает качество оказания медицинской и лекарственной помощи населению. При этом увеличиваются риски утечек персональных данных пациентов и угрозы компьютерных атак на информационные системы организаций. Цель исследования — формирование комплексного подхода к обеспечению информационной безопасности в медицинских и фармацевтических организациях. В ходе исследования использованы контент-анализ, логический и структурный анализ научных трудов и нормативно-правовых актов в области применения информационных технологий в здравоохранении. Авторами выделены этапы регулирования информационной безопасности от защиты врачебной тайны к категорированию критической информационной инфраструктуры и применению отечественного программного обеспечения. Приведена классификация угроз безопасности цифровых систем по расположению источника угроз относительно организации по внешним и внутренним критериям. Предложены направления и критерии оценки для повышения информационной безопасности на основе современных методов и технологий защиты информации, включая технические средства защиты, юридические механизмы, а также организационно-управленческие методы.

Ключевые слова: здравоохранение, информационная безопасность, компьютерные атаки, защита информации, ЕГИСЗ, медицинские персональные данные, критическая информационная инфраструктура, медицинские и фармацевтические организации

✉ **Для корреспонденции:** Ольга Вячеславовна Соколова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150014, Россия; sova293@yandex.ru

Статья поступила: 10.04.2026 **Статья принята к печати:** 15.04.2026 **Опубликована онлайн:** 27.04.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.009

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

INFORMATION SECURITY IN HEALTHCARE: MODERN THREATS AND PROTECTION METHODS

Sokolova OV¹ ✉, Zheltkevich OV¹, Kalabekova SV²

¹ Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

² North Caucasus State Academy, Cherkessk, Russia

The paper analyzes information security issues in Russian healthcare in the context of digital transformation. Digitalization of the healthcare sector, including integration of information systems of medical and pharmaceutical organizations with the Uniform State Health Information System (EGISZ), improves the quality of medicines and healthcare provided to the population. Meanwhile, the risk of patient personal data leakage and computer attacks on healthcare organizational information systems is increasing. The purpose of the study is to develop an integrated approach to information security in medical and pharmaceutical organizations. The research uses content analysis, logical and structural analysis of scientific papers and regulatory legal acts in the field of information technology in healthcare. The authors identify the stages of information security regulation from protecting medical secrets to categorizing critical information infrastructure and using domestic software. The classification of security threats to digital systems is provided based on the location of the threat source depending on whether they originate outside or inside the organization's network perimeter. The directions and evaluation criteria for improving information security are provided based on modern methods and technologies of information protection, including technical means of protection, legal mechanisms, as well as organizational and managerial methods.

Keywords: healthcare, information security, medical personal data, computer attacks, information protection, EGISZ, critical information infrastructure, medical and pharmaceutical workers

✉ **Correspondence should be addressed:** Olga V. Sokolova
Revolutsionnaya Str., 5, Yaroslavl, 150014, Russia; sova293@yandex.ru

Received: 10.04.2026 **Accepted:** 15.04.2026 **Published online:** 27.04.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.009

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Цифровизация и информатизация системы здравоохранения, реализуемая в рамках стратегии развития информационного общества и национального проекта «Здравоохранение», связана с внедрением и использованием информационных систем в медицинских и фармацевтических организациях для оказания качественной медицинской и лекарственной помощи. Информационные системы, предназначенные

для автоматизации бизнес-процессов деятельности, предусматривают совокупность информационных, программных и технических, а также организационных средств [1, 2]. При этом в информационных системах объединены данные о финансовой, экономической, административной и организационной информации; медицинские сведения о пациентах; результаты исследований, мониторингов и др. Применение

информационных систем позволяет сокращать ошибки при заполнении отчетной документации, осуществлять быстрый доступ к медицинской информации больших объемов и др. [3].

Следует отметить о возможности интеграции информационных систем медицинских и фармацевтических организаций с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), одной из задач которой стоит информационное обеспечение государственного регулирования в сфере здравоохранения. ЕГИСЗ включает информацию о данных федеральной электронной регистратуры, электронных медицинских карт пациентов (ЭМК), электронных медицинских документов и др. Также в состав информации ЕГИСЗ входят и федеральные реестры. Федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) — это централизованная база данных, которая содержит информацию о всех медицинских и фармацевтических работниках России. Федеральный регистр медицинских организаций (ФРМО), который содержит сведения о структуре, профилях деятельности, адресах и оснащении каждого медицинского учреждения. Подсистемы ЕГИСЗ представлены специализированным регистром пациентов по отдельным заболеваниям и/или состояниям, реестром лекарственных препаратов для медицинского применения, а также информационно-аналитической подсистемой мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов [4].

Следовательно, объединенная цифровая среда здравоохранения содержит актуальную информацию о техническом, лекарственном, кадровом обеспечении сферы здравоохранения и личных данных пациентов о состоянии их здоровья. Однако, как показывает практика, цифровая трансформация сопровождается ростом рисков, среди которых ведущее место занимают угрозы информационной безопасности. Поэтому необходимо обеспечение безопасности информационных систем для сохранности личных данных пациентов, специалистов путем разработки направлений защиты данных и оборудования от компьютерных атак [5–8].

Таким образом, актуальность темы определяется несколькими факторами. Во-первых, медицинские данные относятся к специальной категории персональных данных, их утечка влечет за собой нарушение права пациента на врачебную тайну. Во-вторых, медицинские и фармацевтические организации признаны субъектами критической информационной инфраструктуры (КИИ), что налагает на них повышенные требования к защите информации. В-третьих, рост числа компьютерных атак на сектор здравоохранения свидетельствует о высокой уязвимости отрасли (за первое полугодие 2025 г. их количество увеличилось на 24% по сравнению с аналогичным периодом 2024 г.). В-четвертых, уровень цифровой грамотности медицинских и фармацевтических работников и подготовки в сфере информационной безопасности нередко оказывается недостаточным.

Вышеизложенное определило цель настоящей работы — формирование комплексного подхода к обеспечению информационной безопасности в медицинских и фармацевтических организациях.

Достижение поставленной цели включало решение последовательных задач.

1. Анализ этапов развития защиты информационной безопасности в сфере здравоохранения.

2. Выделение и структурирование угроз информационной безопасности в здравоохранении.
3. Проведение анализа современных методов и технологий защиты информации.
4. Разработку рекомендаций и предложений по обеспечению информационной безопасности в медицинских и фармацевтических организациях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основой исследования явились научные публикации, как отечественных, так и зарубежных ученых в рамках применения информационных технологий при оказании медицинской и лекарственной помощи. Изучались нормативно-правовые акты в области цифровой трансформации здравоохранения. В процессе исследования использовались методы: логический, структурный, контент-анализ.

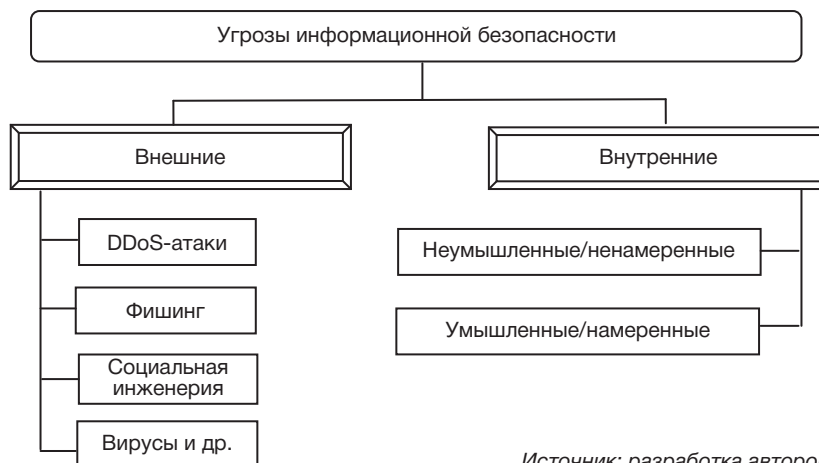
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

На основе анализа нормативных документов показано, что информация как медицинская, так и фармацевтическая в российской правовой системе относится к категории «сведения, составляющие врачебную тайну» (ст. 13, ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ) [9] и одновременно к «специальным категориям персональных данных» (ст. 10 Федерального закона № 152-ФЗ) [10]. Такой двойной правовой статус предопределяет особый режим ее обработки. Сбор, хранение и передача таких данных требуют согласия субъекта или наличия законных оснований.

Формирование правового поля информационной безопасности российского здравоохранения происходит постепенно. Основное внимание, прежде всего, уделено соблюдению врачебной тайны и защите персональных данных в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ [10]. В 2017 г. принят Федеральный закон № 187-ФЗ, который изменил подходы к защите информации. Так, медицинские информационные системы (МИС) и фармацевтические системы (ФС) отнесены к объектам критической информационной инфраструктуры (КИИ), что повлекло за собой обязательность по их категорированию [11]. В рамках выполнения требований закона о КИИ, оказывающие медицинскую и лекарственную помощь обязаны провести категорирование не только информационных систем, но и автоматизированных систем управления технологическими процессами (АСУ ТП), к которым относится и медицинское оборудование. Также необходимо создание ведомственных центров мониторинга и применение сертифицированных средств защиты.

В 2021 г. вступили в силу поправки к Указу Президента РФ № 250 [12], предписывающие руководителям организаций КИИ создать структурные подразделения по информационной безопасности. Это требование распространяется на организации федерального, регионального и муниципального уровней.

В 2022 г. Правительство РФ определило задачи Единой государственной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), ее структуру, порядки и сроки предоставления информации, участников информационного взаимодействия, порядок защиты информации, содержащейся в единой системе, а также требования к программно-техническим



Источник: разработка авторов

Рис. Классификация угроз информационной безопасности в здравоохранении по источнику возникновения

средствам. Следующим важным этапом стало повышение требований к использованию иностранного программного обеспечения. С 2025 г. субъектам КИИ запрещено применять средства защиты информации иностранного производства [13].

Таким образом, на государственном уровне решаются вопросы защиты информационной безопасности в здравоохранении.

Проведенный анализ выявленных рисков цифровизации здравоохранения в рамках цифровой информационной безопасности показал, что наиболее вероятными представляются угроза утраты персональных данных пациента и компьютерные атаки на цифровые базы медицинских и фармацевтических организаций [14–17].

Установлено, что угрозы безопасности цифровых систем классифицируются по различным критериям. Следовательно, для дальнейшего изучения данного вопроса целесообразно использовать классификацию угроз информационной безопасности, адаптированную для медицинских и фармацевтических организаций. В связи с тем что угрозы исходят не только извне, но и изнутри организации нами представлена классификация по расположению источника угроз относительно организации (рис.).

Внешние угрозы проявляются в целенаправленных компьютерных атаках. Используются вредоносные программы для заражения систем и блокировки доступа к данным; DDoS-атаки на телемедицинские сервисы затрудняют работу информационных систем МО и ФО; фишинг и социальная инженерия, в виде рассылки писем от имени руководителей организации с просьбой сообщить пароль, направлены на получение конфиденциальной информации от пользователей. Устаревшие ИТ-системы нами также отнесены к внешним угрозам, потому что содержат уязвимости и могут использоваться злоумышленниками для несанкционированного доступа.

Внутренние угрозы информационной безопасности по источнику возникновения распределены на неумышленные и умышленные действия сотрудников организации. Угрозы, входящие в первую группу, связаны с потерей USB-флеш-накопителя (флешки), содержащего базы данных; с отправкой конфиденциальной информации в мессенджеры, с личной электронной почты (e-mail); с использованием простых паролей для аутентификации. Умышленные/намеренные действия могут сопровождаться

продажей данных о пациентах конкурентам, копированием информации перед увольнением, нарушения регламентов работы с информационными системами и т.д.

Таким образом, понимание конкретных угроз информационной безопасности способствует формированию комплексной защиты от рисков.

Теоретические основы информационной безопасности в медицинских и фармацевтических организациях предполагают использование различных методов и технологий, включая технические средства защиты, юридические механизмы, а также организационно-управленческие методы.

Технические средства защиты охватывают: системы обнаружения и блокировки вторжений, программно-аппаратные решения (DLP-системы) против утечек данных, антивирусное программное обеспечение (ПО) и фаерволы (межсетевой экран и др.). Для обеспечения безопасности данных применяются криптографические методы (алгоритмы шифрования данных и электронная цифровая подпись). Контроль доступа к данным обеспечивается системой аутентификации, предусматривающей использование паролей, сертификатов и биометрических данных.

На современном этапе развития общества правительство РФ поставило задачу создания программ по разработке отечественного ПО. Переход на отечественное ПО, предписанный законодательством, имеет не только политическое, но и практическое значение. Продукты российских разработчиков не уступают зарубежным аналогам по функциональности, а в ряде аспектов (интеграция с государственными системами мониторинга, адаптация к специфике российского законодательства) превосходят их [13].

Соблюдение требований в области обработки, хранения и передачи персональных данных в сфере здравоохранения регулируется комплексом нормативных правовых актов, а юридические механизмы правоприменения предусматривают ответственность за нарушение правил информационной безопасности в виде возмещения нанесенного пациенту ущерба и оплаты штрафа согласно ст. 13.11 КоАП РФ.

Технические средства и юридические механизмы защиты информации будут эффективны только в том случае, если они встроены в систему организационно-управленческих инструментов, которые используются для достижения целей и выполнения задач организации.

По результатам исследования нами предложен подход к обеспечению информационной безопасности в здравоохранении для оказания качественной медицинской и лекарственной помощи, состоящий из основных направлений и критериев оценки информационной безопасности.

Одним из направлений является категорирование объектов КИИ в соответствии с законодательством. В зависимости от требований к средствам защиты объекту присваивается категория значимости — первая, вторая или третья. Медицинские и фармацевтические организации включены в реестр значимых объектов КИИ [11].

Следующее направление предполагает создание системы реагирования на инциденты, связанные с несанкционированным доступом к информации: «разработка стандартной операционной процедуры (СОП) для четкого регламента действий при обнаружении взлома или утечки информации». Это позволяет понимать, кто принимает решение об отключении системы, кто взаимодействует с правоохранительными органами, кто уведомляет пациентов. Регулярные учения (например, имитация фишинговой атаки) помогают отработать эти действия на практике.

Важным направлением в обеспечении информационной безопасности является непрерывное обучение персонала. Изучение основ защиты информации следует начинать уже на этапе подготовки студентов вузов, с последующим повышением квалификации в рамках системы дополнительного профессионального образования.

Предложенные критерии оценки информационной безопасности для организаций медицинского и фармацевтического профиля включают:

- 1) регулярность обновления антивирусного ПО;
- 2) наличие структурного подразделения, отвечающего за информационную безопасность, наличие утвержденной СОП в этой области;
- 3) долю сотрудников, прошедших инструктаж по информационной безопасности;
- 4) отсутствие зафиксированных нарушений в области защиты информации.

ВЫВОДЫ

В ходе исследования установлено, что регулирование информационной безопасности в здравоохранении прошло последовательные этапы, которые отражают планомерное усиление государственных требований к защите информации. Угрозы информационной безопасности медицинских и фармацевтических организаций подразделяются на внешние и внутренние. Анализ методов защиты информации выявил три взаимодополняющие группы: технические, юридические и организационно-управленческие, при этом применение каждой группы в отдельности не обеспечивает достаточного уровня защиты. Для повышения информационной безопасности в медицинских и фармацевтических организациях предложен комплексный подход, содержащий основные направления и критерии оценки.

Литература

1. Соколова О. В., Исаева И. Ю., Куликова О. А., Алексеева К. С., Кузнецова Е. А. Применение цифровых инструментов в медицинской организации для оптимизации лекарственного обеспечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024; 23 (S6): 150–151.
2. Соколова О. В., Куликова О. А., Алексеева К. С., Исаева И. Ю. Значимость информационных систем в деятельности аптечной организации. Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. 2025; 1 (47): 54–58. DOI 10.34907/JRQAI.2025.63.82.008.
3. Шандора Н. И. Информационная безопасность в сфере здравоохранения. В сборнике: Материалы VI Международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию экономического факультета БГУ: Тенденции экономического развития в XXI веке. Минск. 2024; (1): 529–531.
4. Постановление Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной системе в сфере здравоохранения» (вместе с «Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»).
5. Платонова Н. И., Устиленцев К. А., Устиленцева Т. А. Информационная безопасность в сфере здравоохранения: проблемы и перспективы развития. 2022; 33 (2): 124–136. DOI 10.20410/2073-7815-2022-33-2-124-136.
6. Удальцов К. Р. Кибербезопасность в здравоохранении: стратегии защиты медицинских данных и оборудования. Международный журнал информационных технологий и энергоэффективности. 2024; 9 (5): 18–22.
7. CODE RED 2026 Актуальные киберугрозы российских организаций. Режим доступа: <https://ptsecurity.com/research/analytics/russia-cyberthreat-landscape-2026/#id1> (дата обращения: 27.03.2026).
8. Средствами защиты от внутренних информационных угроз оснащены меньше 25% медорганизаций РФ. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/sredstvami-zashity-ot-vnutrennih-informacionnyh-ugroz-osnasheny-menshe-25-medorganizacii-rf.html> (дата обращения: 27.03.2026).
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
10. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
11. Федеральный закон от 26.07.2017 № 187-ФЗ «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации».
12. Указ Президента РФ от 01.05.2022 № 250 «О дополнительных мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации».
13. Кочергина М. О., Чугунова С. А. Роль медицинского программного обеспечения в цифровизации здравоохранения. В сборнике: Новые технологии в учебном процессе и производств: Материалы XXIII научно-технической конференции с международным участием, 16–18 апреля 2025 г. Рязань. 2025; 1: 347–350.
14. Соловьев Н. В. Цифровая безопасность в медицине: вызовы и угрозы цифровой трансформации. В сборнике: Материалы международной научно-практической конференции. 20 ноября 2025 г. Волгоград. 2025; 1: 40–44.
15. Лапина М. А., Максимова Е. А., Лапин В. Г., Бойков Н. С. Аналитический обзор методов проектирования систем безопасности в телемедицинских системах. Труды ИСП РАН. 2024;5. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiticheskiy-obzor-metodov-proektirovaniya-sistem-bezopasnosti-v-telemeditsinskih-sistemah> (дата обращения: 27.03.2026).
16. Дубовсков М. В., Фот Ю. Д. Информационная безопасность в сфере здравоохранения. В сборнике: Актуальные вопросы обеспечения комплексной безопасности: Материалы национальной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию МЧС России и 95-летию Оренбургского ГАУ. 23 мая 2025 г. Оренбург. 2025; 1: 1041–1044.
17. Кодекс Российской Федерации об административных нарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ.

References

1. Sokolova OV, Isaeva IYu, Kulikova OA, Alekseeva KS, Kuznetsova EA. Application of digital tools in a medical organization for optimization of drug provision. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024; 23 (S6): 150–151. Russian.
2. Sokolova OV, Kulikova OA, Alekseeva KS., Isaeva IYu. The Importance of Information Systems in the Activities of a Pharmacy Organization. *Issues of Drug Quality Assurance*. 2025; 1 (47): 54–58. DOI 10.34907/JPQAI.2025.63.82.008. Russian.
3. Shandora N. I. Information Security in the Healthcare Sector. In the collection: *Proceedings of the 6th International Scientific and Practical Conference dedicated to the 25th Anniversary of the Faculty of Economics at BSU: Trends in Economic Development in the 21st Century*, February 28–29, 2024. Minsk. 2024; 529–531.
4. Decree of the Government of the Russian Federation No. 140 dated February 9, 2022. "On the Unified State Healthcare System" (together with the "Regulations on the Unified State Healthcare Information System"). Russian.
5. Platonova NI, Ustilentsev KA, Ustilentseva TA. Information Security in the Healthcare Sector: Challenges and Development Prospects. 2022; 33 (2): 124–136. DOI 10.20410/2073-7815-2022-33-2-124-136. Russian.
6. Udaltsov KR. Cybersecurity in Healthcare: Strategies for Protecting Medical Data and Equipment. *International Journal of Information Technology and Energy Efficiency*. 2024; 9 (5): 18–22. Russian.
7. CODE RED 2026 Current Cyber Threats to Russian Organizations. Available from URL: <https://ptsecurity.com/research/analytics/russia-cyberthreat-landscape-2026/#id1> (accessed: 27.03.2026). Russian.
8. Less than 25% of medical organizations in the Russian Federation are equipped with means of protection against internal information threats. Available from URL: <https://medvestnik.ru/content/news/sredstvami-zashity-ot-vnutrennih-informacionnyh-ugroz-osnasheny-menshe-25-medorganizacii-rf.html> (accessed: 27.03.2026). Russian.
9. Federal Law No. 323-FZ dated November 21, 2011. "On the Fundamentals of Public Health Care in the Russian Federation". Russian.
10. Federal Law No. 152-FZ dated July 27, 2006. "On Personal Data".
11. Federal Law No. 187-FZ dated July 26, 2017. "On the Security of the Critical Information Infrastructure of the Russian Federation". Russian.
12. Presidential Decree No. 250 dated May 1, 2022. "On Additional Measures to Ensure the Information Security of the Russian Federation." Russian.
13. Kochergina MO, Chugunova SA. The Role of Medical Software in the Digitalization of Healthcare. In the collection: *New Technologies in the Educational Process and Production: Materials of the XXIII Scientific and Technical Conference with International Participation*. Ryazan. April 16–18, 2025; 347–350. Russian.
14. Solovyov NV. Digital Security in Medicine: Challenges and Threats of Digital Transformation. In the collection: *Materials of the International Scientific and Practical Conference*. Volgograd. November 20, 2025; 40–44. Russian.
15. Lapina MA., Maksimova EA, Lapin VG, Boykov NS. Analytical review of methods for designing security systems in telemedicine systems. *Proceedings of ISP RAS*. 2024; 5. Available from URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiticheskiy-obzor-metodov-proektirovaniya-sistem-bezopasnosti-v-teleditsinskih-sistemah> (accessed: 27.03.2026). Russian.
16. Dubovskov MV, Fot Yu D. Information Security in the Healthcare Sector. In the collection: *Current Issues in Ensuring Comprehensive Security: Proceedings of the National Scientific and Practical Conference with International Participation Dedicated to the 35th Anniversary of the Russian Ministry of Emergency Situations and the 95th Anniversary of the Orenburg State Agrarian University*. Orenburg. May 23, 2025; 1041–1044. Russian.
17. Code of Administrative Offences of the Russian Federation dated 30.12.2001 No. 195-FZ. Russian.

ЭТИКА РУКОВОДИТЕЛЯ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ОСНОВА УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

К. С. Алексеева¹ ✉, Г. А. Галкина²

¹ Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

² Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН) Москва, Россия

Практическое применение моральных и этических принципов в работе руководителя аптечной организации повышает его управленческий профессионализм, направленный на оказание качественной лекарственной помощи. Однако в настоящее время не существует единых этических норм и правил, которых необходимо придерживаться руководству при управлении организацией, также установлено наличие тенденции формального выполнения руководителями аптечных организаций своих управленческих функций без учета этического и социально ответственного осмысления деятельности. В связи с этим актуальным является изучение вопросов профессиональной этики руководителя аптечной организации для совершенствования лекарственного обеспечения населения. С применением общенаучных методов определено, что этика управленческой деятельности объединяет организационную культуру, социально-психологический аспект и собственно профессиональную деятельность. Анализ трудовых функций специалиста в области управления фармацевтической деятельности свидетельствует о необходимости применения этических норм и правил при их выполнении. Формирование профессиональной этики руководителя аптечной организации как основы управленческого профессионализма происходит постепенно при получении специальности «Фармация» и продолжается в рамках дополнительного профессионального образования.

Ключевые слова: этика, руководитель, аптечная организация, лекарственная помощь, управленческий профессионализм

Вклад авторов: все авторы внесли существенный вклад в подготовку работы: К. С. Алексеева — разработка дизайна исследования, подбор литературы и источников, написание и редактирование текста; Г. А. Галкина — написание и редактирование текста.

✉ **Для корреспонденции:** Ксения Сергеевна Алексеева
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; sokolovaks89@mail.ru

Статья поступила: 15.05.2026 **Статья принята к печати:** 21.05.2026 **Опубликована онлайн:** 08.06.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.013

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

THE ETHICAL CONDUCT OF A PHARMACY EXECUTIVE AS THE CORNERSTONE OF EXECUTIVE PROFESSIONALISM

Alekseeva KS¹ ✉, Galkina GA²

¹ Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

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

Upholding ethical standards in pharmacy administration enhances a leader's professional competency, ensuring the provision of premium medical care. Yet, organizations still struggle to agree on standard ethical practices. In pharmacy, this is worsened by leaders viewing their roles as mere paperwork, entirely divorced from ethical or socially responsible considerations. Consequently, exploring the professional ethics governing pharmacy executives is paramount for optimizing public access to pharmaceutical care. Application of general scientific methods reveals that managerial ethics is an amalgam of organizational culture, socio-psychological dynamics, and core professional practices. Pharmaceutical managers must integrate ethical principles and regulatory compliance into every facet of their professional duties. The foundational ethics of a pharmacy manager are developed progressively, beginning post-graduation and evolving through lifelong professional education.

Keywords: ethics, manager, pharmacy organization, medical assistance, managerial professionalism

Author contribution: all the authors have made a significant contribution to the preparation of the work: Alekseeva KS — development of research design, selection of literature and sources, writing and editing the text; Galkina GA — writing and editing the text.

✉ **Correspondence should be addressed:** Ksenia S. Alekseeva
Revolutionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; sokolovaks89@mail.ru

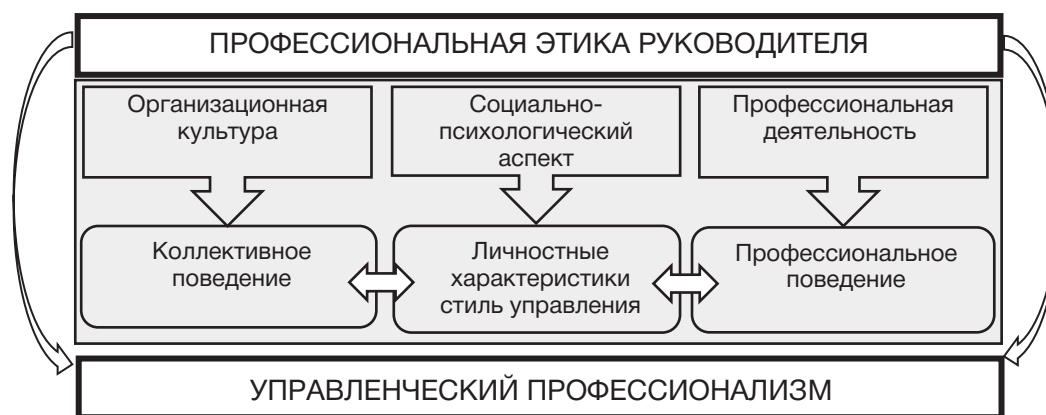
Received: 15.05.2026 **Accepted:** 21.05.2026 **Published online:** 08.06.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.013

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Этическое поведение стало неотъемлемой частью управления современной организацией. Культура руководителя и коллектива на основе этических принципов выступает как регулятор отношений в коллективе, способствуя выстраиванию коммуникаций, и направлена на эффективность деятельности организации для достижения поставленных целей [1]. Особое значение

это имеет в условиях оказания высококачественной и квалифицированной лекарственной помощи гражданам, при стремлении людей поддержать свое здоровье. Показано, что фармацевтическая этика и деонтология распространяются на все виды профессиональной деятельности провизоров и фармацевтов, включая специалистов в области управления фармацевтической



Источник: разработка авторов

Рис. Аспекты этики управленческой деятельности

деятельностью [2, 3]. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение вопросов профессиональной этики руководителя аптечной организации для повышения качества лекарственного обеспечения населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При достижении поставленной цели нами разработана программа исследования, включающая несколько этапов. На первом этапе последовательно рассмотрены теоретические основы этики руководителя организации, проанализированы общие понятия, выделены и охарактеризованы аспекты структуры этики управленческой деятельности. Следующий этап включал анализ трудовых функций в рамках правового поля, которыми наделен руководитель аптечной организации (АО). На заключительном этапе представлено практическое применение этических норм в профессиональной деятельности руководителя АО. В ходе исследования использовался контент-анализ научных публикаций по вопросам соблюдения нравственных и моральных норм в области современного менеджмента, медицины и фармации, базой послужил электронный ресурс Elibreri.ru. Использовались методы структуризации, группировки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Этика современного руководителя — это система нравственных и моральных норм, которая предполагает культуру управления организацией на основе понимания подчиненных, воспитания личности, а также умения управлять своими чувствами в процессе профессиональных взаимоотношений с работниками. При этом руководитель должен обладать определенными компетенциями и способностями для выполнения основных функций в системе менеджмента: планирование и организация управления, мотивация коллектива, контроль и регулирование на основе выявленных ошибок.

В связи с тем, что в настоящее время не существует единых этических норм, определенных правил, которых может придерживаться руководство при управлении организацией, то в данной работе этика руководителя будет рассматриваться в рамках организационной культуры, в социально-психологическом контексте, а также в принадлежности к конкретному профессиональному сообществу (рис.).

Организационная культура проявляется как совокупность общих установок, определяющих коллективное поведение членов организации, и основывается на этических принципах и ценностях. Прежде всего, нормы относятся к механизму и основанию отдачи распоряжений в процессе управления, в этом выражается деловое общение. Это обеспечивает качественное взаимодействие всех структур организации, создание рациональных условий труда, что способствует росту профессиональной квалификации сотрудников, повышению их мотивации к добросовестному и ответственному труду. Организационная культура включает в себя коммуникации, климат и атмосферу внутри организации.

Важную составляющую этики руководителя представляет социально-психологический аспект. Известно, что эффективность функционирования организации определяется качеством управленческой деятельности, где большое значение имеют его лидерские качества и личностные характеристики руководителя. По мнению ряда авторов, деятельность руководителя предполагает грамотное и точное изложение задач для подчиненных, уважение достоинства, поощрение инициативы и внимательность к ним. Для этого он должен обладать деловыми, личными, профессиональными качествами, организаторскими способностями на основе применения моральных принципов и ценностей, что и характеризует этическое поведение руководителя. Следует отметить, что у каждого руководителя личностные качества выражены по-разному и в зависимости от проявлений качеств со временем вырабатывается определенный стиль руководства.

Также этику руководителя рассматривают в принадлежности к конкретному профессиональному сообществу. В настоящее время существуют фармацевтическая, медицинская, научная, предпринимательская этика, этика в области информационно-коммуникационных технологий и т.д. В данном случае этика не ограничивается только профессиональными знаниями, она рассматривается как соблюдение принципов деловой этики, принятых норм и стандартов, в соответствии с ценностями, присущими определенному виду деятельности. В результате формируется профессиональное поведение руководителя, которое предусматривает непосредственно профессиональную деятельность и систему коммуникаций в процессе реализации трудовых обязанностей и прав [4–8].

Таким образом, профессиональная этика руководителя представляет собой комплексное образование, которое

формирует основу управленческого профессионализма, обеспечивающего выполнение своих полномочий с соблюдением общепринятых норм поведения.

Далее нами рассмотрены функции и обязанности, которыми наделен руководитель аптечной организации в рамках законодательства. В соответствии с профессиональным стандартом основной целью специалиста в области управления фармацевтической организацией является удовлетворение потребностей потребителей в безопасных, эффективных и качественных лекарственных препаратах, медицинских изделиях и других товарах аптечного ассортимента, что и определяет социальную значимость АО.

Для этого руководитель должен осуществлять свою основную трудовую функцию, которая реализуется в организации и руководстве фармацевтической деятельностью. Следует отметить, что должность руководителя АО требует большой ответственности, которая должна быть подкреплена всесторонними знаниями в различных сферах. В зависимости от уровня управления, существующих в теории менеджмента, — высший, средний и низший — руководители АО могут выполнять различные трудовые функции [9].

В профессиональном стандарте представлены шесть трудовых функций [10]. Прежде всего, это планирование деятельности фармацевтической организации, что включает проведение анализа текущей ситуации и стратегических программ развития региона в области здравоохранения и фармации. Выполнение поставленных задач невозможно без анализа ресурсного обеспечения потребностей самой аптечной организации, а также удовлетворения спроса потребителей в товарах аптечного ассортимента, в том числе на новые лекарственные препараты. В трудовые функции руководителя АО входит организация работы персонала, включая действия по подбору, приему, адаптации, обучению и стимулированию работников. Эффективность работы АО поддерживается управлением качеством результатов текущей деятельности через формирование руководителем стандартов качества закупки, приемки, хранения и реализации товаров. Также руководитель АО осуществляет организацию информационной и консультационной помощи для населения и медицинских работников. Важной функцией является управление финансово-экономической деятельностью фармацевтической организации, ориентированной на формирование направлений текущей работы. Следует отметить, что в профессиональном стандарте только для двух трудовых функций содержатся требования к знаниям основ профессиональной этики.

В связи с представленными трудовыми функциями руководителю важно уметь оценивать значимость и приоритетность стоящих перед аптечной организацией профессиональных задач во благо безопасности пациента и интересов общества [11]. Следовательно, от квалификации руководителя, его способности управлять человеческими ресурсами и информацией, а также принимать ответственные решения на принципах этики и морали зависит динамическое развитие в целом АО. Однако данные научных публикаций свидетельствуют, что заведующие АО в большей степени упрощенно трактуют свои должностные обязанности и недостаточно полно используют свои полномочия [12].

Функционирование современной фармации осуществляется на этических нормах и принципах, которые направлены на развитие определенного поведения для всех

участников процесса продвижения лекарственных средств и фармацевтических услуг. В этих условиях этические требования к руководителю АО приобретают особую значимость. В ходе своей деятельности руководитель принимает управленческие решения по обеспечению безопасности и эффективности лекарственных средств, а также качества фармацевтической информации. В связи с этим нравственная основа личности и убежденность руководителя АО должны реализовываться в активной жизненной позиции и воплощаться в деятельности, направленной на повышение здоровья граждан [12]. Успех АО определяется ценностными ориентирами, на которые опирается руководитель, формируя организационную культуру.

В обязанности заведующего АО, в рамках выполнения трудовых функций, входит общение с персоналом, пациентами, медицинскими работниками, поставщиками лекарственных препаратов, контролирующими органами и др., а также соблюдение законодательства, ответственность перед обществом. В ходе осуществления фармацевтической деятельности руководитель АО и его коллектив должны справляться с факторами, возникающими за пределами и внутри аптечной организации [13]. Так, в современных условиях при достижении целей организации на фармацевтических работников — сотрудников аптеки — оказывают большое влияние психологические и эмоциональные факторы, информационная нагрузка, объем выполняемых функций, при этом присутствует высокая степень ответственности. Поэтому руководителю необходимо определять эмоциональный настрой коллектива АО, уметь предотвратить возникновение конфликта, стрессовой ситуации во взаимоотношениях с подчиненными, между самими сотрудниками или с пациентами [14–16].

Следовательно, работа аптеки носит коллективный характер и зависит как от выработанного организационного поведения ее работников, так и от стиля управления руководителя.

Осуществление управленческой деятельности в фармации невозможно без фармацевтической этики и деонтологии, что закреплено на законодательном уровне. Прежде всего по требованиям надлежащей аптечной практики (НАП) фармацевтическим работникам необходимо соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии при предоставлении населению полной и достоверной информации о лекарственных препаратах. Выполнение данных требований обеспечивается руководителем АО путем проведения инструктажа работников по надлежащему и профессиональному предоставлению необходимой информации потребителям. Следует отметить, что на период испытательского срока специалистов, в соответствии с локальными актами АО, внедряются мероприятия по адаптации, которые включают развитие коммуникативных навыков и предотвращение конфликтов [17].

С учетом вышесказанного у руководителя АО формируется профессиональное поведение, которое определяется уровнем образования и воспитания, общим уровнем его интеллекта, широтой эрудиции и интересов, а также требует от него определенных знаний и навыков своей профессии.

Таким образом, содержание профессиональных функций руководителя АО, моральные и этические ориентации обеспечивают качество обслуживания населения, уровень ответственности и устойчивость фармацевтической организации.

ВЫВОДЫ

В условиях аптечной организации профессиональная этика руководителя является основой его управленческого профессионализма, способствуя повышению качества лекарственного обеспечения населения. Формирование

основ профессиональной этики происходит постепенно и последовательно в ходе процесса обучения по специальностям 33.05.01 и 33.02.01 «Фармация» на теоретических занятиях и в период прохождения ознакомительных и производственных практик на базе АО, в дальнейшем при освоении программ дополнительного образования.

Литература

1. Белозор А. Ф. Профессиональная этика как фактор эффективного сотрудничества. В сборнике: Материалы научных трудов национальной научно-практической конференции БГАУ; 20–21 мая 2021 г.; Брянск. Состояние, проблемы и перспективы развития современной науки. 2021; (1): 305–312.
2. Куликова О. А., Соколова О. В., Алексеева К. С. Профессиональная этика фармацевтических работников. Медицинская этика. 2022; 10(4): 8–12. DOI: 10.24075/medet.2022.059. EDN GQYXCZ.
3. Новикова Л. С., Чумакова Л. В. Основные направления этики и деонтологии фармацевтической деятельности специалистов. В сборнике: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию фармацевтического факультета КГМУ; 20–21 октября 2016 г.; Курск. Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития 2016; (1): 169–174.
4. Щербин А. А. Профессиональная этика руководителя как фактор принятия управленческих решений. Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. 2023; 20: 109–112.
5. Калимуллина Э. М. Значение управленческой этики в бизнесе. Экономика и социум. 2016; 2(21). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/znachenie-upravlencheskoy-etiki-v-biznese> (дата обращения: 30.04.2026)
6. Ханфеева Э. Р. Понятие этики и ответственности в современном менеджменте. Скиф. Вопросы студенческой науки. 2019; 5–1(33): 310–312.
7. Чумаков М. В., Сапунова Т. А. Этика управления и этика руководителя: основы и принципы. В сборнике: Материалы научных статей 8-й Международной научной конференции студентов и молодых ученых; 16–17 мая 2024 г.; Курск. Молодежь и системная модернизация страны 2024; (1): 400–403.
8. Загачев А. М. Профессиональная этика руководителя курсантского коллектива как основа управленческого профессионализма. Научный компонент. 2022; 1(13). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-etika-rukovoditelya-kursantskogo-kollektiva-kak-osnova-upravlencheskogo-professionalizma> (дата обращения: 30.04.2026)
9. Алексеева К. С., Лаврентьева Л. И., Соколова О. В., Исаева И. Ю., Корзина Н. С. Развитие розничного фармацевтического рынка и систематизация управленческих уровней в аптечных организациях. Пациентоориентированная медицина и фармация. 2025; 3(4): 84–93. DOI: 10.37489/2949-1924-0122.
10. Приказ Минтруда России от 22.05.2017 № 428н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области управления фармацевтической деятельностью».
11. Ulasen TV, Starodubtsev NN, Krikova AV, Zaitseva VM. Significance of psychological studies in assessment of stress tolerance and social frustration in medical and pharmaceutical students and in management of Pharmacies' teams. Vestnik of the Smolensk State Medical Academy. 2023; 22 (4): 246–252. DOI: 10.37903/vsgma.2023.4.33.
12. Чеснокова Н. Н., Кононова С. В., Петрова С. В. Заведующие аптеками: функции, права и обязанности. Ремедиум. 2014; 1–2: 71–72.
13. Беликова Л. О., Василевская Е. С. Анализ внутренней и внешней среды аптечной организации. Научный вестник Омского государственного медицинского университета. 2022; 2 (5): 96–106.
14. Желткевич О. В., Соколова О. В., Алексеева К. С., Заваруева А. П. Профессионально-важные качества фармацевтических работников для оказания персонализированной лекарственной помощи. Пациентоориентированная медицина и фармация. 2024; 2 (4): 67–73. DOI: 10.37489/2949-1924-0070.
15. Михайлова Е. А., Гаврилина Н. И. Нравственно-психологические качества руководителя аптечной организации в процессе управления. Современные проблемы науки и образования. 2014; 3: 726.
16. Хуткина Г. А. Этико-деонтологические аспекты фармацевтической помощи. В сборнике: Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием; 02 декабря 2016 г.; Витебск, Республика Беларусь. Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии 2016; (1): 105–107.
17. Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 259н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».

References

1. Belozor AF. Professional'naya etika kak faktor effektivnogo sotrudnichestva. V sbornike: Materialy nauchnykh trudov natsional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii BGAU; 20–21 maya 2021 g.; Bryansk. Sostoyaniye, problemy i perspektivy razvitiya sovremennoy nauki. 2021; (1): 305–312. Russian.
2. Kulikova OA., Sokolova OV, Alekseyeva KS. Professional'naya etika farmatsevticheskikh rabotnikov. Meditsinskaya etika. 2022; 10(4): 8–12. DOI: 10.24075/medet.2022.059. EDN GQYXCZ. Russian.
3. Novikova LS, Chumakova LV. Osnovnyye napravleniya etiki i deontologii farmatsevticheskoy deyatel'nosti spetsialistov. V sbornike: Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem, posvyashchennoy 50-letiyu farmatsevticheskogo fakul'teta KGMU; 20–21 oktyabrya 2016 g.; Kursk. Farmatsevticheskoye obrazovaniye, nauka i praktika: gorizonty razvitiya 2016; (1): 169–174. Russian.
4. Shcherbin AA. Professional'naya etika rukovoditelya kak faktor prinyatiya upravlencheskikh resheniy. Obrazovaniye i nauka bez granits: sotsial'no-gumanitarnyye nauki. 2023; 20: 109–112. Russian.
5. Kalimullina EM. Znachenie upravlencheskoy etiki v biznese. Ekonomika i sotsium. 2016; 2(21). Available from URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/znachenie-upravlencheskoy-etiki-v-biznese> (accessed: 30.04.2026) Russian.
6. Khanafeyeva ER. Ponyatiye etiki i otvetstvennosti v sovremennom menedzhmente. Skif. Voprosy studencheskoy nauki. 2019; 5–1(33): 310–312. Russian.
7. Chumakov MV, Sapunova TA. Etika upravleniya i etika rukovoditelya: osnovy i printsipy. V sbornike: Materialy nauchnykh statey 8-y Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii studentov i molodykh uchenykh; 16–17 maya 2024 g.; Kursk. Molodezh' i sistemnaya modernizatsiya strany 2024; (1): 400–403. Russian.

8. Zagachev AM. Professional'naya etika rukovoditelya kursantskogo kolektiva kak osnova upravlencheskogo professionalizma. Nauchnyy komponent. 2022; 1(13). Available from URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-etika-rukovoditelya-kursantskogo-kollektiva-kak-osnova-upravlencheskogo-professionalizma> (accessed: 30.04.2026) Russian.
9. Alekseyeva KS, Lavrent'yeva LI, Sokolova OV, Isayeva IYu., Korzina NS. Razvitiye roznichnogo farmatsevticheskogo rynka i sistematizatsiya upravlencheskikh urovney v aptechnykh organizatsiyakh. Patsiyentooriyentirovannaya meditsina i farmatsiya. 2025; 3(4): 84–93. DOI: 10.37489/2949-1924-0122. Russian.
10. Prikaz Mintruda Rossii ot 22.05.2017 № 428n «Ob utverzhdenii professional'nogo standartov «Spetsialist v oblasti upravleniya farmatsevticheskoy deyatel'nost'yu». Russian.
11. Ulasen TV, Starodubtsev NN, Krikova AV, Zaitseva VM. Significance of psychological studies in assessment of stress tolerance and social frustration in medical and pharmaceutical students and in management of Pharmacies' teams. Vestnik of the Smolensk State Medical Academy. 2023; 22 (4): 246–252. DOI: 10.37903/vsgma.2023.4.33. Russian.
12. Chesnokova NN, Kononova SV, Petrova SV. Zaveduyushchiye aptekami: funktsii, prava i obyazannosti. Remedium. 2014; 1–2: 71–72. Russian.
13. Belikova LO, Vasilevskaya Ye S. Analiz vnutrenney i vneshney sredy aptechnoy organizatsii. Nauchnyy vestnik Omskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2022; 2 (5): 96–106. Russian.
14. Zheltkevich OV, Sokolova OV, Alekseyeva KS, Zavaruyeva AP. Professional'no-vazhnyye kachestva farmatsevticheskikh rabotnikov dlya okazaniya personalizirovannoy lekarstvennoy pomoshchi. Patsiyentooriyentirovannaya meditsina i farmatsiya. 2024; 2 (4): 67–73. DOI: 10.37489/2949-1924-0070. Russian.
15. Mikhaylova YeA, Gavrilina NI. Nравstvenno-psikhologicheskiye kachestva rukovoditelya aptechnoy organizatsii v protsesse upravleniya. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2014; 3: 726. Russian.
16. Khutkina GA. Etiko-deontologicheskiye aspekty farmatsevticheskoy pomoshchi. V sbornike: Materialy Respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem; 02 dekabrya 2016 g.; Vitebsk, Respublika Belarus'. Bioetika i sovremennyye problemy meditsinskoy etiki i deontologii 2016; (1): 105–107. Russian.
17. Prikaz Minzdrava Rossii ot 29.04.2025 № 259n «Ob utverzhdenii Pravil nadlezhashchey aptechnoy praktiki lekarstvennykh preparatov dlya meditsinskogo primeneniya». Russian.

ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ КАК СЕМАНТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПОЭЗИИ

Л. М. Рутковская ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Статья посвящена анализу образа медицинского работника в отечественной поэзии XX в. применительно к категории долга. Заявленная тема в качестве предмета специального комплексного изучения еще не ставилась в российском научном пространстве. Определяется понятие долга, дается краткий обзор исследовательской литературы по теме. Автор отмечает, что категория профессионального долга врача, появляясь в отечественной поэзии лишь в начале XX в., прочно закрепляется в ней и находит свое отражение на протяжении всего исследуемого периода. При этом поэзия дает примеры как для детского возраста, так и для взрослых, зрелых читателей. В данной статье анализируются поэтические произведения В. В. Маяковского, К. И. Чуковского, Ю. В. Друниной, Н. А. Заболоцкого, М. А. Рутковского. Указывается на особую воздейственную силу поэзии на читателя. Автор приходит к заключению, что созданные отечественными поэтами образы врачей и медсестер, подвижников своего дела, могут иметь методологическое и воспитательное значение в процессе формирования личности будущего врача.

Ключевые слова: этика, долг, врач, медсестра, нравственность, отечественная поэзия

✉ **Для корреспонденции:** Лариса Микелисовна Рутковская
ул. Революционная, д.5, г. Ярославль, 150000, Россия; rulame@mail.ru

Статья поступила: 02.04.2026 **Статья принята к печати:** 21.04.2026 **Опубликована онлайн:** 10.05.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.010

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

DOCTOR'S DUTY AS A SEMANTIC CATEGORY IN RUSSIAN POETRY

Rutkovskaya LM ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article analyzes the image of healthcare professionals shown in Russian poetry of the XX century through the lens of a duty. The topic declared as the subject of a special comprehensive survey has not been brought up in the Russian scientific field. The notion of 'a duty' is defined, a summary of research literature related to this issue is provided. The author mentions that the category of a doctor's professional duty, which appeared in Russian poetry in the beginning of the XX century only, is firmly fixed and reflected herein during the entire investigated period. Meanwhile, poetry provides examples both for children and adults. In this paper, pieces of poetry by Mayakovsky VV, Chukovsky KI, Drunina YV, Zabolotsky NA and Rutkovsky MA have been analyzed. It is indicated that poetry produces a specific effect on the reader. The author concludes that the images of devoted doctors and nurses that have been created by Russian poets can play a significant methodological and educational role in developing the professional identity and personality of future healthcare professionals.

Keywords: ethics, duty, doctor, nurse, morality, national poetry

✉ **Correspondence should be addressed:** Larisa M Rutkovskaya
5 Revolutsionnaya Str., Yaroslavl, Russia; rulame@mail.ru

Received: 02.04.2026 **Accepted:** 21.04.2026 **Published online:** 10.05.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.010

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Отличительной особенностью отечественного процесса образования является включение в него как собственно обучения, так и воспитательной составляющей. Это значит, что проблемы этики, культуры играют важную роль в формировании гармонично развитой личности: не просто ремесленника, узкого специалиста, но мастера своего дела, гражданина своей страны. Уровень морального совершенства/несовершенства общества есть показатель его развитости, и — применительно к отдельной профессии — он формирует облик ее представителей в сознании граждан. Этим определяется актуальность исследования о воплощении этических категорий — долга, чести, блага — в образе врача в отечественной поэзии и в профессии врача в целом.

Синтезируя данные разными словарями определения слова «долг», мы можем определить его как этическую категорию, выражающуюся в нравственной, внутренне определяемой потребности личности, группы лиц или целого общества действовать в конкретных условиях

определенным образом. В расширенном понимании долг может рассматриваться как общечеловеческая категория, тогда он определяется вневременными и внепространственными моральными нормами общечеловеческого характера (например, отказ супругов М. и П. Кюри патентовать свою методику и технологию производства радия во имя человечества); может быть долг перед своей страной и народом, тогда он исходит из норм, принятых в данном обществе и т.д. В идеале они не противоречат друг другу.

Разумеется, когда мы говорим о неких обязанностях, сразу кто-то скажет, что обязанности должны сочетаться с правами и этично ли требовать, например, от врача выполнения долга, если государство и общество не могут обеспечить ему достойные условия жизни. Здесь оговоримся, что проблема прав — это предмет другого исследования. Мы же рассматриваем долг именно как «внутренне принимаемое обязательство» [1], в отличие от императивных норм. Понятие долга оказывается,

таким образом, сопряженным со стремлением субъекта соразмерить свои действия с потребностями общества, с разрешением важнейшей для человечества проблемы Жизни и Смерти, и — нахождением в этом радости существования и осознания собственной ценности, нужности.

Проблема морально-нравственного облика врача достаточно широко представлена в нашей исследовательской литературе (работы Е. А. Вагнера [2], Е. В. Харламова [3], сборники статей различных конференций [4] и др.). Формированию осознанного профессионального долга у будущих военных медиков посвящена диссертация Н. Г. Иванова [5]. Особый интерес представляют труды, посвященные, в том числе, воплощению образа врача в художественной прозе. Так, Т. А. Ковелина отмечает: «Задача художественного образа врача — эмоционально воздействовать на человека, при этом он способен сформировать общественную оценку врачу, стать фактором профессионализации личности, мотивацией выбора профессии» [6]. Кроме того, как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях разрабатывается новый подход к художественной литературе — «врачебное прочтение», или LM (Literature and Medicine) [7]. Обращается среди исследователей внимание на необходимость использования художественной литературы в процессе воспитания будущего врача [8].

Однако системного труда о значении поэтического образа врача мы пока не имеем. Поэзия же, как наиболее емкий тип организации художественной речи, придающий каждому слову особую значимость в общем контексте, наделенная качеством специфического взаимодействия ритма и рифмы, дает возможность максимального воздействия на душу и нравственный склад воспринимающего субъекта. Не случайно и многие первые сочинения по медицине имели стихотворный склад (произведения Асклепиада, Ибн Сины, Лукиана, Цельса, «Лapidарий» Марбоды Реннского, «Салернский кодекс здоровья» Арнольда из Виллановы и др.).

Важность и продуктивность использования поэтических произведений в процессе преподавания подтверждается и некоторыми специальными исследованиями, в ходе которых сами студенты отмечали «возникновение в их восприятии ассоциативных, объемных образных связей между объектами учебной дисциплины и простыми предметами, понятиями» [9]. Таким образом, выявление поэтического образа врача имеет как методологическое, так и практическое значение.

Изучив целый комплекс отечественных поэтических текстов, мы пришли к заключению, что категория врачебного долга как одна из определяющих в моральном облике врача входит в нее с 20-х гг. XX в. Связано это было с тем, что поэзия начинает приобретать пропагандистский характер, особенно в стихах революционных поэтов.

Так, в произведении В. В. Маяковского медицинский работник выполняет общегосударственную задачу. Поэт утверждает образ фельдшера — борца с оспой, в противовес знахарству, суевериям и упованию на божью милость. При этом фельдшер действует совместно с красноармейцем, который в сознании народа был борцом за правое дело, борцом с пережитками прошлого, прогрессивно мыслящим элементом общества. Подспудно и фельдшер (врач, медработник) приобретает в повествовании, а как предполагается и в народном восприятии, эти черты: методом расширительного переноса.

«Готово, — говорит. —

Оспа привилась.

Верьте в медицину, а не в божью милость» [10].

В последующей поэзии врач — это представитель интеллигенции, человек, не просто выполняющий свой гражданский долг, но образцовый, высоконравственный типаж. Вообще удивительная черта всей советской идеологии состояла в стремлении возвысить каждого человека — от рабочего до интеллигента, от малыша до старика. Потому литературные примеры положительны: они дают образец, идеал человека, то, к чему надо стремиться. И в поэзии облик врача приобретает черты, вызывающие в читателе непререкаемое уважение. При том осознается, что врач — это тот же служащий, работающий на общее дело благосостояния страны, выполняющий свои специфические социальные обязанности, стоящий на страже народного здравоохранения.

Так, в 1929 г. К. И. Чуковский пишет детскую сказку в стихах «Айболит». Сам автор признавался, что намеренно использовал множество зрительных образов и усиливал динамичность для более продуктивного воздействия на детский разум. Первоначальное знакомство детей с профессией врача связывалось, кроме того, с его предметным миром — микстуры, градусники. И какой советский ребенок не мечтал стать таким же, как доктор Айболит?

Чуковский создает образ доктора Айболита как защитника всех обиженных, ведь болезнь в его стихах может возникнуть от того, что ужалила обидчик-оса: «Жажда защиты обиженного, драгоценное человеческое чувство, так легко воспринимаемое детской душой...» [11]. Герой Чуковского стремится помочь ищущим у него помощи, даже забывая о себе, готовый мужественно преодолеть любые трудности. Вся сказка в стихах об Айболите наполнена героическим пафосом, а образ врача обогащается в детском воображении такими характеристиками, как жертвенность, служение, забота, долг: если не я, то кто?

Здесь уместно вспомнить слова И. М. Сеченова: «Свою особу он (ребенок. — Л.Р.) ассоциирует со всеми проходящими через его сознание героями и со всеми их свойствами... Сливая себя с любым образом, ребенок начинает любить все его свойства... Любовь к правде, великодушие, сострадательность, бескорыстие... развиваются... частым повторением в сознании страстных представлений... Удивительно ли после этого, что ребенок и в 18 лет, с горячей любовью к правде... готов идти из-за этой правды на муку. Ведь он знает, что его идеалы, его рыцари терпели за нее, а он не может быть не рыцарем, потому что был им с пяти до 18 лет» [12].

Позднее к этой теме в детских стихах будет обращаться А. Л. Барто. Особенность ее стихов — предложение ребенку в игровой форме Я-образа, когда повествование идет от имени санитаря, врача, и ребенок естественно начинает себя с ними отождествлять, вживаться в образ доброго, участливого медицинского работника («Мы с Тамарой», «В кошачьей неотложке» и др.).

Тема исполнения врачебного долга особенно остро встала в поэзии времен Великой Отечественной войны. О войне написано много, в том числе о санитарях, медсестрах, врачах. Необычайно проникновенны и при этом суровы стихи О. Бергольц («В госпитале» и др.). Сами медицинские работники были поэтами — А. И. Никаноркин, А. И. Милевский, В. М. Тушнова и др. Но более других

именно подвигу советского медицинского работника в годы войны посвятила свои строки Ю. В. Друнина. Она сама прошла всю войну: в начале войны записавшись добровольцем в санитарную дружину при Районном обществе Красного Креста и закончив ее старшиной медицинской службы с орденом Красной Звезды и медалью «За отвагу». Друнина писала о том, что было ей близко, что сама проживала каждый день, поэтому все ее стихи наполнены предельной честностью.

«Побледнев,
Стиснув зубы до хруста,
От родного окопа
Одна
Ты должна оторваться,
И бруствер
Проскочить под обстрелом
Должна.
...Ты должна.
Ведь нельзя притворяться
Перед собой,
Что не слышишь в ночи,
Как почти безнадежно
«Сестрица!»
Кто-то там,
Под обстрелом, кричит...» [13].

Именно в стихах Ю. Друниной рождается образ медицинского работника не как идеальный, созданный воображением автора, но реальный — плоть и кровь, и душа, — для которого нет выше призвания, чем спасти человека, товарища, отстаивающего свободу и независимость Отчизны. На первый план выходят такие качества, как самоотверженность, внимательность к каждому нуждающемуся во врачебной помощи, проявление заботы о нем, умение сохранить в себе способность к самообладанию. Когда ценность каждой человеческой жизни была осознана как предельная величина, от которой зависит, в том числе, и выживаемость всего советского народа, профессия врача, медсестры, санитарки приобрела особую значимость.

«...Но ничего прекрасней нет,
Поверьте
(А было всяко
В жизни у меня!)
Чем заслонить
Товарища от смерти
И вынести его
Из-под огня» [14].

Ю. Друнина и сама оказывалась в шаге от смерти, нуждаясь в медицинской помощи. Врачи Великой Отечественной войны, действительно, совершили великий подвиг, вернув в строй более 70% раненых и более 90% больных солдат и офицеров.

Но война отметилась не только высокой поэзией, значительное место занимал и солдатский фольклор. Сюжеты были различные, часто наивные, но близкие каждому: спасшая солдата медсестра оказывается его сестрой или невестой, доставленный в госпиталь в тяжелом состоянии солдат умирает, и медсестра узнает в нем возлюбленного или сына. Женщина в военных песнях предстает в образе медсестры, санитарки, связистки,

партизанки, всегда готовой не только последовать за своим любимым на линию фронта и сражаться «в битве, в пламени вместе с бойцами» [15] за Родину, но и в случае гибели любимого — продолжить его дело. Женщина, девушка представляется в военном фольклоре не мечтой солдата, но его реальной спутницей и помощницей, отважной и верной.

«На войну, милый, поедешь,
На войну и я с тобой.
Буду раны перевязывать,
Тебе, мой дорогой» [16].

С окончанием Великой Отечественной войны все силы страны были направлены на восстановление экономики, на мирное строительство и поднятие уровня жизни граждан — как экономического, так и культурного. Поэты обращаются к проблемам, волновавшим жителей страны в мирное время.

В 1957 г. Н. А. Заболоцкий, под впечатлением от заметки, помещенной в мартовском номере газеты «Правда» за тот же год, пишет стихотворение «Смерть врача» [17]. Поэта привлекает образ простого человека, самого обычного доктора, но в котором восхищает его огромная нравственная сила. И за этим героем мы видим сотни таких же других, поскольку автор не обозначает ни пространство, ни время конкретно: предметен лишь сам образ доктора. Врач из степного «захолустного села» становится общесоветским типажом, в котором выражены вечные этические начала. Он, поставленный в стихотворении, казалось бы, в экзистенциальную ситуацию, совершает жертвенный выбор и спасает жизнь бригадира будучи сам в предсмертном состоянии, ведь для него нет вопроса — ехать или нет к больному. Его даже не мучают сомнения о правильности выбора, он делает то, что считает для себя единственно возможным — спасти жизнь другого человека, даже ценой собственной. В «поэтической философии (Заболоцкого. — Л.Р.) вычитывается не только отчаянная попытка преодоления конечности бытия, но такая же естественная «нормальность» переживания выпадающих на долю страданий, как и переживание счастья, довольства и т.п.» [18].

«...Человеческой силе
Не положен предел:
Он, и стоя в могиле,
Сделал то, что хотел» [19].

Врач в стихотворении Заболоцкого, таким образом, возвышается над бытием, бытом, временем и пространством благодаря своей высокой нравственности, чистоте души; он одухотворяет мир, внося в него свою частицу доброты, любви, честно исполняя свой гражданский долг, главным становится «творящее, преображающее мир человеческое действие, которое надолго переживет «физический» век самого творца» [20]. Смерть врача, по Заболоцкому, включена в общий поток жизни, он — врач — его нравственная духовная частица. Поэт выводит образ героической смерти, но не бессмысленной, а утверждающей человечность, жертвенность во имя блага.

Однако и в мирное время в сознание вновь и вновь вплетается тема войны, к ней продолжают обращаться поэты 1960–1970-х гг. (М. В. Исаковский, Р. И. Рождественский, К. М. Симонов, А. Т. Твардовский,

Н. С. Тихонов и др.). В 1980-е гг. появляются стихотворения о врачах Афганской войны, с честью выполняющих свой интернациональный долг.

Для поэтов-семидесятников тема Великой Отечественной войны, максимально обнажившая извечные проблемы противоборства добра со злом, жизни и смерти, правды и лжи, была возможностью не только выразить свою признательность поколению ветеранов, закрепить в памяти людей образ великих борцов за правое дело, защитников Родины, но и вновь, с чувством осознания огромного значения в жизни общества нравственных ценностей, поднять тему этики человеческого поведения. К сожалению, стихи поэтов-семидесятников выпали из орбиты научного осмысления, их творчество — со сменой вектора развития Российского государства — на многие годы было отложено на пыльные полки. Однако та сила слова, которой они обладают, заложенные в них непреходящие ценности, важность сохранения преемственности в общем процессе развития русской литературы заставляют вновь к ним обращаться и осмысливать.

Одним из таких поэтов был М. А. Рутковский, в будущем — доктор исторических наук, профессор. В 1986 г. им было написано стихотворение «О солдате и дочери Панфилова», поднимающее проблему братства, народного единения. За историческую основу взяты события обороны Москвы, ноябрь 1941 г. Все образы предельно сгущены в таком малом пространстве текста — простого солдата, генерала, медсестры, но каждый из них — образ стойкости и человечности. Чужие, никогда ранее не знавшие друг друга люди становятся родными и близкими, сплоченные одной бедой, единой целью — победить врага, отстоять Родину. Единым строем выступали солдат и генерал, медсестра и врач, отцы и дети, братья и сестры, жены и мужья. Стихотворение наполнено лексемами разных словоформ, выражающими идею родства: сестричка, батя, отчий, отцом, родным. И в этой лексической и смысловой парадигме высвечивается образ медицинской сестры, стойкой и героической, мужественно выполняющей свой

долг, отказавшей себе в праве хоть на минуту показать раненым солдатам свою боль, свои переживания, свою душевную муку:

«С передовой —
Лишь шаг до медсанбата.
Солдат еще боролся и шептал,
Ломая боль:
«Сестричка, умер Батя...»
Все знали:
Батя — это генерал.
Не по Уставу звали — по привычке,
Что завещал по праву отчий дом.
Он умер, не узнав, что той сестричке
Панфилов-батя был родным отцом» [21].

Таким образом, поэзия XX в. дала нам яркие образы представителей медицинской профессии, которые имеют огромное методологическое и воспитательное значение для тех, кто предполагает посвятить этой профессии свою жизнь. Благодаря повышенной эмоциональности, смысловой емкости, сочетающей краткость изложения и предельную точность при отборе средств выразительности и каждого слова, поэзия особым образом воздействует на моральный облик воспринимающего субъекта и имеет свойство глубокого запечатления в нем. Поэтические произведения, в которых затронута тема исполнения врачебного долга как одной из важнейших морально-нравственных характеристик представителя врачебной профессии, несомненно должны присутствовать в программах детского и подросткового воспитания. Через образ энтузиаста и альтруиста Айболита в произведении К. И. Чуковского, образы самоотверженных медсестер и врачей Ю. В. Друниной, методом реалистической типизации, представленным в стихотворении Н. А. Заболоцкого, посредством закрепления в сознании будущих поколений исторической правды и памяти, как в стихах М. А. Рутковского, формируется тот культурный облик медицинского работника — врача, медсестры, санитаря, — которым всегда отличалась отечественная медицина.

Литература

1. Философский энциклопедический словарь. М.: Сов. энциклопедия, 1983; 839 с.
2. Вагнер Е. А. Раздумья о врачебном долге. Режим доступа: Eugene_Wagner-The_Reflections-RU.pdf. (дата обращения: 16.03.2026)
3. Харламов Е. В., Склярова Е. К., Киселева О. Ф. Долг врача и гражданина М.: Литагент Книжкин Дом. 2018. Режим доступа: <https://www.litres.ru/book/evgeniy-harlamov/dolg-vracha-i-grazhdanina-38624489/> (дата обращения: 16.03.2026)
4. Медицинская этика и деонтология. Психология профессионального общения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 90-летию ФГБОУ ВО Даггосмедуниверситета. 22 ноября 2022 г. Махачкала: Издательско-полиграфический центр ДГМУ. 2022; 378 с.
5. Иванов Н. Г. Воспитание профессионального долга у слушателей военно-медицинских вузов (автореф. Диссертации). М. 2005; 22 с.
6. Ковелина Т. А. Образ врача в культуре (диссертация). Ростов-на-Дону: Рост. гос. ун-т. 2006; 296 с.
7. Тверская С. С. Врачебное прочтение как технология медико-литературного исследования. Актуальные исследования. 2024; 5 (187): 59–62. Режим доступа: <https://apni.ru/article/8351-vrachebnoe-prochtenie-kak-tekhnologiya-mediko>. (дата обращения: 16.03.2026)
8. Архирейская И. М. Изучение медицинской тематики в литературе как необходимое условие профессиональной подготовки студентов-медиков. Вестник научных конференций. 2025; 10–6 (122): 12–14. Режим доступа: <https://ukonf.com/doc/cn.2025.10.06.pdf>. (дата обращения: 16.03.2026)
9. Зайцев А. Н. Использование воздействия на студентов медицинского вуза поэтических образов в качестве дополнительной методики преподавания клинической дисциплины. Вестник Санкт-Петербургского научно-исследовательского института педагогики и психологии высшего образования. 2024; 10(2): 38–51.
10. Маяковский В. Полн. собр. соч. Подгот. текста и примеч. П. И. Агеева и Ф. Н. Пицкель. М.: Гос. изд-во худож. лит. 1957; 478 с.
11. Чуковский К. И. История моего «Айболита». В книге: Чуковский К. И. Собр. соч. 2-е изд., электронное, испр. Сост., коммент. Е. Чуковской. М.: Агентство ФТМ, Лтд. 2012; 2:369–379. Режим доступа: <https://www.chukfamily.ru/kornei/prosa/knigi/onetofive/istoriya-moego-ajbolita>. (дата обращения: 16.03.2026)

12. Сеченов И. М., Князькин И. В., Марьянович А. Т. Рефлексы головного мозга. В книге: Сеченов И. М. Биография. Главные труды. Авт. предисл., биографии и коммент. СПб.: Изд-во ДЕАН. 2004; 271–398 с.
13. Друнина Ю. В. Ты должна Режим доступа: <https://www.culture.ru/poems/47594/ty-dolzhna> (дата обращения: 16.03.2026)
14. Друнина Ю. В. Это имя... Стихотворения. М.: Современник, 1984; 110 с.
15. Минц С. И., Гречина О. Н., Добровольский Б. М. Массовое песенное творчество. В книге: Русский фольклор Великой Отечественной войны. Академия наук СССР. Институт русской литературы (Пушкинский дом). М.-Л.: Наука, 1964; 103–148.
16. Власов З. И. Частушки. В книге: Русский фольклор Великой Отечественной войны. Академия наук СССР. Институт русской литературы (Пушкинский дом). М.-Л.: Наука. 1964; 149–193 с.
17. Заблочкая Л., Шубин Е. Примечания. В книге: Заблочкин Н. А. Собр. соч. Предисл. Н. Степанова; примеч. Л. Заблочкин, Е. Шубина. М.: Худож. лит. 1983; 1: 595–646.
18. Коптева Г. Г. Эпические интенции в творчестве Николая Заблочкин (автореф. Диссертации). Красноярск. 2011; 28 с.
19. Заблочкин Н. А. Собр. соч. Предисл. Н. Степанова; примеч. Л. Заблочкин, Е. Шубина. М.: Худож. лит. 1983; 1: 655 с.
20. Талицкая А. А. Языковая репрезентация концепта «смерть» в произведениях Н. Заблочкин 1929–1937 гг. Ярославский педагогический вестник. 2010; 3: 158–161.
21. Рутковский М. А. О солдате и дочери Панфилова. За технические кадры. 12 марта 1986; 9 (897).

References

1. Filosofskij jenciklopedicheskij slovar'. M.: Sov. jenciklopedija, 1983; 839 s. Russian.
2. Vagner EA. Razdum'ja o vrachebnom dolge. Available from URL: Eugene_Wagner-The_Reflections-RU.pdf. (accessed: 16.03.2026) Russian.
3. Harlamov EV, Skljarov EK, Kiseleva OF. Dolg vracha i grazhdanina. M. Litagent Knizhkin Dom. 2018. Available from URL: <https://www.litres.ru/book/evgeniy-harlamov/dolg-vracha-i-grazhdanina-38624489/> (accessed: 16.03.2026) Russian.
4. Medicinskaja jetika i deontologija. Psihologija professional'nogo obshhenija: Materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvjashhennoj 90-letiju FGBOU VO Daggosmeduniversiteta; 22 nojabrja 2022 g.; Mahachkala: Izdatel'sko-poligraficheskij centr DGMU, 2022; 378 s. Russian.
5. Ivanov NG. Vospitanie professional'nogo dolga u slushatelej voenno-medicinskih vuzov [avtoref. dissertacii]. M., 2005; 22 s. Russian.
6. Kovelina TA. Obraz vracha v kul'ture (dissertacija). Rostov-na-Donu: Rost. gos. un-t, 2006; 296 s. Russian.
7. Tverskaja SS. Vrachebnoe prochtenie kak tehnologija mediko-literaturnogo issledovanija. Aktual'nye issledovanija. 2024; 5 (187): 59–62. Available from URL: <https://apni.ru/article/8351-vrachebnoe-prochtenie-kak-tehnologiya-mediko>. (accessed: 16.03.2026) Russian.
8. Arhirejskaja IM. Izuchenie medicinskoj tematiki v literature kak neobhodimoe uslovie professional'noj podgotovki studentov-medikov. Vestnik nauchnyh konferencij. 2025; 10–6 (122): 12–14. Available from URL: <https://ukonf.com/doc/cn.2025.10.06.pdf>. (accessed: 16.03.2026) Russian.
9. Zajcev AN. Ispol'zovanie vozdejstvija na studentov medicinskogo vuza pojeticheskikh obrazov v kachestve dopolnitel'noj metodiki prepodavanija klinicheskoy discipliny. Vestnik Sankt-Peterburgskogo nauchno-issledovatel'skogo instituta pedagogiki i psihologii vysshego obrazovanija. 2024; № 2 (10): 38–51. Russian.
10. Majakovskij V. Poln. sobr. soch. Podgot. teksta i primech. PI Ageeva i FN Pickel'. M.: Gos. izd-vo hudozh. lit. 1955–1961; 5. 1957; 478 s. Russian.
11. Chukovskij KI. Istorija moego «Ajbolita». V knige: Chukovskij KI. Sobr. soch. 2-e izd., jelektronnoe, ispr. Sost., komment. E. Chukovskoj. M.: Agentstvo FTM, Ltd. 2012; 2:369–379. Available from URL: <https://www.chukfamily.ru/kornei/prosa/knigi/onetofive/istoriya-moego-ajbolita>. (accessed: 16.03.2026) Russian.
12. Sechenov IM. Refleksy golovnogogo mozga. V knige: Sechenov IM. Biografija. Glavnye trudy. Avt. predisl., biografii i komment. IV Knjaz'kin i AT Mar'janovich. SPb.: Izd-vo DEAN. 2004; 271–398. Russian.
13. Drunina Ju V. Ty dolzhna Available from URL: <https://www.culture.ru/poems/47594/ty-dolzhna>. (accessed: 16.03.2026) Russian.
14. Drunina Ju V. Jeto imja... Stihotvorenija. M.: Sovremennik. 1984; 110 s. Russian.
15. Minc SI, Grechina ON, Dobrovolskij BM. Massovoe pesennoe tvorcestvo. V knige: Russkij fol'klor velikoj otechestvennoj vojny. Akademija nauk SSSR. Institut russkoj literatury (Pushkinskij dom). M.-L.: Nauka, 1964; 103–148. Russian.
16. Vlasov ZI. Chastushki. V knige: Russkij fol'klor velikoj otechestvennoj vojny. Akademija nauk SSSR. Institut russkoj literatury (Pushkinskij dom). M.-L.: Nauka. 1964; 149–193. Russian.
17. Zablockaja L, Shubin E. Primechanija. V knige: Zabolockij NA. Sobr. soch. Predisl. N. Stepanova; Primech. L. Zablockoj, E. Shubina. M.: Hudozh. lit., 1983; 1: 595–646. Russian.
18. Kopteva GG. Jepicheskie intencii v tvorchestve Nikolaja Zabolockogo (avtoref. Dissertacii). Krasnojarsk: Gorno-Altajskij gosudarstvennyj universitet. 2011; 28 s. Russian.
19. Zabolockij NA. Sobr. soch. Predisl. N. Stepanova; Primech. L. Zablockoj, E. Shubina. M.: Hudozh. lit. 1983; 1: 655 s. Russian.
20. Talickaja AA. Jazykovaja reprezentacija koncepta «smert'» v proizvedenijah N. Zabolockogo 1929–1937 gg. Jaroslavskij pedagogicheskij vestnik. 2010; 3: 158–161. Russian.
21. Rutkovskij MA. O soldate i docheri Panfilova. Za tehicheskie kadry. 12 marta 1986; 9 (897). Russian.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ЭТИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

И. Н. Илларионова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье рассматриваются этико-педагогические аспекты образовательного процесса на примере преподавания латинского языка в медицинском вузе. Выделены основные положения педагогической этики, этического кодекса преподавателя университета. Приводится анализ результатов анкетного опроса студентов-первокурсников на тему «Роль преподавателя в учебном процессе», проведенного на кафедре иностранных языков ЯГМУ. Обсуждаются мнения студентов относительно личных качеств идеального преподавателя университета. Отмечается необходимость формирования терминологической грамотности обучающихся, расширения их кругозора и повышения общекультурного уровня в ходе изучения латинского языка. Автор подчеркивает важность миссии, возложенной на современного преподавателя, и неразрывную связь профессионального обучения и нравственного воспитания.

Ключевые слова: педагогическая этика, этический кодекс преподавателя, терминологическая грамотность, общекультурное значение латинского языка, этические основы профессиональной культуры будущего врача

✉ **Для корреспонденции:** Ирина Николаевна Илларионова
Ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль. 150000, Россия; irina.illarionova@list.ru

Статья поступила: 15.06.2026 **Статья принята к печати:** 18.06.2026 **Опубликована онлайн:** 28.06.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.015

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

THE LATIN LANGUAGE IN MEDICAL EDUCATION: ETHICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS

Illarionova IN ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article investigates the ethical and pedagogical dimensions of education, specifically using the process of teaching Latin in medical schools as a case study. This outlines the core principles of pedagogical ethics and the professional code of conduct for university teachers. The results of a survey given to first-year students at the Department of Foreign Languages of Yaroslavl State Medical University (YSMU) regarding the teacher's role in education are analyzed. The issue of what students look for in the personality of an ideal university teacher is being discussed. The study of Latin must be used to equip students with proper terminological skills, widen their intellectual horizons, and raise their general cultural literacy. The author stresses the essential mission of a modern teacher, noting that teaching skills and moral guidance cannot be separated.

Keywords: pedagogical ethics, teacher's ethical code, terminological literacy, general cultural significance of the Latin language, and ethical foundations of the future doctor's professional culture

✉ **Correspondence should be addressed:** Irina N Illarionova
Revolutionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; irina.illarionova@list.ru

Received: 15.06.2026 **Accepted:** 18.06.2026 **Published online:** 28.06.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.015

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Основы педагогической этики в отечественной педагогике получили развитие в трудах основоположника отечественной педагогики К. Д. Ушинского, который утверждал, что «влияние нравственное составляет главную задачу воспитания, гораздо более важную, чем развитие ума вообще...» [1].

Последователь К. Д. Ушинского П. Ф. Каптерев, один из основоположников педагогической психологии, в своих работах дополнил то, что не успел сделать К. Д. Ушинский. Он обосновал тесную связь образовательного процесса с нравственным развитием человека. «Учителю невозможно в классе перед учащимися быть только преподавателем и перестать быть человеком». Учитель имеет «...общекультурные качества, которыми ... он так же неизбежно будет влиять на учащихся, как и своим учительским искусством» [2].

Основываясь на трудах К. Д. Ушинского, П. Ф. Каптерева и др., отечественные педагоги трактуют передовые идеи

воспитания через определение педагогической этики, основными понятиями которой являются «...мораль, нравственность, нравственная культура педагога, нравственная деятельность, ситуация нравственного выбора» [3]. Как следует из определения, педагогическая этика — это этика самого преподавателя, его нравственная деятельность. «Главнейшее всегда будет зависеть от личности ... воспитателя: влияние личности воспитателя на молодую душу составляет ту воспитательную силу, которую нельзя заменить ни учебниками, ни моральными сентенциями, ни системой наказаний и поощрений» [1].

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель данной статьи: проанализировать этические аспекты взаимодействия преподавателей и обучающихся в медицинском вузе на примере обобщения опыта

преподавания латинского языка, то есть на начальном этапе медицинского образования. Мы представим этот анализ через собранные в ходе анкетного опроса данные — Vox studentium (Глас студентов), которые покажут, что ожидают от нас, преподавателей, студенты, как оценивают нашу работу.

Мы попытались выяснить, насколько воспитательная и образовательная деятельность преподавателя латинского языка в медицинском вузе соответствует критериям педагогической этики, и обратились к студентам первого курса с вопросами, касающимися роли преподавателя при изучении дисциплины «Латинский язык». В опросе приняли участие 100 студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате анкетирования были получены следующие данные. Отвечая на вопрос «Насколько велика роль преподавателя при изучении дисциплины?», 93% опрошенных студентов отметили важность роли преподавателя. Причем 51% обучающихся оценили правильную организацию и проведение занятия, так как от этого зависят понимание и усвоение материала студентами. 25% респондентов отметили важность общения с преподавателем, который «обучает и воспитывает». 9% оценили роль преподавателя, так как «сам образ преподавателя имеет воспитательное значение». Почти столько же (8%) отметили важность взаимодействия с преподавателем, что «может дать представление об общении с коллегами в будущем». И все-таки заданный нами вопрос не нашел отклика у 7 человек: трое затруднились ответить, а четверо предпочли общению с преподавателем учебник.

К сожалению, мы не смогли побеседовать со студентами, которые при изучении латинского языка могут обходиться без преподавателя, поскольку опрос был анонимным. Конечно, нам хотелось бы выяснить, в чем наша ошибка, из-за чего роль педагога не оценена. Для этого мы задали студентам следующий вопрос: «Как вы представляете идеальный образ современного преподавателя?». Более половины участвовавших в опросе студентов (53%) считают, что преподаватель должен быть образованным специалистом с высокими моральными качествами, владеющим современными методами обучения. 29% респондентов ожидают от преподавателя умения заинтересовать и мотивировать аудиторию. 14% ценят понимающее отношение к трудностям студентов. 4% затруднились ответить на этот вопрос.

Мы также поинтересовались, какие профессиональные и человеческие качества ценят наши студенты в преподавателях. На этот вопрос ответили 78 из 100 студентов, принимавших участие в анкетировании. Среди наиболее часто упоминаемых характеристик были названы профессионализм, требовательность, справедливость, доброжелательность, умение найти индивидуальный подход, ответственность, культура общения, тактичность, а также любовь к своему делу и студентам. Таковы, по мнению наших студентов, представления об идеальном преподавателе университета.

К этим личным качествам, которыми должен обладать каждый преподаватель университета, добавим также желание студентов встретить поддержку со стороны преподавателя. Студенты-первокурсники чувствуют себя порой очень неуверенно, особенно при изучении

дисциплин, которые они прежде никогда не изучали, например, латинский язык. Они ждут от нас поддержки, которая может заключаться в следующем: готовность ответить на любой вопрос по содержанию или по организации занятия и текущих консультаций; советы по выбору учебной литературы; рекомендации по более качественной подготовке к занятию и т.д. Мы должны знать: каждое наше слово и тон, в котором оно произнесено, оценивается студентами. Наша задача — вдохновлять, мотивировать, а не демотивировать. Поэтому мы не скажем обучающимся: «Ты не сдашь, не напишешь, не справишься». Мы поддержим их, используя также устное поощрение, и покажем путь, который приведет к успешному решению стоящих перед ними задач.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЭТИКИ

Одно из главных положений педагогической этики заключается в том, что любое взаимодействие со студентами должно быть основано на взаимном уважении. Недопустимо, например, на наш взгляд, обращаться к студентам на «ты», что, к сожалению, приходится порой слышать от коллег на кафедре. Не будем забывать: мы участвуем в воспитании будущих врачей, то есть наших будущих коллег. Отметим, 90% проанкетированных обучающихся считают разумным готовить себя к профессии врача уже с 1-го курса, они выразили готовность работать над развитием своего интеллектуального, культурного и профессионального уровня, чтобы стать грамотными, образованными специалистами с высокими моральными качествами [4]. Так что обращение «уважаемые коллеги», которое мы иногда используем в аудитории, кажется вполне уместным.

Несколько слов о том, что называют «воспитанием через предмет». Как подчеркивает П. Ф. Каптерев, «каждый вообще учебный предмет может и должен быть так поставлен, чтобы в некоторой степени, хотя и небольшой, содействовал нравственному развитию учащихся» [2]. Несмотря на то что изучение дисциплины «Латинский язык» призвано формировать универсальные компетенции, успешное овладение медицинской терминологией на первом курсе обеспечивает формирование общепрофессиональных компетенций на профильных кафедрах университета, способствует формированию профессионального языка будущего врача. Медицинская терминология — это «система систем», в числе которых выделяются три ведущие группы терминов: анатомическая терминология, клиническая терминология и фармацевтическая терминология [5]. Усилия преподавателя и студентов должны быть направлены на овладение основами медицинской терминологии, на формирование терминологической грамотности, что позволит в будущем грамотно и осознанно использовать профессиональную медицинскую терминологию в конкретных ее аспектах [6]. Подчеркнем, речь здесь идет о воспитании профессиональной культуры будущего врача, которой свойственно уважительное отношение к пациентам, к коллегам по цеху, то есть врачам, к самой профессии: *medicina nobilissima*. В сообществе квалифицированных медиков с высокими моральными качествами, разумеется, грамматические, лексические и прочие ошибки в медицинских терминах просто недопустимы. В этом мы пытаемся убедить наших обучающихся, когда обнаруживаем в их работах такие грубые ошибки, как неправильное употребление

приставок-антонимов *hypo-* и *hyper-*, ошибки в употреблении и объяснении значений суффиксов *-osis* и *-itis*, которые используются в образовательных моделях различных клинических патологий. Разумеется, мы не можем требовать от студентов-первокурсников точного научного объяснения клинического термина, все же с самого начала изучения латыни должны добиваться терминологической грамотности наших обучающихся.

Немаловажным разделом в воспитательной работе «через предмет» представляется общекультурное значение изучения латинского языка. Заучивание афоризмов, крылатых выражений, профессиональных изречений позволяет расширить кругозор, повысить культурно-образовательный уровень. Некоторые латинские афоризмы, которые мы предлагаем выучить нашим студентам, касаются вопросов жизни и смерти, здоровья человека, поведения врача. Особое внимание мы уделяем изречениям, которые представляют собой медицинские деонтологические заповеди, например: «*Primum poli (non) poscē!*» — прежде всего — не навреди (первая заповедь врача); «*Aliis inserviendo consūmor*» — служба другим сгораю (иллюстрацией девиза служит горящий светильник или свеча — эмблема врачевания) [7]. Мы предлагаем обсудить содержание афоризмов на занятии, а также подготовить доклады, выступить с презентациями на заседании кружка СНО латинской секции кафедры. Наши студенты

с желанием откликаются на эти предложения, принимают участие также в мероприятиях, организуемых кафедрами латинского языка других вузов России.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог сказанному, подчеркнем: педагогическая этика преподавателя — это педагогический кодекс его поведения. Педагогический кодекс, то есть профессиональная образовательная деятельность, регламентируется федеральными и местными нормативными актами и основывается на высоких моральных качествах педагога, на его нравственной культуре. Преподаватели латинского языка в медицинском вузе используют возможности содержательного аспекта дисциплины для того, чтобы уже на начальном этапе медицинского образования способствовать формированию у обучающихся этических основ профессиональной культуры будущего врача, используя как учебные, так и внеучебные формы работы. Возложенная на преподавателя миссия обучения и воспитания может считаться исполненной, если в образовательном процессе реализуются главные правила педагогической этики: «Процесс обучения, построенный на уважении, понимании и доверии, непременно порождает интерес, дает возможность познать радость творческого поиска, научного открытия...» [2].

Литература

1. О воспитании детей и юношества. Традиции русской гуманистической педагогики (по трудам К. Д. Ушинского). Антология гуманной педагогики. М. Амрита-Русь. ИД Шалвы Амонашвили. 2023; 224 с.
2. Культура и личность как факторы воспитания и познания. Ребенок и школа: опыт плодотворного взаимодействия (по трудам П. Ф. Каптерева). Антология гуманной педагогики. М. Амрита-Русь. ИД Шалвы Амонашвили. 2023; 276 с.
3. Андреев В. И. Педагогическая этика: инновационный курс для нравственного саморазвития. Казань. Центр инновационных технологий. 2012; 272 с.
4. Илларионова И. Н. Латинский язык в медицинском образовании: анализ мотивационных факторов. Медицина

- и языки в образовании и науке: сборник научных трудов. Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга». 2025; 304 с.
5. Нечай М. Н. Латинский язык для педиатрических факультетов: учебное пособие. М. КНОРУС. 2013; 344 с.
 6. Илларионова И. Н. О роли словарей в формировании терминологической грамотности студентов-медиков (из опыта работы). Иностранные языки в медицинском вузе: проблемы и перспективы: сборник материалов конференции. Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга». 2024; 3: 210 с.
 7. Чернявский М. Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии: учебник. М.: Медицина. 2004; 448 с.

References

1. O vospitanii detej i junoshestva. Tradicii russkoj humanisticheskoy pedagogiki (po trudam Ushinskogo KD) Antologija gumannoj pedagogiki. M. Amrita-Rus'. ID Shalvy Amonashvili. 2023; 224 s. Russian.
2. Kul'tura i lichnost' kak faktory vospitaniya i poznaniya. Rebenok i shkola: opyt plodotvornogo vzaimodejstviya (po trudam Kaptereva PF). Antologija gumannoj pedagogiki. M. Amrita-Rus' ID Shalvy Amonashvili. 2023; 276 s. Russian.
3. Andreev VI. Pedagogicheskaja jetika: innovacionnyj kurs dlja npravstvennogo samorazvitiya. Kazan'. Centr innovacionnyh tehnologij. 2012; 272 s. Russian.
4. Illarionova IN. Latinskij jazyk v medicinskom obrazovanii: analiz motivacionnyh faktorov. Medicina i jazyki v obrazovanii i nauke:

- sbornik nauchnyh trudov. Voronezh. Izdatel'sko-poligraficheskij centr «Nauchnaja kniga». 2025; 304 s. Russian.
5. Nechaj MN. Latinskij jazyk dlja pediatričeskikh fakul'tetov: uchebnoe posobie. M. KNORUS. 2013; 344 s. Russian.
 6. Illarionova IN. O roli slovarej v formirovanii terminologicheskoy gramotnosti studentov-medikov (iz opyta raboty). Inostrannye jazyki v medicinskom vuze: problemy i perspektivy: sbornik materialov konferencii. Voronezh: Izdatel'sko-poligraficheskij centr «Nauchnaja kniga». 2024; 3: 210 s. Russian.
 7. Chernjavskij MN. Latinskij jazyk i osnovy medicinskoj terminologii: uchebnik. M. Medicina. 2004; 448 s. Russian.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Ю. А. Сурьянинова , Е. Б. Кузнецова

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье рассматриваются этические аспекты технологической медиации в профессиональной деятельности преподавателя иностранного языка в медицинском вузе. На основе синтеза медиаобразования, цифровой дидактики и методики преподавания иностранных языков предложена авторская модель компетентности технологической медиации, включающая этический компонент. Выделены принципы диагностики, уровни сформированности и методические приемы внедрения этического компонента при работе с иноязычным текстом. Обсуждаются риски и перспективы формирования этически ответственной технологической медиации в условиях цифровизации медицинского образования, включая вызовы, связанные с интеграцией искусственного интеллекта (ИИ) и необходимостью развития критического мышления у всех участников образовательного процесса.

Ключевые слова: технологическая медиация, этика, цифровая дидактика, академическая честность, искусственный интеллект, биомедицинская этика, медиаграмотность

Вклад авторов: Ю. А. Сурьянинова, Е. Б. Кузнецова — анализ и синтез литературы по теме, разработка методики применения технологической медиации в высшей школе, подготовка текста статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Юлия Анатольевна Сурьянинова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; julia.grisch@inbox.ru

Статья поступила: 03.06.2026 **Статья принята к печати:** 10.06.2026

Опубликована онлайн: 18.06.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.014

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

ETHICAL ASPECTS OF TECHNOLOGICAL MEDIATION IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF A FOREIGN LANGUAGE TEACHER AT MEDICAL UNIVERSITIES

Suryaninova JA , Kuznetsova EB

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

This paper explores the ethical dimensions of technological mediation into the workflows of foreign language teachers at medical universities. By combining media education, digital didactics, and foreign language teaching, the author presents a model of technology-mediated competence that incorporates an ethical component. The study elucidates the testing principles, educational stages, and teaching techniques used to incorporate ethical concepts into foreign language reading. The text explores the risks and prospects of forming ethically responsible technological mediation in the context of the digitalization of medical education. It highlights the hurdles of adding artificial intelligence (AI) to classrooms and the need to teach critical thinking to all students and teachers.

Keywords: technological mediation, ethics, digital didactics, academic integrity, artificial intelligence, biomedical ethics, and media literacy

Author contribution: Suryaninova JA, Kuznetsova EB — analysis and synthesis of literature on the topic, development of methods for applying technological mediation in higher education, preparation of the text of the article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Julia A. Suryaninova
Revolutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; julia.grisch@inbox.ru

Received: 03.06.2026 **Accepted:** 10.06.2026 **Published online:** 18.06.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.014

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Современное высшее образование в целом и медицинское в частности переживают этап глубокой цифровой трансформации, в рамках которой технологии становятся не просто инструментами, а активными посредниками (медиаторами) между преподавателем, обучающимся и профессиональным знанием. Особое место в этом процессе занимает преподаватель иностранного языка, который в медицинском вузе решает задачу формирования у студентов не только лингвистической, но и профессионально-коммуникативной компетентности, необходимой для работы с иноязычными учебными и научными источниками, участия в международных клинических исследованиях и этически выверенного

взаимодействия с пациентами и коллегами. Цифровая трансформация преподавателя высшей школы является сложным и противоречивым процессом, порождающим множество этических проблем, требующих должного внимания и осмысления [1].

В научной литературе понятие «технологическая медиация» все чаще используется для обозначения процессов опосредования учебной и профессиональной деятельности цифровыми средствами. Однако этические аспекты такой медиации применительно к преподаванию иностранного языка в медицинском вузе остаются недостаточно изученными. Между тем именно здесь возникает ряд специфических этических вызовов,

требующих особого внимания, таких как достоверность и проверка иноязычных медицинских данных, соблюдение авторских прав при использовании онлайн-ресурсов, защита конфиденциальности при работе с клиническими кейсами, а также предотвращение манипулятивных техник в цифровой коммуникации.

Согласно исследованию [2], внедрение образовательных технологий в медицинское образование часто происходит без учета философских, этических и социокультурных последствий, что ведет к фрагментарному подходу и риску дегуманизации обучения. К тому же в условиях развития медиакommunikаций возникает необходимость выработки медиаэтических норм для всех участников, активно позиционирующих себя в медиасреде, включая преподавателей и студентов медицинских вузов [3]. Международное медицинское образовательное пространство в области иностранных языков в условиях цифровой цивилизации предъявляет особые требования к форме и содержанию обучения, что делает вопросы технологической медиации особенно актуальными [4].

Активное внедрение ИИ в образовательный процесс ставит новые этические дилеммы, такие как определение авторства текстов, созданных с помощью нейросетей, и сохранение академической честности [5]. Ключевой угрозой для современной академической честности является не само использование ИИ, а возможная потеря чувства авторства, когда знание перестает быть результатом самостоятельного человеческого труда. Эта проблема приобретает особую остроту в медицинском образовании, требующем абсолютной достоверности и осознанности знаний.

Цель настоящей статьи — теоретически обосновать этический компонент компетентности технологической медиации преподавателя иностранного языка в медицинском вузе, представить авторскую модель и описать методические приемы его формирования, учитывающие вызовы цифровой эпохи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено в рамках методологии педагогического проектирования. Материалами послужили научные публикации по медиаобразованию, цифровой дидактике, методике преподавания иностранных языков в медицинском вузе на основе баз данных eLibrary, Scopus, PubMed за 2020–2026 гг., работы, посвященные этическим аспектам цифровой трансформации образования и использованию ИИ, а также авторские разработки, включая ранее созданную модель компетентности технологической медиации для учителя иностранного языка [6, 7].

Методы исследования для выделения этических аспектов технологической медиации в контексте медицинского образования включают теоретический анализ и синтез. Для включения этического компонента в рамках общей модели компетентности используется метод педагогического моделирования, классификации и типологизации. Для описания уровней сформированности технологической медиации применительно к преподавателю в высшей школе и выявления существующих приемов работы с иноязычным текстом с этической нагрузкой применяются методы контент-анализа методических материалов. Также изучается и обобщается передовой педагогический опыт для выявления эффективных стратегий интеграции этического компонента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Этическая основа работы с иноязычными источниками в сети Интернет

Для подбора актуального материала современный преподаватель иностранного языка в медицинском вузе ежедневно обращается к сетевым иноязычным ресурсам, а именно базам данных медицинских публикаций, специализированным англоязычным порталам, таким как Medscape, WebMD, видеоматериалам с клиническими разборами, онлайн-курсам международных профессиональных сообществ. В этой среде возможны многообразные этические риски, связанные в первую очередь с проблемой достоверности. Иноязычные источники могут содержать непроверенные данные, коммерчески ангажированную информацию или откровенно ложные сведения (например, о методах лечения, не прошедших клинических испытаний). Этическая обязанность преподавателя — не только самому уметь верифицировать источники, но и формировать у студентов навык критической оценки. Технологическая медиация здесь проявляется в использовании цифровых инструментов проверки, например поиска информации по рецензируемым журналам.

В своей профессиональной деятельности преподаватель иностранного языка в медицинском вузе развивает научное лингвистическое мышление студентов путем участия в различных конференциях с подготовленными докладами на медицинские темы и темы на стыке лингвистики и медицины. В этой связи возникает проблема соблюдения авторского права. Преподаватель использует фрагменты текстов, изображений, видео из иноязычных источников для создания учебных материалов (презентаций, рабочих листов, заданий на электронных платформах). Этически корректная медиация требует указания оригинального источника, получения разрешения при необходимости (например, на воспроизведение клинических фотографий) и недопущения плагиата.

Еще одной проблемой при работе с иноязычным медицинским текстом может стать проблема культурной чувствительности. Медицинская информация может затрагивать религиозные, этические или правовые нормы разных стран (например, различия в подходах к аборту, эвтаназии, трансплантологии). Преподаватель, предлагая такие иноязычные тексты, обязан избегать навязывания одной культурной позиции и, напротив, развивать у студентов навык уважительного межкультурного диалога. Таким образом, этическая основа работы с иноязычными медицинскими источниками базируется на принципах достоверности, легальности и культурной толерантности.

Технологическая педагогическая медиация в высшей школе

Под технологической педагогической медиацией понимается процесс опосредования взаимодействия между преподавателем, обучающимся и учебным содержанием с помощью цифровых инструментов [7]. В контексте высшей школы, особенно медицинской, технологическая медиация приобретает ряд особенностей.

1. Высокая степень ответственности за точность передаваемого знания. В медицинском образовании ошибка в понимании иноязычного термина или клинической рекомендации, транслируемая через

- цифровую среду, может привести к негативным последствиям в будущей профессиональной деятельности выпускника. Следовательно, медиация должна включать этический фильтр: преподаватель не просто предоставляет иноязычный ресурс, но и эксплицитно обозначает его доказательную базу, возможные ограничения и контекст применимости.
2. Необходимость баланса между доступностью информации и академической честностью. Современные цифровые платформы (сервисы проверки на плагиат) создают условия для контроля, но одновременно порождают недоверие к обучающемуся. Этически ответственная технологическая медиация предполагает, что преподаватель использует цифровые средства не столько для надзора, сколько для создания прозрачных и равных условий учебной деятельности.
 3. Необходимость формирования у студентов метакомпетенции «критическая медиаграмотность» применительно к медицинскому дискурсу. Преподаватель иностранного языка, выступая медиатором, должен научить студентов не только переводить и понимать тексты, но и распознавать в них манипулятивные техники, рекламные вкрапления, псевдонаучные утверждения — и все это в иноязычной среде, где культурные и языковые барьеры усложняют оценку.

Этический компонент компетентности технологической медиации

Чтобы адаптировать разработанную ранее модель компетентности технологической медиации для учителя иностранного языка [7], в ее структуру должен быть введен этический компонент как самостоятельная подсистема, пронизывающая все остальные компоненты (мотивационно-ценностный, когнитивный, операционно-деятельностный, рефлексивно-оценочный). Этический компонент может быть рассмотрен через призму его элементов: нормативно-ценностный, когнитивно-рефлексивный, операционно-процедурный и коммуникативно-дискурсивный.

Нормативно-ценностный элемент предполагает знание преподавателем профессиональных этических кодексов (педагога, медицинского работника), правил академического цитирования, законов об авторском праве в цифровой среде, а также внутреннее принятие ценности достоверности, прозрачности и уважения к интеллектуальной собственности.

Когнитивно-рефлексивный элемент заключается в способности распознавать этически уязвимые ситуации в процессе технологической медиации (например, использование студентом генеративных нейросетей для выполнения задания по переводу медицинского текста без проверки); умения анализировать собственные действия с точки зрения их этической допустимости.

Операционно-процедурный элемент основывается на владении конкретными технологическими приемами этически выверенной медиации, а именно корректном оформлении ссылок на иноязычные источники, применении инструментов проверки на плагиат с учетом академической честности, использовании функций ограничения доступа к конфиденциальным клиническим данным в учебных целях.

Коммуникативно-дискурсивный элемент — это способность выстраивать диалог со студентами на темы этики в цифровой среде (например, обсуждение

границ допустимого использования ChatGPT при подготовке к занятию по медицинскому английскому), умение аргументированно объяснять этические запреты и рекомендации.

Этический компонент не должен рассматриваться как дополнительный, его необходимо интегрировать в каждый из четырех базовых компонентов модели. Например, мотивационно-ценностный компонент без этической составляющей сводится к формальному отношению к технологиям; когнитивный компонент без этики превращается в набор технических знаний, лишенных моральной рефлексии.

Уровни сформированности технологической медиации преподавателя высшей школы

В исходной модели технологической медиации были выделены три уровня сформированности: репродуктивный, продуктивный, творческий [6]. Применительно к преподавателю иностранного языка в медицинском вузе с акцентом на этические аспекты эти уровни могут быть определены следующим образом.

Репродуктивный уровень предполагает, что преподаватель использует цифровые инструменты в основном по готовым алгоритмам, не рефлекслируя их этической нагрузки; соблюдает формальные требования к цитированию иноязычных источников, но не анализирует возможные нарушения авторских прав; в этически спорных ситуациях действует по шаблону, не разворачивая дискуссию о допустимых границах использования цифровых помощников.

Продуктивный уровень — это осознанное применение технологий с учетом их этических последствий; разработка собственных правил этически ответственного использования иноязычных онлайн-материалов; встраивание этического компонента в текущие занятия с аргументацией своей позиции по этическим вопросам медиации.

Творческий уровень (высший) проявляется в том, что преподаватель самостоятельно конструирует этически ориентированные сценарии технологической медиации, адаптируя их под специфику конкретной медицинской специальности; инициирует и проводит учебно-исследовательские проекты со студентами на стыке этики, ИКТ и медицинского английского; разрабатывает авторские методические приемы, демонстрирующие рефлексивную позицию «этического наставника».

Методические приемы и внедрение этического компонента при работе с иноязычным текстом

Практическая реализация этического компонента технологической медиации требует разработки конкретных методических приемов, которые могут быть использованы преподавателем иностранного языка в медицинском вузе. Предлагая иноязычную статью на медицинскую тему, преподаватель может дать следующие задания: выделить в ней содержательные моменты, требующие этической оценки, например конфликт интересов авторов, нестандартную методологию, ссылки на коммерческие структуры, описания вмешательств без согласия пациентов.

Важно научить студента-медика оценивать языковой материал с точки зрения этики. Для этого преподаватель заранее подготавливает несколько иноязычных текстов

с умышленными этическими нарушениями (отсутствие ссылки на автора, неправомерное использование клинических изображений, ссылка на рекламный сайт как на доказательный источник). Студенты идентифицируют нарушения и предлагают корректный вариант.

Студентам также можно предложить представить себя рецензентами медицинского журнала. Они получают короткую рукопись на английском языке и чек-лист этических критериев. Используя цифровые инструменты проверки, студенты выносят решение о публикации, что развивает навыки критической оценки источников и осознания ответственности за распространение научной информации.

Студентов необходимо научить рефлексии в технологической медиации. В качестве учебного компонента можно предложить вести дневник с фиксацией случаев этических сомнений при работе с иноязычными источниками, что способствует развитию собственной этической рефлексии.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведенное исследование позволяет утверждать, что этический компонент технологической медиации является не факультативным, а обязательным элементом профессиональной компетентности преподавателя иностранного языка в медицинском вузе. Полученные результаты согласуются с современными тенденциями в педагогической этике и медиаобразовании, где подчеркивается, что цифровые технологии не бывают нейтральными: они всегда усиливают или ослабляют определенные ценности [2].

Однако технологическая медиация имеет ряд дискуссионных моментов и ограничений. Во-первых, это вопрос о мере ответственности преподавателя за этические последствия медиации, если студенты имеют доступ к тем же технологиям вне учебной среды. На наш взгляд, преподаватель не может и не должен тотально контролировать этическую сторону деятельности студентов, но он обязан создать рефлексивную среду, в которой этические нормы становятся предметом осознанного выбора, а не внешнего принуждения. Второй дискуссионный момент связан с вопросом о том, может ли чрезмерный акцент на этике привести к «параличу медиации». Выход видится в развитии у преподавателя навыка этического дозирования. В-третьих, возникает вопрос о том, как быть с использованием генеративных нейросетей (например, ChatGPT, DeepSeek и др.) в процессе технологической медиации [8, 9]. Это вызов,

который требует отдельного изучения. Предварительно можно сказать, что этический компонент должен включать умение преподавателя формулировать правила использования нейросетей для учебных целей. В перспективе необходимо создание институциональных этических кодексов применения ИИ в медицинском языковом образовании, что признается назревшей необходимостью для всех, кто организует новые формы медицинского образования [10, 11]. Сравнение с исходной моделью показывает, что в медицинском вузе этическая нагрузка возрастает многократно, поскольку добавляются ценности сохранения человеческой жизни, конфиденциальности и доказательной медицины [12, 13].

ВЫВОДЫ

Технологическая медиация в деятельности преподавателя иностранного языка в медицинском вузе представляет собой работу с сетевыми иноязычными источниками, цифровыми инструментами проверки, платформами дистанционного обучения и генеративными нейросетями. Этическая основа этой деятельности базируется на принципах достоверности, легальности, культурной толерантности и уважения к интеллектуальной собственности.

В структуру компетентности технологической медиации целесообразно включать этический компонент, который содержит нормативно-ценностный, когнитивно-рефлексивный, операционно-процедурный и коммуникативно-дискурсивный элементы и пронизывает все остальные компоненты модели.

С учетом этического аспекта выделены три уровня сформированности технологической медиации преподавателя высшей школы: репродуктивный (формальное соблюдение норм), продуктивный (осознанное применение этических принципов) и творческий (проектирование этически ориентированных сценариев и наставничество).

При работе с иноязычным текстом необходимо внедрять этический компонент через методические приемы, которые могут быть адаптированы под разные формы обучения и уровни подготовки студентов.

Перспективы дальнейших исследований связаны с эмпирической верификацией предложенной модели, разработкой валидного диагностического инструментария для оценки уровня сформированности этического компонента и изучением влияния генеративных нейросетей на этические аспекты медиации.

Литература

1. Валева Г. В. Этические проблемы и риски цифровой трансформации преподавателя высшей школы. *Общество: философия, история, культура*. 2024; 5 (121): 86–91. DOI: 10.24158/fik.2024.5.9.
2. Шубина Е. В., Данила С. Л. Эволюция и определение EdTech в контексте высшего медицинского образования. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики*. Серия: Гуманитарные науки. 2025; 10/2: 169–172. DOI: 10.37882/2223-2982.2025.10-2.49.
3. Распопова С. С., Колондаев С. А. Медиакommunikation в медицине: к постановке этических проблем. *Вопросы теории и практики журналистики*. 2022; 11(3): 512–528.
4. Альшук Н. А., Абенаволи Л., Батиров Д. Ю. Международное медицинское образовательное пространство в условиях цифровой цивилизации. *Биоэтика*. 2024; 17(1): 44–50. DOI: 10.19163/2070-1586-2024-17-1-44-50.
5. Сизова Е. В. Концепты академической этики в условиях цифровой трансформации образования: влияние искусственного интеллекта. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. 2025; 7: 324–342. DOI: 10.24412/2304-120X-2025-11146.
6. Кузнецова Е. Б., Сурьянинова Ю. А. Экспериментальный проект исследования формирования компетентности технологической медиации студентов вуза. *Глобальный научный потенциал*. 2025; 1(12) (177): 216–220.
7. Кузнецова Е. Б., Сурьянинова Ю. А. Компетентность технологической медиации в высшей школе. *Казанская наука*. 2026; 1: 187–191.

8. Архипов В. В., Наумов В. Б., Старостенко В. А., Нестеров А. А. Использование искусственного интеллекта в высшем образовании: опыт СПбГУ. Трансформация информационных систем. 2025; 1: 1–15.
9. Бурганова Л. А., Мягков Г. П., Юрьева О. В. Университет 4.0: Этические проблемы цифровизации высшего образования. Российское общество сегодня: ценности, институты, процессы: материалы Всероссийской научной конференции XVII Ковалевские чтения (16–18 ноября 2023 года). СПб.: Сциентиа. 2023; 781–783.
10. Валева Г. В. Этические проблемы и риски интеграции технологий искусственного интеллекта в российское высшее образование. NOMOTHETIKA: Философия. Социология. Право. 2025; 50(4): 958–965. DOI: 10.52575/2712-746X-2025-50-4-958-965.
11. Миронова С. П. Специфика и следствия цифровизации образования. Инновации в профессиональном и профессионально-педагогическом образовании: материалы 29-й Международной научно-практической конференции. Екатеринбург: Издательство РГППУ, 2024; 113–116.
12. Назарова Ю. В. Система профессиональной этики в высшем образовании: аксиологические предпосылки формирования и перспективы развития. Педагогический журнал. 2023; 13(5A): 358–367.
13. Усов С. С., Хорохорина Г. А., Ежова Е. В., Расулов А. И., Косых Д. А. Этические аспекты цифровой трансформации образования. Bulletin of Pedagogical Sciences. 2024; 6: 278–285.

References

1. Valeyeva GV. Eticheskiye problemy i riski tsifrovoy transformatsii prepodavatelya vysshey shkoly. Obshchestvo: filosofiya, istoriya, kul'tura. 2024; 5 (121): 86–91. DOI: 10.24158/fik.2024.5.9. Russian.
2. Shubina YeV, Danila SL. Evolyutsiya i opredeleniye EdTech v kontekste vysshego meditsinskogo obrazovaniya. Sovremennaya nauka: aktual'nyye problemy teorii i praktiki. Seriya: Gumanitarnyye nauki. 2025; 10/2: 169–172. DOI: 10.37882/2223-2982.2025.10-2.49. Russian.
3. Raspopova SS, Kolodayev SA. Mediakommunikatsii v meditsine: k postanovke eticheskikh problem. Voprosy teorii i praktiki zhurnalistiki. 2022; 11(3): 512–528. Russian.
4. Al'shuk NA, Abenavoli L, Batirov DYU. Mezhdunarodnoye meditsinskoye obrazovatel'noye prostranstvo v usloviyakh tsifrovoy tsivilizatsii. Bioetika. 2024; 17(1): 44–50. DOI: 10.19163/2070-1586-2024-17-1-44-50. Russian.
5. Sizova Ye V. Kontsepty akademicheskoy etiki v usloviyakh tsifrovoy transformatsii obrazovaniya: vliyaniye iskusstvennogo intellekta. Nauchno-metodicheskiy elektronnyy zhurnal «Kontsept». 2025; 7: 324–342. DOI: 10.24412/2304-120X-2025-11146. Russian.
6. Kuznetsova YeB, Sur'yaninova Yu A. Eksperimental'nyy proyekt issledovaniya formirovaniya kompetentnosti tekhnologicheskoy mediatsii studentov vuza. Global'nyy nauchnyy potentsial. 2025; 1(12) (177): 216–220. Russian.
7. Kuznetsova YeB, Sur'yaninova Yu A. Kompetentnost' tekhnologicheskoy mediatsii v vysshey shkole. Kazanskaya nauka. 2026; 1: 187–191. Russian.
8. Arkhipov VV, Naumov VB, Starostenko VA, Nesterov AA. Ispol'zovaniye iskusstvennogo intellekta v vysshem obrazovanii: opyt SPbGU. Transformatsiya informatsionnykh sistem. 2025; 1: 1–15. Russian.
9. Burganova LA, Myagkov GP, Yur'yeva OV. Universitet 4.0: Eticheskiye problemy tsifrovizatsii vysshego obrazovaniya. Rossiyskoye obshchestvo segodnya: tsennosti, instituty, protsessy: materialy Vserossiyskoy nauchnoy konferentsii XVII Kovalevskiy chteniye (16–18 noyabrya 2023 goda). SPb.: Stsiyentia, 2023; 781–783. Russian.
10. Valeyeva GV. Eticheskiye problemy i riski integratsii tekhnologiy iskusstvennogo intellekta v rossiyskoye vyssheye obrazovaniye. NOMOTHETIKA: Filosofiya. Sotsiologiya. Pravo. 2025; 50(4): 958–965. DOI: 10.52575/2712-746X-2025-50-4-958-965. Russian.
11. Mironova SP. Spetsifika i sledstviya tsifrovizatsii obrazovaniya. Innovatsii v professional'nom i professional'no-pedagogicheskom obrazovanii: materialy 29-y Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Yekaterinburg: Izdatel'stvo RGPpu, 2024; 113–116. Russian.
12. Nazarova Yu V. Sistema professional'noy etiki v vysshem obrazovanii: aksiologicheskiye predposylki formirovaniya i perspektivy razvitiya. Pedagogicheskiy zhurnal. 2023; 13(5A): 358–367. Russian.
13. Usov SS, Khorokhorina GA, Yezhova YeV, Rasulov AI, Kosykh DA. Eticheskiye aspekty tsifrovoy transformatsii obrazovaniya. Bulletin of Pedagogical Sciences. 2024; 6: 278–285. Russian.

ЭВФЕМИЗМЫ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ: РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАЦИИ

М. А. Кротова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Эвфемизация в медицинском дискурсе рассматривается как средство обеспечения профессионально корректной и этически выверенной коммуникации врача и пациента через замену выражений, которые могут вызвать у последнего отрицательные эмоции, обладают нежелательной экспрессией или апеллируют к табуированным темам, нейтральными выражениями. Представлены основные сферы бытования эвфемизмов; обозначены темы медицинского дискурса, подвергающиеся эвфемизации, а также задачи использования эвфемизмов в коммуникации врача и пациента с учетом соблюдения принципов деонтологии. В качестве одного из средств эвфемизации может рассматриваться использование профессионального языка врача, основу которого составляет латинская медицинская (в частности, клиническая) терминология. Это определяет особую актуальность ее изучения для развития лингвистического мировоззрения, формирования коммуникативной культуры будущих врачей, что, в свою очередь, способствует конструктивному взаимодействию с пациентом.

Ключевые слова: эвфемизм, медицинский дискурс, латинский язык, медицинская терминология, речевая этика, деонтология

✉ **Для корреспонденции:** Марина Александровна Кротова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; krotova-marina@mail.ru

Статья поступила: 20.06.2026 **Статья принята к печати:** 25.06.2026 **Опубликована онлайн:** 06.07.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.017

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

EUPHEMISMS IN MEDICAL DISCOURSE: THE ROLE OF THE LATIN LANGUAGE AND ETHICAL ASPECTS OF COMMUNICATION

Krotova MA ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

Euphemisms in medical discourse ensure professionally and ethically sound doctor-patient communication. They are used to replace words and phrases that have a negative and undesirable connotation or appeal to foul language with neutral expressions. The basic areas of their common use are presented; the topics of medical discourse subject to euphemization and the objectives of using euphemisms in doctor-patient communication following the principles of deontology are highlighted. The professional medical language with Latin medical and clinical terms can serve as a means of euphemization. Thus, the issue should be explored to develop the linguistic worldview and communication culture among the future physicians and to communicate with the patient effectively.

Keywords: euphemism; medical discourse; Latin language; medical terminology; speech ethics; deontology

✉ **Correspondence should be addressed:** Marina A. Krotova
Revolutionnaya Str., 5, Yaroslavl, 150000, Россия; krotova-marina@mail.ru

Received: 20.06.2026 **Accepted:** 25.06.2026 **Published online:** 06.07.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.017

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Эвфемизмы (греч. εὐφημισμός, от εὖ — хорошо и φημί — говорю) — эмоционально нейтральные слова или выражения, употребляемые вместо синонимичных им слов или выражений, представляющихся говорящему неприличными, грубыми или нетактичными [1].

Другими словами, «процесс эвфемизации заключается в синонимической замене языковой единицы, произнесение или написание которой нарушает общественный вкус и шокирует коммуникативного партнера» [2]. С. П. Ковшова определяет эвфемизмы как «разрешенные в культурно-языковом социуме выражения (общепринятые или социально маркированные), обозначающие проблему, неуспех или отсутствие того или иного ресурса» [3].

Эвфемизация «связана не только с нормами вежливости, но и с культурными, социальными и идеологическими факторами, определяющими выбор говорящим той или иной номинации» [2].

Таким образом, эвфемизация позволяет апеллировать к табуированным в данной культуре или нежелательным в конкретной коммуникативной ситуации концептам, избегая при этом их прямой номинации.

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС КАК ПРОСТРАНСТВО ЭВФЕМИЗАЦИИ

В исследовании Л. П. Крысина указаны сферы деятельности, для которых характерно употребление эвфемизмов: дипломатия, политика, армия, разведка, полиция и т.д. [4]. Очевидно, особую актуальность эвфемизация приобретает для медицинского дискурса: конструктивное взаимодействие врача и пациента основано на выборе языковых средств, позволяющих обсуждать деликатные темы, связанные с телесностью, интимной сферой, страданием (смертельные диагнозы, тяжелые состояния), инвалидностью или смертью,

«сохраняя у пациента надежду на благоприятный результат» [5].

Актуальность рассматриваемой темы подтверждается значительным количеством работ, посвященных нерусскоязычному медицинскому дискурсу [2, 6–8]. Анализ указанных исследований показывает, что эвфемизация соотносится с определенными тематическими группами, которые в равной степени характерны как для русскоязычного, так и для нерусскоязычного дискурса:

- **смерть** (потеряли пациента, наступила остановка жизненно важных функций);
- **смертельные заболевания** (злокачественный процесс; заболевание с неблагоприятным прогнозом; состояние, угрожающее жизни);
- **тяжелое состояние** (состояние вызывает опасения; нестабильное состояние; требуется интенсивное наблюдение);
- **наркотическая, алкогольная зависимость** (зависимость; употребление психоактивных веществ; злоупотребление веществами);
- **табуированные части тела** (интимная зона; деликатная область; гениталии; наружные половые органы);
- **физиологические процессы** (естественные отправления; естественные процессы организма);
- **физические и психические недостатки, отклонения** (ограниченные возможности здоровья; особенности развития; особые потребности; нарушения функций; когнитивные трудности);
- **медицинские процедуры** (оперативное вмешательство; хирургическая коррекция; инвазивная процедура; диагностическое исследование; лечебное вмешательство) [2, 6–8].

Анализ художественных текстов XIX–XXI вв. показал, что представленные в них «медицинские» эвфемизмы также связаны прежде всего с темами болезни, смерти, телесности и «социальной неловкости». Это подтверждает устойчивость эвфемизации как культурно значимого явления, выходящего далеко за пределы собственно медицинского жанра [5].

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛАТИНСКИЕ ТЕРМИНЫ В РОЛИ ЭВФЕМИЗМОВ

Нельзя не отметить, что медицинскому дискурсу присуща асимметрия между участниками коммуникации: врач обладает специальными знаниями, а пациент, как правило, характеризуется информационной и эмоциональной зависимостью. Таким образом, любое высказывание врача обретает воздействующий характер, что наделяет его ответственностью за исход коммуникации. И употребление эвфемизмов здесь выступает средством обеспечения ее успешности. Иными словами, употребление эвфемизмов «диктуется необходимостью в осознанном речевом действии, контролирующем развитие коммуникации и предотвращающем этикетные, этические и эмоциональные риски» [3].

Так, исследователи [2] выделяют две основные функции эвфемизации речи врача:

- 1) замена слов или выражений, обычно вызывающих страх;
- 2) замена понятия или высказывания, которое является табуированным или неприличным.

Отметим, что характеристики эвфемизмов могут различаться в зависимости от типа медицинского

дискурса, в котором они используются. Языковые способы и средства эвфемизации подробно рассмотрены в статье Л. П. Крысина [4]. В целом, по мнению М. Л. Ковшовой, эвфемизация «строится на создании семантической неопределенности, обобщенном описании негативного денотата, на семантической редукции, то есть сокращении доли информации в языковой единице» [3].

Исследователь отмечает, что в научном и профессиональном общении темы, требующие эвфемизации, рассматриваются на языке терминов, которые переводят обсуждение на понятийный уровень и тем самым снимают любое эмоциональное или этикетное «напряжение» (например: половые признаки; детородные органы; пенис; биологическая жидкость; летальный исход; ритуальные услуги; проблемная кожа; девиантное поведение и др.) [3].

Таким образом, особую роль в медицинском дискурсе обретает использование латинской терминологии («основа профессионального языка врача», «фундамент профессиональной подготовки будущего врача» [9]), которая, обладая экспрессивной нейтральностью, позволяет давать корректное обозначение нежелательных явлений или «эмоционально нагруженных» фактов и таким образом выступает в качестве средства эвфемизации.

Работа с клиническими терминами на занятиях по латинскому языку в вузе включает объяснение значения термина и формулирование определения, что способствует речевому развитию студента, формированию его языкового чутья. Например, традиционно студенты испытывают затруднения при определении терминов «эвтаназия», «гемофилия», которое не исчерпывается экспликацией буквального значения в результате морфемного разбора:

- эвтаназия (*euthanasia*: *eu-* — хороший, *-thanasia* — смерть) — не «нормальная смерть», а *преднамеренное прерывание жизни пациента с целью избавления от физических страданий, вызванных неизлечимым заболеванием*;
- гемофилия (*haem-* — кровь, *-philia* — любовь, склонность) — не «любовь к крови», а *склонность к кровотечениям* (изначально студенты предполагают, что термин связан с вампиризмом).

В качестве дидактического материала заслуживает внимания термин «анестезиолог», правда, не в полной мере соответствующий рассматриваемой теме: так, студенты, в лучшем случае, предлагают определение «врач, который обезболивает». В результате морфемного анализа (*anaesthesiologus*: *an-* — отсутствие, *-aesthesio-* — чувствительность, *-logus* — врач) совместно со студентами формулируется следующее определение: *врач, который обеспечивает отсутствие у пациента чувствительности*.

Значения представленных ниже терминов, выступающих в качестве эвфемизмов, соответствуют указанным выше группам тематических наименований:

- гипергидроз (повышенное потоотделение), гельминтоз (поражение гельминтами), гиперкератоз (повышенное рогообразование на подошвах) и т.д. — социально неодобряемые («неудобные») патологические состояния;
- перректальный, трансвагинальный — названия процедур, связанных с интимной сферой пациента;
- эксгумация, декаптация — термины, значение которых (в некоторых научных сферах — медицине, криминалистике) требует эвфемизации для соблюдения принципов коммуникативной успешности;

- перфорация, резекция — названия оперативных вмешательств;
- канцерогенный, малигнизация, меланома (липома) — термины, связанные с тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями;
- инфантилизм, стробизм, вирилизм — отсылка к качествам, связанным с отклонением от нормы;
- геронтология, сенильный (старческий) — отсылка к возрасту;
- танатогенез — обращение к теме смерти.

Несмотря на то что эвфемизация в медицинском дискурсе соотносится скорее с *клинической* терминологией, существуют примеры использования в этом качестве единиц *анатомической* терминологии (наименования, связанные, по определению ряда исследователей, с «телесным низом» — *vagina, penis, anus*) и *фармацевтической* терминологии (например, *лаксанты* — группа лекарственных средств со слабительным действием (табуированная сфера физиологических отправления). В свою очередь, широкое использование термина в немедицинской сфере (например, греческая основа *-plastica* (*восстановительная операция*) для «немедика» ассоциируется с эстетической сферой (*блефаропластика, ринопластика*), что затрудняет его понимание студентами (*гастроластика* — *восстановление стенки желудка*, не связано с эстетикой). Наконец, отметим актуализацию междисциплинарных связей в контексте рассмотрения эвфемизмов: экспликация термина *хомицидальные наклонности* — *склонность к убийству людей* (относится к области юриспруденции, психологии) облегчает восприятие фармацевтического термина (элемент *-cid-* — *убивающий возбудителей вирусов* в названиях лекарственных средств *Streptocidum, Gramicidinum* позволяет составить представление об их предназначении).

ЭВФЕМИЗМЫ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Как уже отмечалось, врач использует эвфемизацию при взаимодействии с пациентом, чтобы не испугать и не шокировать его при сообщении неприятного диагноза или обсуждении деликатных проблем, например, связанных с интимной сферой, и в целом табуированных («неприличных») тем.

По мнению М. П. Ковшовой, «основными признаками присутствия эвфемизма в речи являются, с одной стороны, семантическая неопределенность в обозначении «негативного», с точки зрения говорящего, денотата или тем, подлежащих в культурном социуме табуированию, и, с другой стороны, исключительно формальный, не вводящий собеседников в заблуждение характер улучшения денотата» [3]. В то же время «потребность в них [эвфемизмах] диктуется необходимостью в осознанном речевом действии, контролирующем развитие коммуникации и предотвращающем этикетные, этические и эмоциональные риски». По мнению В. П. Москвина, именно цель использования (защитить пациента, а не ввести в заблуждение) позволяет различать эвфемизм и ложь [5]. С этой точки зрения можно говорить о том, что использование эвфемизмов не противоречит представлениям о медицинской этике.

В свою очередь, Л. П. Крысин в качестве основной цели употребления эвфемизмов также называет стремление избежать коммуникативных конфликтов и неудач, уберечь собеседника от коммуникативного дискомфорта, что

реализуется посредством «камуфлирования существа дела» [4].

Здесь следует подчеркнуть, что эвфемизация этически оправдана, если не нарушает принципа информированного согласия, то есть не препятствует пониманию смысла сообщения о состоянии пациента и связанных с ним возможных рисках [7]. То есть цель использования средств эвфемизации — не скрыть правду, а представить ее в приемлемой для коммуникантов форме.

В то же время некоторые авторы отмечают, что в связи с усилением тенденции к проявлению открытости и честности при общении с пациентами роль эвфемизации в медицинском дискурсе значительно изменилась [6]. Исследование примеров реальной коммуникации врача и пациента показало, что «конспиративная функция эвфемизмов именно в этом типе медицинского дискурса очень незначительна. Во многом это связано тем, что для успешного лечения и выстраивания доверительных отношений необходимо полное взаимопонимание между агентами коммуникации». Примечательно, по мнению исследователя, что именно пациенты склонны эвфемистично обозначать, например, табуированные понятия, чтобы избежать неловкости, поскольку, в отличие от врача, не владеют медицинской терминологией [6]. С этой же целью могут использоваться дисфемизмы (*сдохнуть* вместо *умереть*, *овощ* для обозначения тяжелобольного), за счет снижения стилистической окраски позволяющие представить ироничный взгляд на проблему, придать коммуникации неформальный оттенок.

Автор также отмечает, что именно в сложных ситуациях, например, при сообщении о смерти пациента его родственникам, обращение к эвфемизации нецелесообразно, так как «в этот напряженный момент слова врача могут быть истолкованы неправильно» [6].

Таким образом, эвфемизм в медицинском дискурсе должен рассматриваться как инструмент балансирования между гуманностью и точностью. Его задача не скрыть правду, а представить ее в приемлемой для пациента форме, совместимой с профессиональной ответственностью врача [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование эвфемизмов в различных профессиональных дискурсах обусловлено их функциями и спецификой бытования. Выступая средством формализации негативного материала, эвфемизация позволяет снимать конфликтность и кризисность и в итоге обеспечивает комфортную коммуникацию [3]. В связи с этим одной из сфер применения эвфемизмов является медицинский дискурс — в частности, коммуникация врача и пациента.

Как было отмечено выше, к эвфемизации прибегают обе стороны коммуникативного процесса, причем их цели и средства могут различаться: пациент стремится избежать неловкости, например, при обсуждении деликатных проблем; со своей стороны, врач также стремится не «смутить» пациента, не «испугать» его, «смягчить удар», например, при сообщении неприятного диагноза.

Поскольку основными средствами эвфемизации выступают синонимия, основанная на семантической неопределенности, и семантическая редукция, желание «смягчить» ситуацию не должно привести к размыванию смысла, сокрытию от пациента значимой информации

и нарушению принципа информированного согласия. В этом случае корректным эвфемизирующим ресурсом для врача становится медицинская терминология, использование которой позволяет избежать экспрессивности высказывания при сохранении точности и ясности речи.

Очевидно, для успешного лечения необходимо достижение полного взаимопонимания, выстраивание доверительных отношений между сторонами медицинской коммуникации — врачом и пациентом. Соответственно, профессиональная подготовка

будущего врача предполагает не только овладение специальными знаниями, но и развитие речевой культуры, формирование коммуникативных навыков и представлений о деонтологической ответственности. В свою очередь, изучение дисциплины «Латинский язык» способствует формированию указанных универсальных компетенций. Поскольку языковая подготовка врача предполагает понимание коммуникативной функции использования терминологии, рассмотрение темы эвфемизации при изучении данной дисциплины представляется методически оправданным.

Литература

1. Арапова Н. С. Эвфемизмы. Режим доступа: <https://rus-yaz.niv.ru/doc/dictionary/linguistic-encyclopedia/fc/slovar-221.htm#zag-1347> (дата обращения: 28.05.2026).
2. Андреева П. И., Слышкин Г. Г. Эвфемизмы в испаноязычном медицинском дискурсе. *The scientific heritage*. 2021; 63: 6–12.
3. Ковшова М. Л. Эвфемизмы и фразеологизмы: устойчивые структуры в аспекте эвфемизации. *Вестник Московского государственного областного университета. Русская филология*. 2019; 4: 35–48.
4. Крысин Л. П. Эвфемизмы в современной русской речи. *Русистика*. 1994; 1–2: 28–49.
5. Малыгина Е. Н. Характеристика эвфемизмов медицинской речи в художественных текстах русской литературы XIX–XXI вв. *Вестник СамГ У*. 2006; 10/2 (50): 170–178.
6. Агаджанян С. А. Эвфемизмы в системе средств речевого воздействия в коммуникативном пространстве «врач — пациент» (на материале английского языка). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/evfemizmy-v-sisteme-sredstv-rechevogo-vozdeystviya-v-kommunikativnom-prostranstve-vrach-patsient-na-materiale-anglijskogo-yazyka/viewer> (дата обращения: 26.05.2026).
7. Романова О. В., Сафонкина О. С. Лингвистические особенности медицинских эвфемизмов в английском языке. *Вопросы прикладной лингвистики*. 2019; 34: 115–138.
8. Шайхуллина Ю. Р. Эвфемизмы в медицинском дискурсе (на материале англоязычного форума “Reddit”).
9. Чернявский М. Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии учебник. Москва: Шико, 2019; 448 с.

References

1. Arapova NS. Jevfemizmy. Available from: <https://rus-yaz.niv.ru/doc/dictionary/linguistic-encyclopedia/fc/slovar-221.htm#zag-1347> (accessed: 28.05.2026).
2. Andreeva PI, Slyshkin GG. Jevfemizmy v ispanojazychnom medicinskom diskurse. *The scientific heritage*. 2021; 63: 6–12.
3. Kovshova ML. Jevfemizmy i frazeologizmy: ustojchivye struktury v aspekte jevfemizacii // *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Serija: Russkaja filologija*. 2019;4: 35–48.
4. Krysin LP. Jevfemizmy v sovremennoj russkoj rechi. *Rusistika*. 1994; 1–2: 28–49.
5. Malygina EN. Harakteristika jevfemizmov medicinskoj rechi v hudozhestvennyh tekstah russkoj literatury XIX–XXI vv. *Vestnik SamG U*. 2006; 10/2 (50): 170–178.
6. Agadzhanjan SA. Jevfemizmy v sisteme sredstv rechevogo vozdeystviya v kommunikativnom prostranstve «vrach — pacient» (na materiale anglijskogo jazyka). Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/evfemizmy-v-sisteme-sredstv-rechevogo-vozdeystviya-v-kommunikativnom-prostranstve-vrach-patsient-na-materiale-anglijskogo-yazyka/viewer> (accessed: 26.05.2026).
7. Romanova OV, Safonkina OS. Lingvisticheskie osobennosti medicinskih jevfemizmov v anglijskom jazyke. *Voprosy prikladnoj lingvistiki*. 2019; 34: 115–138.
8. Shajhullina Ju R. Jevfemizmy v medicinskom diskurse (na materiale anglojazychnogo foruma “Reddit”).
9. Chernjavskij MN. Latinskij jazyk i osnovy medicinskoj terminologii: uchebnik. Moskva: Shiko, 2019; 448 s.

ПЛАЦЕБО И ПРОБЛЕМА ДВОЙНЫХ СТАНДАРТОВ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ: НЕРАВЕНСТВО КАК ЭТИЧЕСКОЕ ОПРАВДАНИЕ

У. О. Гидирим, А. М. Беляева ✉

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

Статья посвящена этическому анализу рандомизированных плацебо-контролируемых исследований (ПКИ), проводимых в развивающихся странах в условиях, когда эффективное лечение уже существует в мире. Авторы рассматривают фундаментальное противоречие: применение плацебо часто оказывается возможным лишь из-за глобального неравенства в доступе к медицине, когда фактическим стандартом помощи для местного населения является ее полное отсутствие. На примере двух кейсов: испытаний препаратов для профилактики ВИЧ и лечения респираторного дистресс-синдрома (ИРДС) у новорожденных — демонстрируется неоднозначность этической оценки. Ключевым критерием допустимости ПКИ становится степень потенциального вреда: если при ВИЧ риск для участников был высок, но не фатален, то в случае с ИРДС использование плацебо напрямую угрожало жизни младенцев. Для философского обоснования проблемы авторы применяют мысленный эксперимент «завеса неведения» Джона Ролза и тест на межличностную оправданность Джеральда Коэна. С позиции Ролза, ПКИ закрепляют несправедливость, так как стандарт лечения не может зависеть от места жительства пациента, и никто не согласился бы рисковать жизнью из-за случайности своего рождения в бедной стране. Тест Коэна показывает моральную ущербность аргументации фармкомпаний: они сами способствуют недоступности лекарств, а затем используют это как оправдание для плацебо-контроля. В выводах обосновывается необходимость дифференцированного подхода: запрет на ПКИ при летальных рисках и допустимость — при условии, что исследование направлено на создание доступного лечения для той же уязвимой группы.

Ключевые слова: плацебо-контролируемые исследования, этика клинических исследований, этика применения плацебо, глобальное неравенство в здравоохранении, развивающиеся страны, межличностный тест Коэна, теория справедливости Ролза, уязвимые группы пациентов

Вклад авторов: У. О. Гидирим — разработка концепции, написание текста; А. М. Беляева — написание и редактирование текста статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Анастасия Михайловна Беляева
ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997, Россия; gurenovitz@gmail.com

Статья поступила: 13.03.2026 **Статья принята к печати:** 20.04.2026 **Опубликована онлайн:** 15.05.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.011

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

PLACEBO AND THE DOUBLE STANDARD OF CARE IN CLINICAL TRIALS: WHEN INEQUALITY BECOMES AN ETHICAL PREMISE USING INEQUALITY AS AN ETHICAL JUSTIFICATION

Gidirim UO, Beliaeva AM ✉

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

The article presents an ethical analysis of randomized placebo-controlled trials (PCTs) conducted in developing countries in situations where effective treatment already exists elsewhere in the world. The authors examine a fundamental contradiction: the use of a placebo often becomes feasible only because of global inequality in access to healthcare, whereby the actual standard of care for the local population is the complete absence of treatment. Through two case studies: trials of drugs for HIV prevention and for the treatment of infant respiratory distress syndrome (IRDS) — the ambiguity of ethical evaluation is demonstrated. The key criterion for the acceptability of a PCT is identified as the degree of potential harm: while in the case of HIV the risk to participants was high but not fatal, in the case of IRDS the use of a placebo directly endangered the lives of infants. To provide a philosophical foundation for the problem, the authors employ John Rawls' thought experiment of the "veil of ignorance" and Gerald Cohen's test of interpersonal justifiability. From Rawls' perspective, PCTs perpetuate injustice, because the standard of care cannot depend on a patient's place of residence, and no one would agree to risk their life due to the contingency of being born in a poor country. Cohen's test reveals the moral deficiency in the pharmaceutical companies' reasoning: they themselves contribute to the inaccessibility of medicines and then use this as a justification for placebo controls. The conclusions argue for the necessity of a differentiated approach: prohibition of PCTs when lethal risks are involved, and permissibility only under the condition that the research is aimed at developing accessible treatment for the same vulnerable population.

Keywords: placebo-controlled trials, clinical research ethics, ethics of placebo use, global health inequality, developing countries, Cohen's interpersonal test, Rawls' theory of justice, vulnerable patient populations

Author contribution: Gidirim UO — concept development and text writing, Beliaeva AM — writing and editing.

✉ **Correspondence should be addressed:** Anastasia M Beliaeva
Ostrovityanova St., 1, Moscow, 117997, Russia; gurenovitz@gmail.com

Received: 13.03.2026 **Accepted:** 20.04.2026 **Published online:** 15.05.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.011

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Рандомизированные плацебо-контролируемые исследования (ПКИ) считаются самым строгим методом оценки эффективности лечения. Как указано в Хельсинкской декларации (ВОЗ, 2024), проведение

клинического исследования допустимо лишь при подтверждении его научной значимости и этической состоятельности. При этом особую этическую нагрузку несет именно применение плацебо, поскольку случайное

распределение участников в контрольную группу подвергает их потенциальному вреду из-за отсутствия активного лечения.

Вопрос обоснования этичности плацебо-контроля является критически важным, и Хельсинкская декларация устанавливает четкие критерии его допустимости:

- 1) когда действенный метод лечения отсутствует;
- 2) когда существуют веские научно-методологические причины для использования плацебо, необходимые для достоверной оценки эффективности нового метода, и при этом отказ от активного лечения не создает для пациентов риска серьезного или необратимого ущерба.

Наиболее дискуссионным остается вопрос о правомерности плацебо-контроля в условиях, когда эффективное лечение уже существует. Особого внимания заслуживает проблема плацебо-контролируемых испытаний в развивающихся странах. Речь идет о ситуациях, когда необходимое лечение имеется, но остается недоступным для населения в силу бедности и низкого местного стандарта медицинской помощи. Анализу этических дилемм, связанных с использованием плацебо в данных обстоятельствах, и посвящена наша статья.

НЕРАВЕНСТВО КАК ПРЕДПОСЫЛКА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нередко складывается ситуация, когда эффективный препарат существует, но оказывается недоступным для нуждающихся пациентов из-за высокой стоимости, и чаще всего такая ситуация характерна для развивающихся стран. В этом случае фармацевтические компании могут инициировать новые исследования, направленные на поиск более дешевого и доступного аналога. Подобные исследования проводятся непосредственно в развивающихся странах, причем по экономическим причинам в качестве контроля там часто используют плацебо, а не уже существующее эффективное лекарство.

Показательным примером может служить ситуация с вакцинами от COVID-19. После создания эффективных вакцин в 2021 г. специальная экспертная группа Всемирной организации здравоохранения пришла к выводу, что страны с ограниченным или отсутствующим доступом к известным эффективным вакцинам могут этически оправданно проводить плацебо-контролируемые исследования новых вакцин, даже если эффективные вакцины уже одобрены и продаются в других государствах [1]. Вслед за этим был проведен ряд исследований новых вакцин от COVID-19 именно с использованием плацебо-контроля [2].

ДВА ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯ: ВИЧ И ИРДС

Одним из первых и наиболее громких споров об этичности ПКИ в развивающихся странах стала дискуссия вокруг профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку [3]. В 1994 г. в Соединенных Штатах была доказана эффективность препарата «Зидовудин» для предотвращения заражения новорожденных. После этого в ряде африканских и азиатских стран стартовали исследования, в которых ученые пытались оценить эффективность более короткого и дешевого курса того же «Зидовудина», при этом контрольная группа получала плацебо [4]. Важно отметить, что эти исследования

финансировались за счет государственных средств развитых стран и были одобрены экспертами ВОЗ, которые заключили, что использование плацебо в данном случае представляет собой лучший способ быстро и научно обоснованно оценить более доступные схемы лечения для предотвращения передачи ВИЧ [5].

Иная по этическому исходу, хотя и похожая по условиям, ситуация сложилась вокруг испытаний препаратов-сурфактантов для лечения идиопатического респираторного дистресс-синдрома (ИРДС). Это заболевание является причиной 25% смертей среди недоношенных детей и возникает из-за недостаточной продукции сурфактанта, что ведет к нарушению структуры легких. В 2001 г. корпорация Discovery Laboratories предложила провести испытания своего препарата одновременно в Европе и Латинской Америке [6]. Принципиальное различие заключалось в дизайне: в латиноамериканской ветви контрольная группа младенцев должна была получать плацебо, тогда как в европейской ветви планировалось использовать активный контроль, т.е. уже существующий эффективный препарат. На тот момент действенные лекарства от ИРДС были широко доступны в Европе, однако отсутствовали в Латинской Америке.

Примечательно, что FDA (Управление по контролю за продуктами и лекарствами США) прямо заявило, что проведение ПКИ сурфактантов для недоношенных новорожденных с ИРДС считается неэтичным в самих Соединенных Штатах [7]. После активной кампании активистов корпорация Discovery Laboratories пересмотрела дизайн исследования и исключила из него использование плацебо, чтобы все младенцы, вовлеченные в испытания, могли получить эффективное лечение в том или ином виде [8].

НЕРАВЕНСТВО КАК ПРЕДПОСЫЛКА, ВРЕД КАК КРИТЕРИЙ

Описанные случаи хорошо иллюстрируют неоднозначность этической стороны ПКИ в развивающихся странах. При сравнительном анализе обнаруживается существенное различие. В случае с «Зидовудином» наибольший потенциальный вред грозил участникам из группы плацебо: без лечения ВИЧ мог передаваться от матери к плоду. Однако даже если ребенок родился с ВИЧ, при своевременном начале антиретровирусной терапии он имеет шанс прожить долгую жизнь (хотя здесь встает вопрос, доступна ли будет эта терапия в бедной стране) [9]. В отличие от ВИЧ, ИРДС — это смертельное заболевание в первые дни жизни. Здесь случайное распределение в группу плацебо напрямую угрожало бы жизни младенцев. Поэтому, несмотря на низкие местные стандарты лечения, применение плацебо в испытаниях сурфактантов при наличии эффективного препарата было признано неэтичным.

Из этого сравнения видно, что этичность проведения ПКИ во многом зависит от соотношения потенциального вреда и пользы. Заметим, что аналогичные испытания в развитой стране были бы неэтичны, так как там эффективный препарат уже стал стандартом лечения. В то же время в развивающейся стране фактическим стандартом зачастую является отсутствие какой-либо помощи (то есть плацебо). Иными словами, если бы исследование не проводилось, пациенты в любом случае не получили бы эффективного лекарства. Получается,

что этичность клинических испытаний в данном контексте обусловлена разницей в стандартах лечения — то есть глобальным неравенством в доступе к медицине. Кажется, что вред здесь причиняет не само использование плацебо, а социально-экономические условия, в которых оказываются пациенты.

Кроме того, в идеальной модели ПКИ выгоду получают обе стороны. Фармацевтические компании приобретают ценные научные данные. Пациенты, получающие экспериментальный препарат, получают шанс на лечение, которое было бы им недоступно. А пациенты из контрольной группы, как правило, получают компенсацию за участие и регулярный доступ к врачебному наблюдению, которого у них иначе могло бы не быть. Ни одно из этих преимуществ не возникло бы без проведения испытаний. И это остается верным, даже если точно такой же протокол был бы признан неэтичным в другой стране — просто потому, что стандарты помощи в контрольной группе в бедных странах объективно ниже, чем в богатых.

Иными словами, в обоих рассмотренных случаях ПКИ стали возможны именно из-за неравенства в глобальном здравоохранении. Однако этичность определяется не только фактом неравенства, но и степенью потенциального вреда. Если в случае с ВИЧ исследователи могли апеллировать к тому, что эти матери в любом случае не получили бы терапию, то в случае с ИРДС такой аргумент неприменим, поскольку на кону здесь стоит жизнь младенца. Это подводит нас к необходимости более строгого философского обоснования допустимости ПКИ.

Для того, чтобы оценить моральную легитимность ПКИ в развивающихся странах, обратимся к двум мысленным экспериментам: «завесе неведения» Джона Ролза и тесту на межличностную оправданность Джеральда Коэна.

ПОЧЕМУ ВАЖНО, КТО ГОВОРИТ: ТЕСТ КОЭНА В ЭТИЧЕСКОЙ АРГУМЕНТАЦИИ

Философ Джейми Уэбб [10] предложил рассмотреть проблему ПКИ именно через межличностный тест, разработанный Коэном [11]. Этот тест проверяет, будет ли какое-либо утверждение звучать одинаково убедительно (или одинаково неубедительно) в устах любого человека. Если же утверждение звучит здраво, когда его произносит один человек, но начинает вызывать сомнения, когда его произносит другой, значит, с аргументом что-то не так. Сила морального довода не должна зависеть от того, кто его приводит.

Тест состоит из трех частей (или шагов).

1. Этический принцип, который не вызывает разногласий. Например, утверждение, что «оплата должна соответствовать качеству работы».
2. Фактическое предположение: это утверждение о том, как обстоят дела в реальности. Оно отвечает на вопрос: «А что будет, если мы поступим так или иначе?». В нашем примере это будет предположение, что «если работнику мало платить, он будет плохо работать».
3. Вывод: то действие, которое предлагается совершить, опираясь на принцип и предположение. Заключаем, что «этому работнику надо поднять зарплату».

Суть в том, что фактическое предположение часто зависит от действий самого говорящего, и если говорящий может повлиять на то, сбудется это предположение или нет, его аргумент становится подозрительным.

Рассмотрим тот же аргумент, но выдвинутый от лица самого работника: оплата должна соответствовать качеству работы; если у меня будет низкая зарплата, я буду работать хуже; значит, мне нужно поднять зарплату. Если в первом случае, когда аргумент исходит от постороннего человека, он звучит как объективная констатация факта, то в устах самого работника он приобретает оттенок манипуляции или даже скрытой угрозы. Ведь качество труда зависит от самого работника, и именно он отвечает за то, чтобы подтвердить или опровергнуть свое собственное предположение.

ЛЕКАРСТВО ДЛЯ ОДНИХ, ПЛАЦЕБО ДЛЯ ДРУГИХ?

Применим теперь этот тест к этичности ПКИ в развивающихся странах. Напомним, что согласно Хельсинкской декларации, исследования с участием уязвимых групп оправданы только тогда, когда они направлены на поддержку здоровья именно этих групп и не могут быть проведены на других группах, причем сама группа должна получить пользу от результатов исследования.

Рассмотрим аргумент в пользу ПКИ, выдвинутый, например, философами на научной конференции, то есть в безличном контексте.

1. Исследования в развивающихся странах должны приносить пользу как участникам, так и их сообществу.
2. Испытания с плацебо улучшают положение и участников, и сообщества, даже если в богатых странах такие испытания невозможны.
3. Следовательно, испытания с контролем плацебо в развивающихся странах следует разрешить.

Теперь представим, что тот же аргумент звучит от представителей фармацевтической компании, которая планирует набирать добровольцев в бедной стране, то есть в межличностном контексте.

1. Исследования в развивающихся странах должны приносить пользу участникам и их сообществу.
2. Если мы проведем здесь испытания с плацебо, это улучшит положение вашего сообщества (даже если в богатых странах мы такое провести не можем).
3. Следовательно, нам нужно разрешить провести здесь ПКИ.

Сходство с примером о повышении зарплаты становится очевидным: и работник, и фармацевтические компании выступают в роли прямых заинтересованных лиц. Они сами влияют на те условия, на которые впоследствии ссылаются в своем аргументе. Суть проблемы заключается в том, что невозможность проведения испытания с плацебо в богатой стране является следствием глобального неравенства в здравоохранении. Причина же этого неравенства кроется в высокой стоимости эффективных лекарств, делающей их недоступными для населения бедных стран. Но кто устанавливает эти цены? Именно фармацевтические корпорации. Таким образом, возникает замкнутый круг: компании сами назначают высокие цены, из-за которых лекарства становятся недоступными в развивающихся странах, а затем приходят в эти страны с предложением провести исследование с плацебо, аргументируя это тем, что для местного населения это будет благом, поскольку у них все равно нет доступа к лечению.

Подобно тому как работник не может ссылаться на свое плохое качество труда, поскольку оно зависит от него самого, фармацевтические компании не могут

просто апеллировать к неравенству, так как они сами поддерживают его своей ценовой политикой. Разумеется, ситуация сложнее: фармкомпании действуют не в вакууме, а в рамках глобальной системы, и высокие цены на лекарства часто объясняются необходимостью окупить огромные затраты на разработку и прохождение жестких нормативных требований. Действительно, без дорогостоящих исследований новые лекарства вообще не появлялись бы, и вполне объяснимо, почему цены на инновационные препараты столь высоки, что бедные страны не могут их себе позволить.

И все же трудно отрицать, что фармацевтические корпорации несут свою долю ответственности за это неравенство. Будучи частью системы, они своими действиями напрямую влияют на то, что их собственный аргумент становится истинным. Поэтому, когда этот аргумент звучит от их имени, он утрачивает моральную силу и тест на нейтральность аргумента не пройден. На практике это означает, что предлагаемая стратегия не является полностью, или всесторонне, оправданной.

ПЛАЦЕБО ЧЕРЕЗ «ЗАВЕСУ НЕВЕДЕНИЯ» ДЖОНА РОЛЗА

Если тест Джеральда Козна фокусируется на личной ответственности агента — в данном случае фармацевтической компании — за создание условий неравенства, то теория справедливости Джона Ролза позволяет взглянуть на проблему со стороны структуры изначального договора о правилах игры. Ролз предлагает мысленный эксперимент, который он называет «завесой неведения» [12]. Суть его заключается в следующем: мы проектируем общество, не зная, какое место в нем займем — будем ли мы богатыми или бедными, здоровыми или больными, жителями развитой или развивающейся страны. Более того, от нас скрыты даже наш пол, возраст, этническая принадлежность, уровень интеллекта и прочие способности. По мнению Ролза, только при таких условиях мы можем понять, каким должно быть справедливое общество, и создать его. Только те правила, законы и ценности будут справедливыми, которые мы готовы были бы одобрить, не зная, какое место в обществе займем.

По сути, Ролз рассуждает в том же ключе, что и Коэн: в реальной жизни, когда мы размышляем о справедливости, нас невольно тянет выбрать те правила, которые будут выгодны лично нам. Богатый человек будет выступать за низкие налоги, а бедный — за высокие социальные пособия. Талантливые люди могут считать, что общество должно вознаграждать талант, а человек с ограниченными возможностями — что забота о слабых важнее. Завеса неведения устраняет эту предвзятость, в которой мы даже не всегда отдаем себе отчет, рассуждая о справедливости. Поскольку никто не знает, кем окажется в новом обществе, у каждого появляется мощный стимул сделать это общество максимально справедливым для всех.

Применим мысленный эксперимент Ролза к рассматриваемой проблеме. Представим, что мы находимся за «завесой неведения» и разрабатываем глобальные принципы проведения клинических исследований. Мы не знаем, родимся ли мы в Цюрихе, где доступны лучшие сурфактанты, или в отдаленной деревне в Латинской Америке, где стандарт лечения ограничивается парацетамолом и надеждой на местного

знахаря. Согласились бы мы с тем, что проведение плацебо-контролируемых испытаний в странах с низким стандартом лечения при наличии эффективного препарата в мире является справедливым и этически оправданным? Переформулируем этот вопрос в терминах Ролза: согласились бы мы на риск получить плацебо (и, возможно, умереть, как в случае с ИРДС) вместо существующего эффективного лечения только потому, что нам не повезло родиться в бедной стране?

Ответ Ролза на эти вопросы, вероятно, был бы отрицательным. Он утверждает, что социальное и экономическое неравенство допустимы только тогда, когда они работают на наибольшую выгоду наименее защищенных членов общества. Например, если врач зарабатывает больше уборщика, то это оправдано лишь в том случае, если такая система в итоге улучшает положение уборщика, позволяя врачам лучше лечить всех, включая наименее обеспеченных. Однако схема, при которой бедным предлагают плацебо для проверки дешевого дженерика на том основании, что они всё равно не могут позволить себе оригинальный препарат, не максимизирует пользу для беднейших, а, напротив, пользуется их уязвимостью и закрепляет существующее неравенство.

С позиции «завесы неведения» рациональный индивид никогда не одобрил бы правило, создающее двухуровневую систему морали: для богатых — защиту Хельсинкской декларации, для бедных — исключения из нее. Моральные правила клинических исследований должны разрабатываться с позиции «завесы неведения», исключая знание о географическом и экономическом положении потенциальных участников, и исследования не должны использовать в качестве ресурса тех, кто оказался в худшем положении. Таким образом, с точки зрения идеальной теории, ПКИ в развивающихся странах при наличии эффективного лечения в развитых странах несправедливы по определению, поскольку они институционализируют неравенство и нарушают принцип универсальности человеческого достоинства.

Сторонники ПКИ исходят из фактического предположения, что население развивающихся стран не имеет доступа к дорогостоящему лечению, поэтому даже участие в ПКИ с риском попасть в группу плацебо является для них благом, поскольку обеспечивает доступ к врачам и шанс на получение нового препарата. Однако с позиции критики Ролза, никто не согласился бы на риск получить плацебо вместо существующего эффективного лечения только потому, что он родился в бедной стране. Справедливость требует, чтобы стандарт лечения в исследовании определялся не местной бедностью и неравенством, а глобальным медицинским консенсусом и признанием равенства человеческого достоинства. Из этого следует вывод, что разрешение плацебо-контроля в развивающихся странах при наличии эффективного лечения в развитых странах несправедливо, так как оно наказывает людей за обстоятельства, находящиеся вне их контроля, что противоречит идее честной игры, лежащей в основе теории Ролза.

ЗАПРЕТИТЬ НЕЛЬЗЯ РАЗРЕШИТЬ: ПОИСК ЭТИЧЕСКОГО БАЛАНСА

Столкновение подходов Ролза и Козна дает нам объемную картину этической проблемы. Ролз указывает на структурную несправедливость: ПКИ в развивающихся

странах представляют собой симптом глобального неравенства, и с точки зрения идеального договора они не должны существовать в принципе, поскольку нарушают принцип универсальности и используют бедность как ресурс. Коэн, в свою очередь, показывает, что даже в условиях этой несправедливости, когда фармацевтические корпорации предлагают ПКИ в качестве решения, их аргументация оказывается морально ущербной, так как они сами несут ответственность за условия, делающие такое исследование «выгодным» для бедных.

Что же следует из этого? Означает ли это, что ПКИ должны быть запрещены?

Вернемся к аналогии с работником и работодателем. Признание аргумента работника необидительным не отменяет того факта, что работодателю может быть выгодно поднять ему зарплату, если он действительно ценит его труд. Если сотрудник является ценным и необходимым, работодатель, вероятно, пойдет на повышение, поскольку это в его интересах. Точно так же признание моральной ущербности позиции фармацевтических компаний не отменяет того, что для населения развивающейся страны ПКИ зачастую являются единственной надеждой получить доступ к современной медицине. Запрет ПКИ в такой ситуации не устранил неравенство, а лишь законсервирует его, лишив бедные слои населения даже той минимальной помощи, которую они могли бы получить.

При этом важно понимать, что плацебо-контроль не является единственно возможным методологическим вариантом. Существуют альтернативные подходы: например, можно сравнивать состояние пациентов, получающих новый препарат, с данными из историй болезни

аналогичных пациентов за прошлые годы или оценивать изменения состояния одних и тех же пациентов до и после начала лечения. Такие методы уже успешно применялись, в частности, в исследованиях противораковых препаратов в развитых странах [13].

ВЫВОДЫ

Таким образом, этическая оценка должна быть дифференцированной и учитывать конкретные обстоятельства каждого случая. ПКИ представляются неэтичными, если их единственная цель — получение маркетинговой или научной выгоды для компании при наличии летального риска для пациентов, как это было в случае с сурфактантами. Здесь применим категорический запрет с позиций Ролза. В то же время ПКИ могут быть признаны допустимыми, если они направлены на поиск более дешевого, доступного и адаптированного лечения специально для развивающейся страны, а само заболевание не несет неминуемой смертельной угрозы, как в случае с ВИЧ. В этой ситуации, несмотря на неидеальность условий, исследование работает на смягчение того самого неравенства, которое его породило.

Ключевым фактором становится намерение исследования и обеспечение пост-исследовательского доступа к полученным препаратам. Если результатом ПКИ становится лекарство, которое остается недоступным для населения страны, где проводилось испытание, это представляет собой чистую эксплуатацию. Если же результатом становится доступный препарат — это попытка исправить несправедливость в рамках неидеального мира.

Литература

1. Krause PR, Fleming TR, Longini IM, Peto R, Beral V, Balam Bhargava B, et al. Placebo-Controlled Trials of Covid-19 Vaccines — Why We Still Need Them. *The New England Journal of Medicine*. 2021; 384 (2): e2. DOI: 10.1056/NEJMp2033538
2. FDA Approved Biologics License Application. Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE): Moderna COVID-19 Vaccine, 2024. Available from URL: <https://www.cdc.gov/acip/grade/bla-covid-19-moderna-vaccine.html> (accessed: 10.02.2026).
3. Lurie P, Wolfe SM. Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries. *The New England Journal of Medicine*. 1997; 337: 853–6.
4. Lallamant M, Jourdain G, Le Coeur S, Kim S, Koetsawang S, Comeau AM, et al. A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus Type 1. Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand) Investigators. *The New England Journal of Medicine*. 2000; 343 (14): 982–9.
5. Flory J, Kitcher P. Global health and the scientific research agenda. *Philosophy and Public Affairs*. 2004; 32 (1): 32–65.
6. Public Citizen. Press release: Placebo-controlled drug trial in Latin America Redesigned. 2001. Available from URL: <https://www.citizen.org/our-work/health-and-safety/press-release-placebo-controlled-drug-trial-latin-america> (accessed: 10.02.2026).
7. Macklin R. *Double Standards in Medical Research in Developing Countries*. New York. Cambridge University Press. 2004.
8. Shah S. *The Body Hunters: Testing New Drugs on the World's Poorest Patients*. New York: New Press. 2012.
9. The Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) [Internet]. Available from URL: <https://www.aidsmap.com/bulletin/conference-news/croi-2020/16-march-2020-4> (accessed: 10.02.2026).
10. Webb J. Putting placebo-controlled trials in developing countries to the interpersonal justifiability test. *Developing World Bioethics*. 2019; 19 (3): 139–147.
11. Cohen G. *Rescuing Justice and Equality*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 2008.
12. Rawls J. *The Veil of Ignorance*. In.: Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 1999; 118–122.
13. Epstein S. *Impure science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley. California: Univ. of California Press. 1996.

References

1. Krause PR, Fleming TR, Longini IM, Peto R, Beral V, Balam Bhargava B, et al. Placebo-Controlled Trials of Covid-19 Vaccines — Why We Still Need Them. *The New England Journal of Medicine*. 2021; 384 (2): e2. DOI: 10.1056/NEJMp2033538
2. FDA Approved Biologics License Application. Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE): Moderna COVID-19 Vaccine, 2024. Available from URL: <https://www.cdc.gov/acip/grade/bla-covid-19-moderna-vaccine.html> (accessed: 10.02.2026).
3. Lurie P, Wolfe SM. Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries. *The New England Journal of Medicine*. 1997; 337: 853–6.

4. Lallement M, Jourdain G, Le Coeur S, Kim S, Koetsawang S, Comeau AM, et al. A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus Type 1. Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand) Investigators. *The New England Journal of Medicine*. 2000; 343 (14): 982–9.
5. Flory J, Kitcher P. Global health and the scientific research agenda. *Philosophy and Public Affairs*. 2004; 32 (1): 32–65.
6. Public Citizen. Press release: Placebo-controlled drug trial in Latin America Redesigned. 2001. Available from URL: <https://www.citizen.org/our-work/health-and-safety/press-release-placebo-controlled-drug-trial-latin-america> (accessed: 10.02.2026).
7. Macklin R. *Double Standards in Medical Research in Developing Countries*. New York. Cambridge University Press. 2004.
8. Shah S. *The Body Hunters: Testing New Drugs on the World's Poorest Patients*. New York: New Press. 2012.
9. The Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) [Internet]. Available from URL: <https://www.aidsmap.com/bulletin/conference-news/croi-2020/16-march-2020-4> (accessed: 10.02.2026).
10. Webb J. Putting placebo-controlled trials in developing countries to the interpersonal justifiability test. *Developing World Bioethics*. 2019; 19 (3): 139–147.
11. Cohen G. *Rescuing Justice and Equality*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 2008.
12. Rawls J. *The Veil of Ignorance. A Theory of Justice*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 1999; 118–122.
13. Epstein S. *Impure science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley, California: Univ. of California Press. 1996.

ФАРМАКОГЕНЕТИКА ДО РОЖДЕНИЯ: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ, БРЕМЯ ЗНАНИЯ И ЭТИКА РОДИТЕЛЬСКОГО РЕШЕНИЯ

С. М. Демарина [✉], А. А. Усолкин, Ю. Д. Балашова, С. В. Тихомирова

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В настоящем обзоре рассматриваются этические и правовые аспекты формирования фармакогенетического паспорта на прекоцепционном (до зачатия) и пренатальном (внутриутробном) периодах. Методологическое разграничение этапов генетического тестирования положено в основу работы. Прекоцепционный скрининг направлен на оценку статуса носительства у будущих родителей и обеспечения их репродуктивной свободы, тогда как пренатальное исследование предоставляет данные о плоде, ставя биоэтические вопросы о защите интересов и самоопределении ребенка в будущем. Обсуждаются технологии неинвазивного пренатального тестирования (НИПТ) и преимплантационной генетической диагностики (ПГД) и перспективы использования внутриутробной фармакотерапии при тяжелых врожденных аномалиях. Особое внимание уделяется этическим конфликтам: дилеммой между «правом на здоровье» и «правом на незнание», границам родительского решения и риском генетической стигматизации. Предложены нормативные подходы для баланса выявленных противоречий (минимальное вмешательство, клиническая польза, отложенный выбор). В результате анализа российского законодательства и международных документов (Конвенция Овьедо, Закон GINA, Регламент GDPR) сформулированы рекомендации для системы здравоохранения и правового регулирования.

Ключевые слова: фармакогенетика, фармакогенетический паспорт, пренатальное тестирование, прекоцепционный скрининг, родительское представительство, генетическая дискриминация, внутриутробная фармакотерапия, биоэтика, персонализированная медицина

Вклад авторов: С. М. Демарина — подбор и анализ литературы, написание и редактирование текста рукописи; А. А. Усолкин — подбор и анализ литературы, написание текста рукописи; Ю. Д. Балашова — подбор и анализ литературы, написание текста рукописи; С. В. Тихомирова — редактирование текста рукописи.

✉ **Для корреспонденции:** Светлана Михайловна Демарина
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; chugsm@yandex.ru

Статья поступила: 19.03.2026 **Статья принята к печати:** 17.04.2026 **Опубликована онлайн:** 23.05.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.012

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

PRE-BIRTH PHARMACOGENETICS: PERSONALIZED PHARMACOTHERAPY, THE BURDEN OF KNOWLEDGE AND ETHICS OF A PARENTAL DECISION

Demarina SM [✉], Usolkin AA, Balashova YD, Tikhomirova SV

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

This review examines the ethical and legal implications of creating pharmacogenetic passports during the preconception (prior to conception) and prenatal (intrauterine) periods. The work is based on a methodological differentiation between the stages of genetic testing.. Preconception screening aims to assess carrier status in prospective parents and ensure their reproductive freedom, while prenatal testing provides fetus-related data, raising bioethical issues regarding the protection of interests and self-determination of the future child. The technologies of non-invasive prenatal testing (NIPT), preimplantation genetic testing (PGT), and prospects for intrauterine pharmacotherapy in severe congenital abnormalities are discussed. Special attention is given to ethical conflicts such as a conflict between the right to health and the right not to know, limits of parental proxy, and risk of genetic stigmatization. Normative approaches are suggested to address the identified ethical tensions (minimum intervention, clinical benefit, and deferred choice). The analysis of the Russian legislation and international instruments (Oviedo Convention, the GINA Act, the GDPR) yields recommendations for the healthcare system and legal regulation.

Keywords: pharmacogenetics, pharmacogenetic passport, prenatal testing, preconception screening, parental proxy, genetic discrimination, intrauterine pharmacotherapy, bioethics, personalized medicine

Author contribution: Demarina SM — literature selection and analysis; writing and editing the manuscript; Usolkin AA — literature selection and analysis; writing the manuscript; Balashova YD — literature selection and analysis; writing the manuscript; Tikhomirova SV — manuscript editing.

✉ **Correspondence should be addressed:** Svetlana M Demarina
Revolutsionnaya St, 5, Yaroslavl, 150000, Russia; chugsm@yandex.ru

Received: 19.03.2026 **Accepted:** 17.04.2026 **Published online:** 23.05.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.012

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

В современной медицине наблюдается переход от реактивной модели, предполагающей лечение после проявления заболевания, к предиктивной и превентивной, ориентированной на прогноз и активную профилактику [1–3].

Ключевым направлением этих изменений стали прекоцепционное тестирование (на этапе планирования

беременности) и пренатальное тестирование (в период беременности), а также фармакогенетический анализ, позволяющий расширить возможности профилактики, ранней диагностики и подбора терапии [4, 5].

Методологически важно разграничивать прекоцепционный и пренатальный этапы. На

преконцепционном этапе исследуется генетический статус родителей — в частности, носительство рецессивных мутаций, — и вопрос об автономии касается взрослых людей, принимающих осознанное репродуктивное решение. Пренатальная диагностика, напротив, получает информацию непосредственно о плоде, который лишен дееспособности, что принципиально меняет этическую проблематику: решения за будущего ребенка принимают родители, и ключевыми становятся вопросы представительства и защиты его будущей автономии [6–8].

Целью настоящего обзора является анализ этических и правовых аспектов формирования фармакогенетического паспорта на preconceptionном и пренатальном этапах, включая оценку международных и российских регуляторных механизмов, и разработку нормативных моделей балансирования «права на здоровье» и «права на незнание» применительно к ребенку.

МЕТОДОЛОГИЯ ПОИСКА ЛИТЕРАТУРЫ

Поиск литературы проводился в базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus, eLibrary.ru и Google Scholar в период с января 2023 по март 2026 г. Использовались следующие поисковые запросы (на английском и русском языках): «preconception carrier screening ethics», «prenatal pharmacogenomics», «fetal pharmacotherapy ethics», «right not to know genetic information», «pharmacogenetic passport», «genetic discrimination GINA», «Oviedo Convention genetics», «неинвазивное пренатальное тестирование», «фармакогенетический паспорт», «право на незнание». Критерии включения: рецензируемые оригинальные и обзорные статьи, монографии, нормативно-правовые акты, международные конвенции и рекомендации профессиональных сообществ, опубликованные преимущественно в 2009–2026 гг. и посвященные этическим, правовым и клиническим аспектам генетического тестирования на пре- и перинатальных этапах, а также фармакогенетике. Критерии исключения: материалы без рецензирования, не имеющие прямого отношения к теме обзора, а также дублирующие источники. Итоговый список включает 25 источников.

ПРЕКОНЦЕПЦИОННЫЙ СКРИНИНГ: ВОЗМОЖНОСТИ И ЭТИЧЕСКИЕ РИСКИ

Прекоцепционный этап характеризуется тем, что генетическое тестирование проводится до наступления беременности: его объектами являются сами родители или потенциальные родители. В научной литературе описаны обоснованные клинические показания для скрининга носительства мутаций, прежде всего при аутосомно-рецессивных заболеваниях. Он позволяет парам оценить риски рождения ребенка с тяжелыми моногенными патологиями еще до зачатия [6, 9]. Особую актуальность эта технология приобретает для популяций с повышенной частотой патогенных вариантов. По данным Европейского общества генетики человека (ESHG), расширенный прекоцепционный скрининг носительства (expanded carrier screening, ECS) в настоящее время предлагается все более широкому кругу пар вне зависимости от этнического происхождения и анамнеза [10]. Прекоцепционная диагностика расширяет репродуктивную автономию: генетическая

информация позволяет парам осознанно выбирать между естественным зачатием, вспомогательными репродуктивными технологиями (BPT), донорством или отказом от деторождения [9, 11]. Тем не менее массовое внедрение скрининга сопряжено с рисками формирования стандартов «генетической нормы» и усиления стигматизации лиц с инвалидностью, а также оказания морального давления на родителей, чей репродуктивный выбор расходится с общественными ожиданиями [10, 12]. Принципиальной проблемой остается обеспечение полноценного информированного согласия при выявлении вариантов неизвестной клинической значимости (variants of uncertain significance, VUS) [6, 9]. Дополнительную напряженность создают религиозные и мировоззренческие аспекты, из-за которых даже в рамках добровольных программ родители могут испытывать социальное давление.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПЛОДА

Пренатальная диагностика включает инвазивные методы (биопсия хориона, амниоцентез) и неинвазивное пренатальное тестирование (НИПТ) по внеклеточной ДНК плода в крови матери. НИПТ позволяет выявлять хромосомные аномалии с чувствительностью до 99% для трисомии 21 и более 96% для трисомий 18 и 13 [12], а также ряд моногенных заболеваний. Преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ) дает возможность отбирать эмбрионы без выявленных генетических дефектов до их переноса в полость матки [6]. В России НИПТ был включен в клинические рекомендации по перинатальной диагностике с 2012–2013 гг., а действующий порядок оказания акушерско-гинекологической помощи закреплен приказом Минздрава России № 1130н от 20.10.2020 [13]. Широкое внедрение в систему государственных гарантий все еще остается предметом профессиональной дискуссии [14, 15].

Перспективным направлением является расширение пренатальной диагностики до полноценного фармакогенетического профиля плода. Фармакогенетика изучает влияние генотипа на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных средств: полиморфизмы генов CYP2D6, CYP2C19, SLCO1B1, ABCG2 и других определяют риск нежелательных реакций и вариативность терапевтического ответа в кардиологии, онкологии, психиатрии и других специальностях. По данным Международного консорциума CPIC, клинически значимые фармакогенетические варианты выявляются у 85–95% популяции [16].

Наличие фармакогенетического профиля плода позволяет корректировать медикаментозное лечение матери с учётом метаболических особенностей ребёнка, снижая риски тератогенного воздействия и нежелательных реакций через плаценту [16]. В случаях тяжелых врожденных патологий — в частности, при врожденной надпочечниковой гиперплазии, гемолитической болезни плода или некоторых метаболических нарушениях, — внутриутробная фармакотерапия приобретает реальное клиническое значение, и фармакогенетический паспорт плода становится инструментом выбора безопасных и эффективных схем лечения [17, 18]. Этический и правовой анализ границ для подобных вмешательств необходим уже сегодня, так как технологии значительно опережают регуляторный ответ [17].

РЕГУЛИРОВАНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ: РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ

В Российской Федерации генетическая информация рассматривается как разновидность биометрических персональных данных, на которые распространяется Федеральный закон № 152-ФЗ «О персональных данных»: он предусматривает необходимость информированного согласия, ограничения по целям обработки и усиленную защиту конфиденциальности. Указ Президента РФ от 28 ноября 2018 г. № 680 «О развитии генетических технологий в Российской Федерации» стимулирует формирование национальной инфраструктуры геномных исследований, одновременно акцентируя необходимость контроля и безопасности при обращении с генетическими данными. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулирует права пациентов на доступ к информации о состоянии здоровья и врачебную тайну применительно к генетическим исследованиям. Перспективы развития предиктивной медицины в этом нормативном контексте подробно обсуждаются в отечественной литературе [19].

Вместе с тем отечественное регулирование существенно уступает по детализации международным стандартам. Конвенция Совета Европы о правах человека и биомедицине (Конвенция Овьедо, 1997) является первым международным обязывающим инструментом в области биомедицины: статья 11 запрещает дискриминацию по генетическому признаку, статья 12 допускает генетическое тестирование исключительно в медицинских целях или для научных исследований, связанных со здоровьем, а статья 10 закрепляет как право знать, так и право отказа от генетической информации [7]. Россия не ратифицировала Конвенцию Овьедо, что создает брешь в правовой защите граждан при использовании геномных технологий.

В США защиту от дискриминации на основе генетической информации обеспечивает Закон о недискриминации в сфере генетической информации (GINA, 2008): он запрещает страховщикам и работодателям использовать генетические данные при принятии решений об условиях страхования и найма [7]. Регламент ЕС о защите персональных данных (GDPR, 2018) относит генетические данные к специальным категориям, требующим усиленной правовой защиты и явного согласия субъекта. Отечественному законодателю предстоит выработать механизмы, обеспечивающие сопоставимый уровень гарантий, в том числе применительно к фармакогенетическим данным, полученным в пренатальном периоде [19, 20]. Формирование федеральных геномных реестров дополнительно актуализирует проблему баланса между правом на приватность и государственными интересами, что требует специального нормативного решения [20, 21].

КОНЦЕПЦИЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПАСПОРТА: ОТ ПОСТНАТАЛЬНОЙ К ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЕ

В клинической практике активно развивается концепция «фармакогенетического паспорта пациента» — структурированного документа, содержащего информацию о генетических вариантах, клинически

значимых для лекарственной терапии. Документ включает данные о полиморфизмах генов, кодирующих ферменты метаболизма ксенобиотиков (CYP-семейство), транспортные белки и молекулярные мишени препаратов, в том числе антикоагулянтов, статинов и психотропных средств, что позволяет персонализировать выбор лекарственного средства и его дозировку [8, 16, 22, 23]. Международный консорциум CPIC к 2025 г. разработал рекомендации для более 34 генов и 164 препаратов, охватив важнейшие терапевтические области [16]. Фармакогенетические данные сохраняют прогностическую ценность на протяжении всей жизни пациента и имеют значение для биологических родственников.

Принципиально новым является переход от постнатального применения этой концепции к пренатальному формированию фармакогенетического паспорта. Расширяются перспективы для оптимизации постнатальной фармакотерапии в педиатрии и лечения в перинатальном периоде. Стала возможной коррекция схем терапии матери с учетом фармакокинетических особенностей плода, а при обоснованных клинических показаниях проведение прямой внутриутробной терапии [17, 18]. Смещается акцент от диагностики моногенных наследственных заболеваний к созданию расширенного фармакогенетического профиля, что повышает клиническую значимость пренатального тестирования и вместе с тем усложняет его этическое и правовое регулирование [5, 21].

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ СЛОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ФАРМАКОГЕНЕТИКИ

Внедрение фармакогенетических данных в медицинскую практику и их формирование с пренатального периода ставят ряд принципиальных правовых и этических вопросов.

Конфиденциальность и вторичное использование. Фармакогенетические данные обладают двойной прогностической ценностью: они указывают не только на метаболический статус пациента, но и могут косвенно свидетельствовать о предрасположенности к заболеваниям. Это создает угрозу дискриминации со стороны страховых компаний или работодателей — угрозу, которую и призваны устранить GINA в США и GDPR в ЕС, тогда как российское законодательство пока не предусматривает аналогичного механизма [7, 21]. Фармакогенетические данные должны быть законодательно защищены как особо охраняемая информация с ограниченным клиническим доступом.

Информированное согласие в условиях неопределенности. Поскольку генетические знания постоянно обновляются, информированное согласие не должно рассматриваться как единовременный акт, а как непрерывный процесс, включающий право пациента на получение новой информации при изменении научных данных [6, 24]. Появление вариантов неопределенной клинической значимости (VUS) существенно усложняет этот процесс, особенно в пренатальном контексте [14, 15, 24].

Родительское представительство и права плода. Пренатальное или прекоцепционное тестирование затрагивает интересы лица, еще лишённого дееспособности. Согласно этическим принципам, сформулированным В. С. Барановым, пренатальное

формирование генетического профиля допустимо исключительно при наличии прямой клинической пользы для ребенка в раннем возрасте и должно сопровождаться обязательным генетическим консультированием. Этот подход согласуется с позицией Европейского общества генетики человека (ESHG) [10, 11] о недопустимости тестирования заболеваний взрослых у несовершеннолетних.

ПРАВО НА НЕЗНАНИЕ В КОНТЕКСТЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПАСПОРТА РЕБЕНКА

Концепция «права не знать» свою генетическую информацию занимает значимое место в современной биоэтике. Это право рассматривается как проявление личностной автономии: человек вправе отказаться от сведений, способных причинить психологический вред или ограничить свободу выбора [21]. На международном уровне данное право закреплено в статье 10 Конвенции Овьедо, признающей как право знать, так и право не знать информацию о своем здоровье [7]. В российском праве эта концепция пока не получила закрепленного статуса, хотя ряд исследователей полагает, что она может быть обоснована через конституционные гарантии личной неприкосновенности и права на неприкосновенность частной жизни [21].

Вместе с тем право на абсолютное незнание не является безусловным. Когда генетическая информация обладает высокой клинической ценностью и позволяет предотвратить тяжелое заболевание, возникает этическая обязанность знать — как по отношению к себе, так и к биологически близким лицам [7, 21]. В научной дискуссии указывается, что «право не знать» вступает в коллизию с обязанностью медицинских работников информировать пациента, а также с интересами третьих лиц — членов семьи, которые могут разделять аналогичный генетический риск [21, 25]. Проблема особенно остра в эпоху расширения геномных баз данных: индивидуальный выбор пациента имеет последствия для окружающих.

РОДИТЕЛЬСКИЕ РЕШЕНИЯ ДО РОЖДЕНИЯ: ПРЕДЕЛЫ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА

В случае формирования фармакогенетического профиля до рождения решение о проведении тестирования и его объеме принимают родители или законные представители. В рамках педиатрической этики предполагается, что родители вправе использовать доступные медицинские технологии для предотвращения вреда и обеспечения оптимального развития ребенка [6, 7]. Однако сбор и долгосрочное хранение генетической информации без возможности ребенка впоследствии отказаться от ее использования может квалифицироваться как нарушение его права на будущую автономию [7, 21].

Особую остроту проблема приобретает, когда фармакогенетический паспорт включает данные не только с непосредственной клинической значимостью в детстве, но и сведения о поздних, потенциально некурабельных заболеваниях. Подобные сведения способны оказать влияние на формирование идентичности взрослеющего человека [7, 25]. В педиатрической геномике устойчиво используется концепция «права на открытое будущее» (right to an open future): ребенок должен иметь возможность

принять решение о своей генетической информации самостоятельно по достижении зрелости. Именно поэтому принято ограничивать внутриутробную генодиагностику состояниями, при которых раннее выявление дает возможность лечения и профилактики в детском возрасте [7]. Моделирование будущей ретроспективной позиции ребенка помогает обозначить этическую дилемму. В первом сценарии взрослый человек ретроспективно критикует решение родителей о составлении генетического паспорта, расценивая его как нарушение права выбора, и воспринимает этот документ как психологическую нагрузку. Во втором сценарии, напротив, отсутствие персонализированной фармакогенетической характеристики трактуется как упущенная возможность, если человек перенес тяжелые нежелательные лекарственные реакции на препараты, которые можно было избежать. Таким образом, право на здоровье в определенных ситуациях порождает обязанность медицины действовать: если вред предсказуем и предотвратим, система здравоохранения не может оставаться пассивной. Это означает, что право на незнание не является абсолютным — в клинически значимых случаях оно может быть обоснованно ограничено в интересах пациента [5, 21].

НОРМАТИВНЫЕ МОДЕЛИ БАЛАНСИРОВАНИЯ ПРАВ И ИНТЕРЕСОВ

На основе анализа литературы предлагаются три нормативных подхода к балансированию «права на здоровье» и «права на незнание» применительно к фармакогенетическому паспорту ребенка.

Модель минимального вмешательства ограничивает пренатальное и раннее тестирование данными, значимыми для профилактики и лечения в детском возрасте. Расширенные тесты откладываются до достижения человеком совершеннолетия и способности самостоятельно дать информированное согласие. Этот подход наиболее полно защищает автономию будущего взрослого, однако сопряжен с риском упущенной клинической пользы.

Модель клинической пользы исходит из простого принципа: если генетическая информация помогает предотвратить болезнь или подобрать лечение, ее допустимо раскрывать и использовать в медицинских целях. Обязательное условие — надежная защита этих данных от страховых компаний, работодателей и других третьих лиц [21].

Практически модель применяется тогда, когда выявленный генетический вариант меняет тактику лечения: например, указывает на непереносимость конкретного препарата или высокий риск тяжелой нежелательной реакции.

Модель отложенного выбора предполагает составление расширенного фармакогенетического паспорта с разделением доступа: данные, критически важные для здоровья ребенка, открыты для врачей и родителей, тогда как остальная информация остается закрытой до момента, когда сам человек решит с ней ознакомиться. Эта модель сохраняет будущую автономию пациента, не отказываясь от клинически значимых профилактических возможностей.

Все три модели показывают, что задача закона и медицинской этики состоит не в выборе между правом на здоровье и правом на незнание, а в разработке нормативных процедур и механизмов, позволяющих

сохранить автономию ребенка и предотвратить предсказуемый серьезный вред [7, 21]. Аналогичный подход реализован в рекомендациях ESHG по расширенному прекоцепционному скринингу [10] и в позиции ESHG-ESHRE по практике расширенного скрининга носительства в репродуктивных центрах [11].

ВЫВОДЫ

1. Прекоцепционный и пренатальный этапы требуют строгого разграничения: первый затрагивает автономию родителей, второй — автономию и права будущего ребенка. Смещение этих этапов ведет к ошибкам в этическом анализе.
2. Фармакогенетический паспорт, сформированный до рождения, открывает ощутимые клинические преимущества — от оптимизации постнатальной терапии до внутриутробной фармакотерапии при обоснованных показаниях. Эти возможности требуют специальных этических и правовых гарантий.
3. Право не знать свой генетический статус закреплено Конвенцией Овьедо как элемент личной автономии. Оно обоснованно ограничивается в интересах здоровья пациента, когда своевременное использование генетической информации способно реально предотвратить вред.

4. Российское законодательство нуждается в специальном нормативном регулировании использования фармакогенетических данных, включая механизмы разделения доступа, сроки хранения, права пациентов на исправление и уничтожение данных, а также защиту от генетической дискриминации по аналогии с GINA и GDPR.
 5. Наиболее этически сбалансированной является модель отложенного выбора, обеспечивающая доступ к клинически значимым данным в детском возрасте при сохранении права взрослого человека самостоятельно решать вопрос о раскрытии остальной генетической информации.
 6. Рекомендуется: а) проводить пренатальное и неонатальное генетическое тестирование только на состояния, поддающиеся профилактике или лечению в детстве; б) обеспечить обязательное генетическое консультирование при составлении фармакогенетического паспорта плода; в) законодательно закрепить «право на незнание» в российском праве как элемент защиты информационной автономии пациента.
- Таким образом, внедрение фармакогенетического паспорта до рождения требует не запретительного, а процедурного регулирования — четкого разграничения того, какие данные, кому и когда доступны, с обязательным приоритетом интересов будущего ребенка.

Литература

1. Баранов В. С. Полиморфизм генов, экогенетические болезни и генетический паспорт. Экологическая генетика. 2011; 9(3): 3–14.
2. Баранов В. С. Геномика на пути к предиктивной медицине. *Acta Naturae*. 2009; 1(3): 77–88.
3. Баранов В. С. Генетический паспорт — основа индивидуальной и предиктивной медицины. Под ред. В. С. Баранова. СПб. Изд-во Н-Л. 2009; 528 с.
4. Solomon BD, Jack BW, Feero WG. The clinical content of preconception care: genetics and genomics. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(6 Suppl 2): S340–S344.
5. Raymond M, Critchlow J, Rice SM, et al. Fetal pharmacogenomics: a promising addition to complex neonatal care. *Mol Genet Metab*. 2022; 137(1–2): 140–145.
6. Kihlborn U. Ethical issues in preconception genetic carrier screening. *Ups J Med Sci*. 2016; 121(4): 295–298.
7. Совет Европы. Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины (Конвенция Овьедо). Овьедо; 1997. Режим доступа: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164> (дата обращения: 18.03.2026).
8. Kaye DK. Addressing ethical issues related to prenatal diagnostic procedures. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2023; 9(1): 1.
9. De Wert GM, Dondorp WJ, Knoppers BM. Preconception care and genetic risk: ethical issues. *J Community Genet*. 2012; 3(3): 221–228.
10. Henneman L, Borry P, Chokoshvili D, et al. Responsible implementation of expanded carrier screening. *Eur J Hum Genet*. 2016; 24(6): e1–e12.
11. Capalbo A, Ramos-Alcalá L, Cimadomo D, et al. ESHG-ESHRE survey on the current practice of expanded carrier screening in European MAR centres. *Hum Reprod*. 2024; 39(8): 1844–1855.
12. De Jong A, Dondorp WJ, de Die-Smulders CE, et al. Non-invasive prenatal testing: ethical issues explored. *Eur J Hum Genet*. 2010; 18(3): 272–277.
13. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_367763/ (дата обращения: 18.03.2026).
14. Баранова Е. Е., Ижевская В. Л., Ефремова Е. Е. Этические аспекты неинвазивного пренатального тестирования: автономия и информированный выбор. *Медицинская генетика*. 2024; 23(3): 12–20.
15. Потапов А. А., Капланова М. Т., Галактионова А. М. и др. Этические аспекты применения полногеномного неинвазивного пренатального тестирования. *Медицинская генетика*. 2023; 22(11): 3–12.
16. Rim JH, Kim JH, Park JH, et al. Clinical pharmacogenetic testing and application: a guideline update. *Ann Lab Med*. 2024; 44(6): 494–512.
17. Meslin EM, Kant C, Mazzuri S, Knoppers BM. Prenatal therapies: a Points to Consider framework for responsible innovation. *BMC Med Genomics*. 2025; 18(1): 191.
18. Lynn AY, Farmer DL. The technical and ethical framework of fetal therapy. *Curr Opin Pediatr*. 2024; 36(3): 367–373.
19. М. В. Асеев, В. С. Баранов, Е. В. Баранова и др. Эволюция предиктивной медицины. Под ред. М. В. Асеева СПб. Эко-Вектор. 2021; 359 с.
20. Баранов В. С. Геномика и предиктивная медицина. *Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины*. 2021; 36(4): 14–28.
21. Курская С. А. Право не знать генетическую информацию о себе: имеет ли место в российском законодательстве? *Юридический мир*. 2025; (4): 32–35.
22. Guan ZW, Wu KJ, Bian HJ, et al. Pharmacogenetics of statins treatment: efficacy and safety. *J Clin Pharm Ther*. 2019; 44(6): 858–867.
23. Raymond J, Dooley M, Singl N, et al. Pharmacogenetics of direct oral anticoagulants: a systematic review. *J Pers Med*. 2021; 11(1): 37.
24. Muflih S, Al-Husein BA, Karasneh R, et al. Physicians' attitudes and ethical obligations to pharmacogenetic testing. *J Multidiscip Healthc*. 2020; 13: 249–258.
25. Greene BL, Nichols K, Parsons DW. Ethical considerations of genetic and genomic testing in pediatric oncology. *CA Cancer J Clin*. 2026; 76(2): e70005.

References

1. Baranov VS. Polimorfizm genov, ekogeneticheskiye bolezni i geneticheskiy pasport. *Ekologicheskaya Genetika*. 2011; 9(3): 3–14. Russian
2. Baranov VS. Genomika na puti k prediktivnoy meditsine. *Acta Naturae*. 2009; 1(3): 77–88. Russian.
3. Baranov VS, ed. *Geneticheskiy pasport — osnova individual'noy i prediktivnoy meditsiny*. Saint Petersburg. Izd-vo N-L. 2009; 528 p. Russian
4. Solomon BD, Jack BW, Feero WG. The clinical content of preconception care: genetics and genomics. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(6 Suppl 2): S340–S344.
5. Raymond M, Critchlow J, Rice SM, et al. Fetal pharmacogenomics: a promising addition to complex neonatal care. *Mol Genet Metab*. 2022; 137(1–2): 140–145.
6. Kihlbom U. Ethical issues in preconception genetic carrier screening. *Ups J Med Sci*. 2016; 121(4): 295–298.
7. Council of Europe. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine (Oviedo Convention). Oviedo; 1997. Available from: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164> (accessed: 18.03.2026).
8. Kaye DK. Addressing ethical issues related to prenatal diagnostic procedures. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2023; 9(1): 1.
9. De Wert GM, Dondorp WJ, Knoppers BM. Preconception care and genetic risk: ethical issues. *J Community Genet*. 2012; 3(3): 221–228.
10. Henneman L, Borry P, Chokoshvili D, et al. Responsible implementation of expanded carrier screening. *Eur J Hum Genet*. 2016; 24(6): e1–e12.
11. Capalbo A, Ramos-Alcalá L, Cimadomo D, et al. ESHG-ESHRE survey on the current practice of expanded carrier screening in European MAR centres. *Hum Reprod*. 2024; 39(8): 1844–1855.
12. De Jong A, Dondorp WJ, de Die-Smulders CE, et al. Non-invasive prenatal testing: ethical issues explored. *Eur J Hum Genet*. 2010; 18(3): 272–277.
13. Ministry of Health of the Russian Federation. Order No. 1130n of 20.10.2020 on the procedure for providing medical care in obstetrics and gynaecology [Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu «akusherstvo i ginekologiya»]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_367763/ (accessed: 18.03.2026). Russian.
14. Baranova EE, Izhevskaya VL, Efremova EE. Eticheskiye aspekty neinvazivnogo prenatal'nogo testirovaniya: avtonomiya i informirovannyi vybor. *Meditsinskaya Genetika*. 2024; 23(3): 12–20. Russian.
15. Potapov AA, Kaplanova MT, Galaktionova AM, et al. Eticheskiye aspekty primeneniya polnogenomnogo neinvazivnogo prenatal'nogo testirovaniya. *Meditsinskaya Genetika*. 2023; 22(11): 3–12. Russian.
16. Rim JH, Kim JH, Park JH, et al. Clinical pharmacogenetic testing and application: a guideline update. *Ann Lab Med*. 2024; 44(6): 494–512.
17. Meslin EM, Kant C, Mazzuri S, Knoppers BM. Prenatal therapies: a Points to Consider framework for responsible innovation. *BMC Med Genomics*. 2025; 18(1): 191.
18. Lynn AY, Farmer DL. The technical and ethical framework of fetal therapy. *Curr Opin Pediatr*. 2024; 36(3): 367–373.
19. Aseyev MV, Baranov VS, Baranova EV, et al., eds. *Evolutsiya prediktivnoy meditsiny Saint Petersburg*. Eko-Vektor. 2021; 359 p. Russian.
20. Baranov VS. Genomika i prediktivnaya meditsina. *Sibirskiy zhurnal klinicheskoy i eksperimental'noy meditsiny*. 2021; 36(4): 14–28. Russian.
21. Kurskaya SA. Pravo ne znat' geneticheskuyu informatsiyu o sebe: imeyet li mesto v rossiyskom zakonodatel'stve. *Yuridicheskiy mir*. 2025; (4): 32–35. Russian.
22. Guan ZW, Wu KJ, Bian HJ, et al. Pharmacogenetics of statins treatment: efficacy and safety. *J Clin Pharm Ther*. 2019; 44(6): 858–867.
23. Raymond J, Dooley M, Singl N, et al. Pharmacogenetics of direct oral anticoagulants: a systematic review. *J Pers Med*. 2021; 11(1): 37.
24. Muflih S, Al-Husein BA, Karasneh R, et al. Physicians' attitudes and ethical obligations to pharmacogenetic testing. *J Multidiscip Healthc*. 2020; 13: 249–258.
25. Greene BL, Nichols K, Parsons DW. Ethical considerations of genetic and genomic testing in pediatric oncology. *CA Cancer J Clin*. 2026; 76(2): e70005.

ЭТИЧЕСКИЕ ВЗГЛЯДЫ ИЗВЕСТНОГО КАЗАНСКОГО ТЕРАПЕВТА ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ XIX ВЕКА КАРЛА ФЕДОРОВИЧА ФУКСА (К 250-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

М. Ю. Абросимова ✉

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Статья посвящена Карлу Федоровичу Фуку — выдающемуся врачу, ученому, общественному деятелю, профессору кафедры терапии, патологии и клиники, декану медицинского факультета, ректору Императорского Казанского университета. Родившись в Германии, он посвятил всю свою жизнь Казани и ее жителям. Основное внимание уделено особенностям личности и этических взглядов ученого, тесно связанным с фактами его биографии, с врачебной, педагогической и общественной деятельностью. Приведены сведения об оценке деятельности К. Ф. Фукса известными представителями казанской общественности XIX в., сделаны выводы о значении его этических взглядов для современного общества.

Ключевые слова: Карл Фукс, история медицины, медицинская этика, Императорский Казанский университет

✉ **Для корреспонденции:** Марина Юрьевна Абросимова
ул. Бутлерова, д. 49, г. Казань, 420012, Россия Республика Татарстан; marabro@yandex.ru

Статья поступила: 15.06.2026 **Статья принята к печати:** 24.06.2026

Опубликована онлайн: 05.07.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.016

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

ETHICAL VIEWS OF KARL F. FUCHS, A PROMINENT 19TH-CENTURY THERAPIST FROM THE CITY OF KAZAN, RUSSIA (IN CELEBRATION OF THE 250TH ANNIVERSARY OF HIS BIRTH)

Abrosimova MYu ✉

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

The article is dedicated to Karl Fuchs, a distinguished medical practitioner, scientist, public figure and professor within the Department of Therapy, Pathology, and Clinical Medicine, who served as both the Dean of the Faculty of Medicine and the Rector of Imperial Kazan University. Born in Germany, Karl Fuchs committed his life's work to the advancement of Kazan and well-being of its population. The central focus rests on the scientist's character traits, ethical views and his contributions to the medical, educational, and public spheres. It is shown how eminent 19th-century public figures in Kazan evaluated Karl Fuch's life and work. The conclusions regarding the contemporary significance of his ethical principles are made.

Keywords: Karl Fuchs, history of medicine, medical ethics, Imperial Kazan University

✉ **Correspondence should be addressed:** Marina Y. Abrosimova
Butlerova St., 49, Kazan, 420012, Russia Republic of Tatarstan; marabro@yandex.ru

Received: 15.06.2026 **Accepted:** 24.06.2026 **Published online:** 05.07.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.016

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Имя Карла Федоровича Фукса для каждого жителя Казани имеет особое значение. Его знают и помнят, как выдающегося как врача, слава о котором простиралась далеко за пределами Казани и Казанской губернии; ученого, долгое время работавшего в Казанском университете и внесшего значительный вклад в его развитие в должностях заведующего кафедрой, декана медицинского факультета, ректора Императорского Казанского университета; этнографа, впервые описавшего культуру и быт татар. Все отмечают разносторонность его интересов: помимо физиологии и медицины его интересовала ботаника, зоология, этнография, краеведение, археология и нумизматика.

Актуальность темы обусловлена растущим интересом к истокам формирования этических ценностей общества. Изучение этических воззрений Фукса позволяет лучше понять интеллектуальную атмосферу эпохи и проследить становление моральных идей в России первой половины XIX столетия.

Цель статьи — проанализировать этические взгляды К. Ф. Фукса, выявить их особенности и значение для

истории медицинской этики и формирования этических взглядов российских врачей. Для достижения этой цели поставлены следующие задачи: изучить биографические данные ученого; проанализировать труды, отражающие его этические идеи; выявить основные этические принципы, которых придерживался К. Ф. Фукс; оценить влияние его взглядов на современников и потомков.

К сожалению, в доступных источниках не удалось найти специальных публикаций Карла Федоровича, посвященных медицинской этике или прямых цитат, которые бы непосредственно раскрывали его этические принципы. Однако вся его жизнь и деятельность, высказывания о нем его современников позволяют сделать выводы о его мировоззрении и ценностях.

Карл Федорович Фукс (*Karl Friedrich Fuchs*) родился 6 (18) сентября 1776 г. в г. Герборн (Германия) в семье профессора богословия, истории и красноречия и дочери профессора медицины и основателя ботанического сада в Герборне. В 1797 г. он окончил Геттингенский университет, а через год в Марбургском университете

получил степень доктора медицины за труд об известном натурфилософе эпохи Возрождения Андреа Чезальпино (*Andrea Cesalpino*). В 1800 г. Карл Федорович приехал в Россию, где сначала непродолжительное время работал частнопрактикующим врачом в Санкт-Петербурге, а затем отправился в путешествие по Уралу и Восточной Сибири, изучая местную флору.

В 1805 г. он был назначен профессором естественной истории и ботаники в только что открывшийся Императорский Казанский университет. С 1806 г. по совместительству работал врачом гимназической и университетской больницы. В 1805–1818 гг. и в 1827–1828 гг. он также преподавал и зоологию. С 1818 по 1833 г. работал в должности профессора кафедры терапии, патологии и клиники. После смерти профессора Брауна в 1819 г. на него дополнительно возложено чтение лекций по анатомии, физиологии и судебной медицине.

С 1820 по 1823 г. Карл Федорович избирается деканом врачебного отделения (медицинского факультета), а с 1823 по 1827 г. — ректором Казанского университета.

Получив 6 мая 1833 г. звание почетного профессора, Карл Федорович ушел в отставку, не теряя при этом тесной связи с университетом до самой кончины. Как пишет известный историк и биограф Н. П. Загоскин в своем «Биографическом словаре профессоров и преподавателей Императорского Казанского университета (1804–1904)»: «Умер 24 апреля 1846 году в г. Казани, до самой кончины не оставляя научных занятий и своей обширной, в высшей степени популярной в г. Казани и во всем крае медицинской практики» [1].

Проводить Карла Федоровича в последний путь пришли тысячи людей. По словам очевидцев, похоронная процессия растянулась по нескольким улицам: «Не только на улице, но и в окнах домов, на заборах и на крышах видны были люди...» [2]. Многие известные люди Казани произнесли прощальные слова у его могилы. Память о нем и в настоящее время бережно хранится жителями Казани: его именем названа улица, разбит благоустроенный сквер, в центре которого стоит памятник профессору, отреставрирован дом, где он жил.

Такую известность и славу К. Ф. Фукс снискал благодаря всей своей жизни, красной нитью через которую прошли уважение и любовь к людям. Его разносторонне развитая личность, моральные и нравственные принципы формировались под влиянием семейных традиций, немецкой классической философии (в частности, идей И. Канта и Г. В. Ф. Гегеля), просветительских идей XVIII в. и личного опыта взаимодействия с разными людьми и культурами. Будучи современником М. Я. Мудрова, он не мог не знать о принципах, которые пропагандировал в своих произведениях основоположник медицинской этики в России. Изучение литературных источников показывает, что они во многом схожи. И такие качества, присущие, по мнению М. Я. Мудрова, настоящему врачу, как милосердие, любовь к ближнему, профессиональная независимость, готовность помогать в любое время, бескорыстие, скромность, стремление к профессиональному совершенствованию, уважение к коллегам и др., нашли отражение в жизни и деятельности К. Ф. Фукса.

Важной частью биографии Фукса являются его взаимодействие с местным населением Казани и окрестностей, изучение истории и культуры населения Поволжья. Ученый с уважением относился к традициям и обычаям разных народов, что отражает такую сторону



Рис. 1. Карл Федорович Фукс

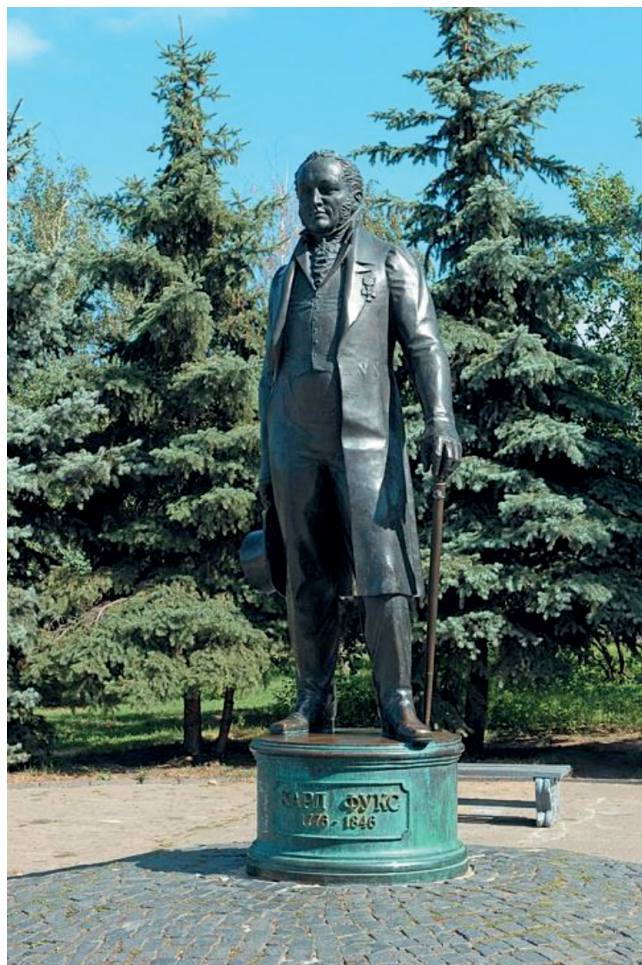


Рис. 2. Памятник К. Ф. Фуку

его этических взглядов, как уважение к национальным, культурным и религиозным особенностям пациентов. В своих этнографических исследованиях он описывал жизнь разных национальностей, подчеркивая их вклад в развитие города, ценности культурного многообразия и необходимость толерантности и взаимного уважения.

Во 2-й половине XVIII — начале XIX вв. татарское население Казани было обособлено в отдельных слободах — Старотатарской (образовалась вскоре после завоевания Казани в 1552 г.) и Новотатарской (1751 г.). Они отличались от других районов города укладом жизни, религией, национальными традициями и др. [3]. Карл Фукс специально поселился в непрестижной Старотатарской слободе, чтобы жить среди татар. Он изучал их быт и образ жизни, что было важно для понимания причин возникновения заболеваний и особенностей их течения. Зная более 10 языков, Карл Федорович завоевал доверие жителей Казани, общаясь с ними на их родном языке. В результате он даже имел специальную печать «Табиб Фукс» («Врач Фукс») и допускался к лечению татарских женщин, что в то время было исключительным случаем для врачей-немусульман. К судьбе татарских женщин он относился с большим сочувствием, называя их «несчастливыми обитательницами угрюмого Востока» и «вечными невольницами» [4].

Карла Федоровича отличали веселый, добродушный нрав, общительный характер и любознательность. Они помогли сближению профессора с казанским обществом. По свидетельству современников, он быстро заводил знакомства, бывал во многих домах и приобрел популярность как лечащий врач [5]. После грандиозного пожара в Казани в сентябре 1815 г. тысячи жителей остались без крыши над головой и нуждались в помощи и поддержке. Профессор Фукс, имевший просторный собственный дом, разместил у себя инспектора гимназии Н. М. Ибрагимова с его семьей [6]. В 30-х и 40-х годах дом Карла Федоровича и его жены Александры Андреевны (местной писательницы и поэтессы) являлся, по словам Н. П. Загоскина, «умственным центром для всей интеллигенции» [1]. Бывал в нем и А. С. Пушкин осенью 1833 г., собирая материал о Пугачевском бунте [7].

Ко всем своим пациентам К. Ф. Фукс относился одинаково, независимо от их происхождения, социального статуса или материального положения. Профессор Е. Ф. Аристов на похоронах Фукса сказал: «Самый блестящий луч в ореоле священной памяти Карла Федоровича — это его деятельная любовь к ближнему. Его сердце не знало различия между людьми, и равною, неугасною любовью теплилось ко всем» [8].

Большой знаток истории Казани и лично знавший Фукса Михаил Рыбушкин вспоминал: «Я сам неоднократно видел приемную комнату Фукса, наполненную бедняками, страдающими от болезней, и всякий из них оставлял дом Фукса с лицом светлым в чаянии выздоровления. Так высока была вера в искусство Карла Федоровича. Не от этого ли и лицо Фукса всегда светилось добротой и искренностью» [9].

Он никогда не стремился к материальному обогащению за счет пациентов, и, более того, использовал свои ресурсы для помощи бедным. Став в 1816 г. членом-попечителем Казанского комитета Императорского человеколюбивого общества, он обязался ежегодно вносить в кассу 50 рублей и безвозмездно лечить бедных, которые находились под патронажем общества. По его ходатайствам множество нищих семей получили помощь от городских властей

[5]. Для больных с недостаточными средствами Карл Федорович выписывал рецепты в специальную аптеку, где они могли получить лекарства бесплатно, так как он заранее оплачивал их стоимость. Кроме того, зная, что крестьяне с предубеждением относятся к аптечным медикаментам, Фукс лечил их по возможности домашними средствами и имел запас лекарственных трав. Он разрешал пациентам-крестьянам «выразить ему благодарность» в виде сбора нужных ему растений.

Н. Н. Булич, изучавший историю становления Казанского университета в первые годы его существования (1805–1819), писал: «При обширной своей практике, при том всеобщем уважении, которым он пользовался за свое знание дела и действительное множество счастливых случаев излечения, Фукс мог бы нажить большое состояние, но он принадлежал к редким и в ту пору врачам бескорыстным, не жалел для бедняков своего времени, и ту плату, которую он часто неохотно брал с людей зажиточных, раздавал людям нищим» [6].

К. Ф. Фукс постоянно стремился к собственному профессиональному совершенствованию и внес значительный вклад в развитие медицинского образования в Казани. Он считал, что просвещение не только дает знания, но и способствует нравственному совершенствованию и формированию этически зрелой личности. В своей диссертации на степень доктора медицины он утверждал, что невозможно быть хорошим врачом без основательного и широкого общего образования. В отличие от других иностранных профессоров, которые в Казанском университете, особенно в первые годы его существования, читали лекции на немецком, французском и латыни, Карл Фукс считал своей «нравственной обязанностью» обращаться к студентам на их родном языке, называя русский язык своим вторым отечеством, чем заслужил еще большее уважение [10]. Он единственный из иностранцев состоял членом «Общества любителей отечественной словесности» [5].

С уважением и любовью профессор относился к своим студентам. По воспоминаниям одного из первых студентов Казанского университета Сергея Аксакова (будущего писателя, литературного и театрального критика) «экзамены носили характер семейных дружеских испытаний, на которых Фукс торжествовал со своей натуральной историей» [11]. Свои лекции он строил в виде беседы, ответов на вопросы, что привлекало внимание студентов и они охотно их посещали.

С его именем связывают внедрение новых методов диагностики, в частности, аускультации. Он стоял у истоков клинического преподавания в Казанском университете, заботился о расширении университетской клиники и введении новых методов обучения студентов, например, должности клинического ординатора, под руководством которого каждый студент обязывался курировать больных и вести истории болезни. При нем в практику преподавания терапии был введен разбор больных в амбулаторных условиях и тем самым положено начало поликлиническому обучению студентов. Приглашая студентов на свои консультации, Карл Федорович передавал им не только знания о медицине, но и обучал искусству общения с пациентами [12].

В своих лекциях и статьях он подчеркивал важность гуманного отношения к пациентам. По словам современников, само присутствие Фукса у постели больного благотворно влияло на процесс выздоровления,

вселяло в них надежду и облегчало страдания: «В жилище больного при первом звуке его голоса все оживало, все приходило в восторг; боли уменьшались, упавший дух воскресал» [8].

Смысл своей деятельности ученый видел в служении обществу и науке. Он полагал, что знания должны использоваться для улучшения жизни людей, а ученые обязаны вносить вклад в общественное благо. Фукс подчеркивал, что ученые несут особую ответственность за свои открытия и идеи. Знания не должны использоваться во вред людям, а научные исследования должны соответствовать моральным нормам.

Он также проявлял заботу и об общественном здоровье. В публикациях в «Казанских известиях» и других изданиях Фукс регулярно размещал статистические сообщения о состоянии здоровья жителей Казани, включая данные об эпидемиях для информирования населения, описал бушующую в Казани в 1830 г. холеру и меры борьбы с ней. Популярными были публичные лекции К. Ф. Фукса о санитарном состоянии Казани [13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Идеи Фукса, безусловно, оказали влияние на интеллектуальную среду Казани первой половины XIX в. Его лекции и труды вдохновляли студентов

и коллег, способствуя формированию гуманистических ценностей в обществе. Его подход к профессиональной деятельности и врачебному долгу, основанный на любви и уважении к пациенту, ответственности за его здоровье, стал примером для многих поколений врачей. В практике подготовки современного врача актуально представление об образовании как о средстве нравственного воспитания. Идеи о взаимоуважении и толерантности во взаимоотношениях между представителями различных народов, культур и религий, пропагандируемые Фуксом, способствовали формированию взаимопонимания и стали фундаментом гармоничных отношений между народами Поволжья. Они важны в современных условиях глобализации, кризиса межнациональных отношений и миграции. В связи с развитием биотехнологий и искусственного интеллекта особую значимость приобретают его высказывания об ответственности ученого за результаты своей деятельности.

Изучение деятельности К. Ф. Фукса позволяет не только лучше понять истоки формирования медицинской этики в России, но и найти ответы на современные этические вызовы. Его жизнь и его идеи могут служить ориентиром для врачей, ученых, педагогов и всех, кто стремится к построению гуманного и справедливого общества.

Литература

1. Загоскин Н. П. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Казанского университета (1804–1904). Казань. 1904;2: 368.
2. Терновский В. Н. Фукс Карл Федорович. Жизнь замечательных людей в Казани. Казань. Татгосиздат. 1940; 2:135–147.
3. Валиуллин И. Р. К вопросу о взаимодействии татарского населения в социокультурном пространстве Казани во 2-й половине XVIII — начале XIX вв. Проблемы и тенденции развития социокультурного пространства России: история и современность: материалы XII междунар. науч.-практ. конф. Брянск. Брянский государственный инженерно-технологический университет. 2025; 15–19.
4. Фукс К. Ф. Казанские татары в статистическом и этнографическом отношениях. Краткая история Казани. Репринт, воспр. Казань. Фонд ТЯК. 1991; 30–31
5. Гарзавина А. В. «В Казань, профессору К. Ф. Фуку ...» Казань. Татарское кн. Изд-во. 1987; 23; 57.
6. Булич Н. Н. Из первых лет Казанского университета (1805–1819): рассказы по архивным документам: Казань. Типогр. Императорского ун-та. 1887–1891. 1887; 1:112.
7. Даминова Ф. К. Пушкин в Казани. Научный Татарстан. 2013; 4; 116–118.
8. Половцов А. А. Карл Федорович Фукс. Русский биографический словарь. Том 21. Режим доступа: <https://azbyka.ru/otechnik/Spravochniki/russkij-biograficheskij-slovar-tom-21/> (дата обращения 29.04.2026).
9. Милашевский Г. Русский немец Карл Фукс. Время и деньги. Сайт Юрия Алаева. Режим доступа: <https://e-vid.ru/index-m-192-p-63-article-24548.htm> (дата обращения 29.05.2026).
10. Амиров Н. Х., Альбицкий В. Ю. Карл Фукс — выдающийся деятель отечественной медицины первой половины XIX века. Казанский медицинский журнал. 1997; 78(1): 71–73.
11. Загоскин Н. П. История Императорского казанского университета за первые сто лет его существования. 1804–1904; 2: 1814–1819. Казань. Типо-литогр. Имп. казанского ун-та. 1902–1904, 1902 (обл. 1903); 698.
12. Созинов А. С., Абдулганиева Д. И., Галявич А. С., Хамитов Р. Ф., Хуснутдинова Л. А., Халфина Т. Н. и др. К истории Казанской школы терапевтов (к 200-летию Казанского государственного медицинского университета). Терапевтический архив. 2014; 5; 120–122.
13. Михайлова С. М., Коршунова О. Н. Миссия университетов в России: век XIX. Ученые записки Казанского государственного университета. 2006; 148(4). Гуманитарные науки; 86.

References

1. Zagoskin NP. Biograficheskij slovar' professorov i predpovavatelej Imperatorskogo Kazanskogo universiteta (1804–1904). Kazan'. 1904;2: 368. Russian.
2. Ternovskij VN. Fuks Karl Fedorovich. V kn. Zhizn' zamechatel'nyh lyudej v Kazani. Kazan'. Tatgosizdat. 1940; 2:135–147. Russian.
3. Valiullin IR. K voprosu o vzaimodejstvii tatarskogo naseleniya v sociokul'turnom prostranstve Kazani vo 2-j polovine XVIII — nachale XIX vv. Problemy i tendencii razvitiya sociokul'turnogo prostranstva Rossii: istoriya i sovremennost': materialy XII mezhhdunar. nauch.-prakt. konf. Bryansk. Bryanskij gosudarstvennyj inzhenerno-tehnologicheskij universitet. 2025; 15–19. Russian.
4. Fuks KF. Kazanskije tatary v statistich eskom i etnograficheskom otnosheniyah. Kratkaya istoriya Kazani. Reprint, vospr. Kazan'. Fond TYAK. 1991; 30–31 Russian.
5. Garzavina AV. «V Kazan', professoru K. F. Fuksu ...» Kazan'. Tatarskoe kn. Izd-vo. 1987; 23; 57. Russian.

6. Bulich NN. Iz pervyh let Kazanskogo universiteta (1805–1819): rasskazy po arhivnym dokumentam: Kazan': Tip. Imperatorskago un-ta. 1887–1891. 1887; 1:112. Russian.
7. Daminova FK. Pushkin v Kazani. Nauchnyj Tatarstan. 2013; 4; 116–118. Russian.
8. Polovcov AA. Karl Fedorovich Fuks. Tekst ehlektronnyj. Russkij biograficheskij slovar'. Tom 21. Available from URL: <https://azbyka.ru/otechnik/Spravochniki/russkij-biograficheskij-slovar-tom-21/> (accessed: 29.04.2026). Russian.
9. Milashevskij G. Russkij nemec Karl Fuks. Tekst ehlektronnyj. Vremya i den'gi. Sajt Yuriya Alaeva. Available from URL: <https://e-vid.ru/index-m-192-p-63-article-24548.htm> (accessed: 29.05.2026). Russian.
10. Amirov N. H., Al'bickij VYu. Karl Fuks — vydayushchisya deyatel' otechestvennoj mediciny pervoj poloviny XIX veka. Kazanskij medicinskij zhurnal. 1997; 78 (1): 71–73. Russian.
11. Zagoskin NP. Istoriya Imperatorskago kazanskago universiteta za pervye sto let ego sushchestvovaniya. 1804–1904; 2: 1814–1819. Kazan'. Tipo-litogr. Imp. kazanskago un-ta. 1902–1904, 1902 (obl. 1903); 698. Russian.
12. Sozinov AS, Abdulganieva DI, Galyavich AS, Hamitov RF, Husnutdinova LA, Halfina TN, et al. K istorii Kazanskoj shkoly terapevtov (k 200-letiyu Kazanskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta). Terapevticheskij arhiv. 2014; 5; 120–122. Russian.
13. Mihajlova SM, Korshunova ON. Missiya universitetov v Rossii: vek HIIH. Uchenye zapiski Kazanskogo gosudarstvennogo universiteta. 2006; 148(4) Gumanitarnye nauki; 86. Russian.