

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Н. П. ПЕТРОВА, Т. М. ШАРШАКОВА

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ. МЕДИЦИНСКИЕ ЭМБЛЕМЫ

Учебно-методическое пособие
для студентов 1 курса медико-диагностического факультета,
3 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов
для зарубежных стран медицинских вузов

Гомель
ГомГМУ
2013

УДК 614.253+61:7.045(072)

ББК 51.1(2я73)

П 30

Рецензенты:

доктор медицинских наук, доцент,
декан медико-диагностического факультета

Гомельского государственного медицинского университета

А. Л. Калинин;

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины
Гомельского государственного медицинского университета

В. Н. Бортновский

Петрова, Н.П.

П 30 История медицинской этики. Медицинские эмблемы: учеб.-метод. пособие для студентов 1 курса медико-диагностического факультета, 3 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов / Н. П. Петрова, Т. М. Шаршаква. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 56 с.

ISBN 978-985-506-541-9

Предназначено для проведения семинарских занятий по предмету «История медицины» с целью получения знаний, умений и навыков по теме: «История медицинской этики. Медицинские эмблемы». Соответствует учебному плану и типовой учебной программе, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 1 февраля 2013 г., протокол № 1.

УДК 614.253+61:7.045(072)

ББК 51.1(2я73)

ISBN 978-985-506-541-9

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
1. Понятия «Этика» и «Медицинская этика»	8
2. Исторические принципы и модели медицинской этики	9
3. Категории медицинской этики.....	11
4. Основные проблемы медицинской этики	14
5. Исторические медико-этические документы	30
6. Документы, относящиеся к категории нормативных документов биомедицинской этики	38
7. Медицинская эмблематика	40
Литература	53

ВВЕДЕНИЕ

«Лечи каждый день, помогай каждый час,
утешай каждую минуту».

Медицинская поговорка

С древних времен врач считался человеком, выполняющим высоко моральное дело. Люди этой профессии приходят на помощь в самые критические моменты жизни человека, начиная с появления на свет и до предсмертного часа. Например, надпись на храме Асклепия в Акрополе гласит: «...он, как Бог, должен быть одинаковым спасителем рабов, бедняков, богатых людей и наследников престола и быть для всех братом, вот какую помощь он должен оказывать».

Врачам приходится принимать решения, связанные с жизнью, здоровьем, достоинством и правами людей, поэтому медицинская помощь не может быть полноценной, если самый высокопрофессиональный врач не обладает этическими качествами. Чтобы избежать ошибок, врач должен уметь принять правильное решение, а это требует специального морально-этического знания.

Медицинская этика как наука помогает понять наши действия и поступки. Подобно тому, как логика помогает избежать ложных суждений, так и медицинская этика помогает осознать принципы, по которым тот или иной поступок оценивается как верный или неверный. Нет доктора, который не признавал бы значения для лечебного процесса нравственных взаимоотношений с пациентом. От нравственной культуры врача непосредственно зависит важнейший фактор успешного лечения, а именно: доверие больного к врачу, перед которым всегда встает вопрос, как добиться этого доверия. Медицинская этика раскрывает, что основным условием возникновения доверия является готовность и умение врача подчинить свои интересы интересам пациента. Это умение служит, в свою очередь, главному — облегчению страдания больного.

Врачи древности, оставившие нам ценные сведения из истории врачевания, обращали серьезное внимание на вопросы медицинской этики. В древнеиндийской книге «Аюрведа» («Книга жизни»), относящейся к V–IV вв. до н. э., описан четкий этический портрет врача. «Он должен обладать чистым, сострадательным сердцем, правдивым характером, спокойным темпераментом, отличаться величайшей умеренностью и целомудрием, постоянным стремлением делать добро».

Первые научные обобщения народного опыта врачевания и правил поведения врача у постели больного изложены в трудах Гиппократов — V–IV вв. до н. э. — и других ученых Древней Греции и Рима. В известной клятве Гиппократов были заложены основные морально-этические принципы врачебной деятельности. В ней был четко сформулирован профессио-

нальный долг врачевателя — честно и добросовестно служить больному человеку, в своих действиях «воздерживаться от причинения всякого вреда и несправедливости».

В «Клятве» впервые встречаемся с требованием соблюдения медицинской тайны. «Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». Клятва Гиппократова для многих поколений врачей всего мира стала этическим гимном врачевания, в разных вариантах она выдержала проверку временем и до настоящего времени обладает силой воспитательного воздействия.

Как и в период древнего мира, врачи средневековья также приносили клятву на верность своей профессии. В ней содержался призыв к честному исполнению профессионального долга, к самопожертвованию во имя блага человеческого. Большие заслуги в разработке вопросов медицинской этике принадлежат арабскому философу и врачу Авиценне (IX–X вв. н. э.). В своем капитальном труде «Канон врачебной науки» Авиценна излагает не только методы диагностики и лечения заболеваний человека, но и вопросы, касающиеся профессиональных качеств врача и их влияния на взаимоотношения с больными. Он считал, что врач должен обладать особенными физическими и духовными качествами — глазами сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва.

В письменных источниках Русского государства IX–XI веков также имеются сведения, определяющие нормы поведения врача. Петр I издал детальную регламентацию врачебной деятельности и поведения врача.

В развитие этических идей Гиппократова, Галена, Авиценны и других передовых ученых большой вклад внесли представители отечественной медицинской науки XVIII–XIX вв.

Д. С. Самойлович (1744–1805) обращал особое внимание на значение нравственных начал в деятельности врача. Подчеркивая высшее назначение врача в служении своему народу, он призывал врачей к бескорыстию, искренности, вежливости и простоте. По его словам, врачи должны быть милосердными, сочувствующими, услужливыми, должны любить своего ближнего, как самого себя.

М. Я. Мудров (1776–1831) — основоположник отечественной клинической медицины, был убежденным пропагандистом гуманных принципов Гиппократова. Он считал необходимым воспитывать медиков в духе гуманизма, честности и бескорыстия, был глубоко убежден, что медицинской профессией должны овладевать люди по призванию, а не из побуждения к наживе.

Вторая половина XIX в. выдвинула из среды отечественных врачей целую плеяду ученых-медиков, также внесших заметный вклад в развитие этических принципов медицины.

В трудах Н. И. Пирогова, С. П. Боткина, В. М. Бехтерева, И. П. Павлова мы находим много разных материалов, касающихся этических норм

взаимоотношений врача и больного, основанных на понимании роли нервной системы и психологического состояния человека в формировании и разрешении болезненных процессов.

Высказывание Н. И. Пирогов о том, что будущее принадлежит медицине предохранительной в сочетании с общегосударственными мероприятиями, стало девизом передовой медицинской общественности того времени и немало способствовало морально-этической ориентации врачей на профилактику.

Известный московский врач Ф. П. Гааз (1780–1853) провозгласил, что медицина — царица наук, ибо здоровье необходимо для всего великого и прекрасного на свете. Говорил о необходимости внимать нуждам людей, заботиться о них, не бояться труда, помогая им советом и делом, словом, любить их, причем чаще проявлять эту любовь, тем сильнее она будет становиться («Спешите делать добро»).

А. Ф. Кони (1844–1927) выдающийся судебный деятель России конца XIX – начала XX века считал, что нравственные обязанности врача заключаются в «уважении к истинной науке, недопущении никаких недопустимых приемов, дающих скоропроходящий эффект, в неприменении выводов из недостаточно и неокончательно проверенных открытий, устойчивом терпении в отношении к людям, самоотверженном в некоторых случаях исполнении своего долга перед обществом и последовательном поведении». «Врач живет постоянно с чувством ответственности перед страдающими, является свидетелем страданий больных, подвергает себя порой опасности заражения, проявляя каждодневный героизм».

Со второй половины XX века изменения в медицине принимают принципиально новый характер. Современная медицина получает реальную возможность «давать» жизнь (искусственное оплодотворение), определять и изменять ее качественные параметры (генная инженерия), отодвигать «время» смерти (реанимация, трансплантация, геронтология).

Новые возможности медицины, связанные не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью (например, генетическая коррекция особенностей человека, допущение донорства без согласия, уничтожение жизни на эмбриональных стадиях, отказ и прекращение медицинской помощи безнадежному больному), вступают в противоречие с установившимися моральными ценностями и принципами. В силу этого противоречия формируется биоэтика как система знания о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

Интерес к медицине, и в частности к ее истории, непрерывно растёт. А символы и эмблемы медицины издревле играли обобщающую и направляющую роль. Выражая смысл того или иного вида врачебной деятельности, они играли роль замен, под которыми собирались единомышленники, т. е. роль объединяющую, мобилизующую, привлекающую в свои ряды и одновременно определяющую известные нормы поведения медицинских

работников. Общеисторическое значение символов и эмблем велико и потому, что они показывают тесную связь медицины с общей историей и культурой народов.

В мировой литературе опубликованы данные, указывающие на зависимость возникновения символов в медицине от определенных исторических условий развития человеческого общества, их прямую связь с истоками эмпирической медицины. Уяснение этих связей, безусловно, способствует раскрытию первоначального смыслового содержания символов медицины, появившихся как образное выражение представлений древнего человека о природных и бытовых явлениях, оказывающих на него как положительное, так и отрицательное воздействие.

С развитием общества и накоплением знаний об окружающем мире начальные представления переосмысливались, а символы, олицетворяющие различные явления, приобретали новые формы и значения. Вследствие этого, символика на разных этапах исторического развития общества заключала в себе разное идейное содержание. В настоящее время существует многоплановая трактовка смыслового содержания дошедших до нас символов и эмблем медицины.

1. ПОНЯТИЯ «ЭТИКА» И «МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА»

Этика — учение о моральных нормах и правилах, определяющих взаимоотношения людей в семье, обществе, быту и трудовой деятельности. Латинское слово *ethica*, греческое *ethos* (обычай) — учение о нравственности, т. е. система непротиворечивых суждений об основаниях, смысле и назначении морали. При определении этики употребляются слова «нравственность» и «мораль».

Термин «этика» был предложен Аристотелем (384–322 гг. до н.э.), который считал «цель этики — не познание, а поступки; этика нужна не для того, чтобы знать, что такое добродетель, а чтобы стать добродетельными, иначе от этой науки не было бы никакого проку...».

Медицинская этика — совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

В профессиональной медицинской этике исходным следует считать принцип гуманизма.

Гуманизм — это воззрение, рассматривающее человека как высшую ценность, защищающее его свободу и всестороннее развитие. Термин «гуманизм» возник в эпоху Возрождения, а идея гуманности (человеколюбие) формируется в середине первого тысячелетия до н. э. и встречается в Библии, у Гомера, в древнеиндийских, древнекитайских, древнегреческих философских источниках VI–IV вв. до н. э. В этот период врачи Древней Греции давали этическое обязательство — «Клятву» Гиппократу (460–377 гг. до н. э.). У Гиппократу идея гуманизма имеет конкретные выражения: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного... Я направлю режим больных к их выгоде... воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости...». К проявлениям гуманизма этики Гиппократу относятся заповеди о врачебной тайне и о ценности любой человеческой жизни.

Идея гуманности заложена в знаменитом «золотом правиле нравственности»: поступай по отношению к другим так, как ты хотел бы, чтобы они поступали по отношению к тебе.

Таким образом, медицинский гуманизм в своем исходном значении утверждает человеческую жизнь в качестве высочайшей ценности, определяет ее защиту и помощь ей как основную социальную функцию медицины, которая должна выполнять эту свою задачу, руководствуясь научными знаниями и профессиональным мастерством.

Основа и содержание принципа медицинского гуманизма в современных условиях раскрывается через этическое отношение врача, каждого медицинского работника к боли, страданиям, болезням и здоровью человека, к открытости, незащищенности в условиях врачевания внутреннего мира, частной жизни пациента.

2. ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации, сопровождавшие медицину на протяжении всей ее истории. Медицинская этика существует в нескольких формах или моделях.

Модель Гиппократов и принцип «не навреди».

Моральные принципы врачевания были заложены «отцом медицины» Гиппократом. В «Клятве» Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом и своими коллегами по ремеслу. Один из важнейших принципов — «не навреди». В «Клятве» говорится: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Принцип «не навреди» фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия.

Модель Гиппократов содержит исходную профессиональную гарантию, которая рассматривается как условие и основание признания врачебного сословия не только обществом в целом, но и каждым человеком, который доверяет врачу свою жизнь.

Нормы и принципы поведения врача, определенные Гиппократом наполнены содержанием, обусловленным целями и задачами врачевания, независимо от места и времени их реализации. Несколько изменяясь, они соблюдаются и сегодня в том или ином этическом документе.

Примером документа, созданного на основе «модели Гиппократов» служит «Клятва врача Республики Беларусь».

Формы вреда со стороны врача:

— вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;

— вред, вызванный небрежностью либо злым умыслом, например, корыстной целью;

— вред, вызванный неверными, необдуманными или неквалифицированными действиями;

— вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Таким образом, принцип «не навреди» нужно понимать, что вред, исходящий от врача, должен быть только вредом объективно неизбежным и минимальным.

Модель Парацельсов и принцип «делай добро» — модель врачебной этики, которая сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм (1493–1541)). Этот принцип является расширением и продолжением предыдущего принципа.

Принципы Парацельса: «врач должен денно и ночью думать о своем больном»; «врач не смеет быть лицемером, мучителем, лжецом, легкомысленным, но должен быть праведным человеком»; «сила врача — в его сердце, работа его должна освещаться естественным светом и опытностью»; «величайшая основа лекарства — любовь».

В отличие от модели Гиппократова, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм («pater» — латинское понятие «отец») — эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого строится весь лечебный процесс. Основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро», благо или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание — это организованное осуществление добра.

Принцип «делай добро» может передаваться с помощью таких слов, как «милосердие», «благотворительность», «благодеяние».

Деонтологическая модель и принцип «соблюдения долга».

Соответствие поведения врача определенным этическим нормативам составляет существенную часть медицинской этики. Это ее деонтологический уровень, или «деонтологическая модель».

Термин «деонтология» (от греч. deontos — должное) был введен в советскую медицинскую науку в 40-х годах XX века профессором Н. Н. Петровым. Он использовал этот термин, чтобы обозначить реально существующую область медицинской практики — врачебную этику.

Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Примером такой модели может служить хирургическая деонтология. Н. Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии» выделял следующие правила:

- «хирургия для больных, а не больные для хирургии»;
- «делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека»;
- «для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после»;
- «идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой физической боли, но и всякого душевного волнения больного»;
- «информирование больного», которое должно включать упоминание о риске, о возможности инфекции, побочных повреждений.

С точки зрения Н. Н. Петрова «информирование» должно включать не столько «адекватную информацию», сколько внушение «о незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции».

Принцип «соблюдения долга» — основной для деонтологической модели. «Соблюдать долг» — это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества и его собственной воли и разума. Если человек способен действовать по безусловному требованию «долга», то такой человек соответствует избранной им профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

Наборы сформулированных правил поведения разработаны для каждой медицинской специальности.

Этические комитеты (комиссии) — разнообразные по составу и статусу аналитически-консультативные, а в отдельных случаях и контролирующие органы, призванные вырабатывать нравственные правила функционирования конкретных исследовательских и медицинских учреждений, а также давать этическую экспертизу и рекомендации по конфликтным ситуациям, возникающим в биомедицинских исследованиях и медицинской практике. Этические комитеты построены на междисциплинарной основе и включают, помимо медиков и биологов, юристов, психологов, социальных работников, экспертов в области медицинской этики, пациентов и их представителей, а также представителей общественности.

Таким образом, теоретические особенности и морально-этические принципы каждой из перечисленных исторических моделей являются реальными элементами целостной системы профессионально-этического знания и составляют ценностно-нормативное содержание профессиональной современной биомедицинской этики.

3. КАТЕГОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В процессе развития и становления профессиональной медицинской этики были четко сформулированы гуманистические, нравственные принципы деятельности медицинских работников. На этой основе определялись наиболее обобщенные понятия морали или категории, отражающие нравственные связи между людьми и характеризующие отношение медработников к предмету своей повседневной деятельности — больному и здоровому человеку, к обществу.

Категории: равенство и справедливость.

Суждение Гиппократов — «врач должен быть справедливым при всех обстоятельствах» — давно стало аксиоматичным в медицинской этике.

Медицинская этика требует видеть в больном, прежде всего, больного, устанавливая известное равенство всех людей перед лицом болезни и смерти. Нравственное чувство людей особенно чутко реагирует на неравенство распределения «медицинских услуг» в обществе.

Первый этический экзамен перед своими пациентами каждый медик сдает по предмету «равенство». Например, прием кого-то из больных в об-

ход очереди (без медицинских на то показаний) является многократным моральным злом: проявлением неуважения ко многим людям одновременно, пренебрежением к состоянию больных, циничной, вызывающей демонстрацией медиками аморального поведения.

В то же время медицинская этика не может оставить без внимания и вопросы, касающиеся «этики пациента». Этичной будет такая позиция пациента, когда он с пониманием отнесется к любому случаю справедливого неравного внимания, которое врач уделяет некоторым больным в силу естественных различий течения болезней у них.

Категории: благо и добро.

Эти категории близки по смыслу, но не тождественны.

В медицинской практике, прежде всего, следует обратить внимание на такие проявления блага, как жизнь и здоровье. Улучшение состояния больного, случайное совпадение способствующих успеху лечения обстоятельств, неосведомленность значительной части больных относительно прогноза их заболевания — все это есть благо. Добро (как и зло) есть самое общее моральное понятие. Даже когда действия человека не увенчаются в силу каких-то внешних обстоятельств практическим успехом, сам по себе правильно сделанный им моральный выбор позволяет говорить о данном человеке, что он не изменил себе как человек, так как стремился сделать добро.

Благо больного — цель профессиональной деятельности врача. В медицинской практике больной олицетворяет категорию «блага», а врач — категорию «добра».

Категория «долг» отражает единство общественного и личного в понятиях морали.

Долг — центральная категория медицинской этики, определяющая как должностную, так и нравственную стороны профессиональной деятельности, отношение медицинского работника к исполнению своих служебных обязанностей.

Категория «долг» во врачебной этике раскрывается как профессиональный долг медиков перед больным, как их долг перед своей профессией и перед обществом.

В представлении больного, образцовый врач — это человек долга, для которого оказание помощи больному не только должностная обязанность, но подлинно моральное деяние. Истинный врач всегда преодолет эгоистические или корыстные соблазны, которые могут затруднить выполнение им врачебного долга. Об этом свидетельствуют бессмертные строки «Клятвы Гиппократы»: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного...».

Верность профессиональному долгу требует от врача мудрости, моральной стойкости, моральной закаленности.

Мудрость — это мера развития, зрелости разума врача, осознания им коллективного нравственно-этического опыта коллег, способность делать разумные выводы из собственных успехов и ошибок.

Моральная стойкость — приобретение врачом своеобразного нравственно-этического опыта в преодолении различного рода искушений.

В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывается, что здоровье — это социальное благополучие человека. Верность медиков своему профессиональному долгу — это залог веры больных в медицину.

Категория «ответственность». Ответственность есть конкретная мера долга.

Ответственность — важнейшее моральное качество медика, именно сознание, чувство ответственности питает его профессионализм в целом, это «гормон роста» самой его личности. Нравственная энергия профессиональной ответственности медицинского работника концентрируется во множестве конкретных действий: ни при каких обстоятельствах не нарушать обещание, данное больному, в отношении с больными врачу запрещены антипатия, раздражения, обида, спешка, нетерпеливость, забывчивость.

Понятие профессиональной ответственности в медицине имеет юридический смысл.

Категории: честь, достоинство, совесть.

Честь и достоинство — этические категории, определяющие отношение человека, как к самому себе, так и к другому человеку, к обществу в целом. По своему содержанию понятие чести очень близко к понятию «достоинство». Обе эти категории определенным образом регулируют поведение человека и определяют отношение к нему со стороны окружающих, они испытывают на себе влияние других категорий этики, особенно долга и совести.

Человек чести не выставляется впереди других, не обращает на себя внимания окружающих, а наоборот, повинуюсь своему внутреннему убеждению, сам берется за выполнение трудной и сложной работы, помогает товарищу, не требуя за это какого-то вознаграждения. Вопросом чести является решение взять на себя ответственность, довести дело до конца и принести посильную пользу обществу.

Белый халат и шапочка как бы символизируют незапятнанность чести медицинских работников. В профессиональном чувстве чести медицинских работников заключается гордость за медицинский гуманизм, сознание огромной социальной значимости медицинского труда, вера в силу научного медицинского звания.

Получающий право врачевания, должен работать с такой ответственностью, которой требуют законы и традиции медицины. Несоответствие должному профессиональному уровню недопустимо с точки зрения профессиональной чести.

Профессиональное достоинство врача собирательно характеризует его нравственные качества. Самостоятельность, независимость, свобода нравственных решений — слагаемые личного достоинства человека. Сознание и чувство личного достоинства исключает малодушие, льстивость, самоунижение и неверие в себя.

Сознание профессионального достоинства не вырабатывается у студента-медика сразу, оно является плодом внутренней духовной работы, нравственного самовоспитания.

Если достоинство есть стремление личности не вступать в разлад с собой, то совесть — это стремление личности не вступать в разлад с правдой жизни.

Совесть — этическая категория, выражающая высшую форму способности личности осуществлять нравственный самоконтроль, самостоятельно формулировать для себя нравственные обязанности, требовать от себя их выполнения и производить самооценку совершаемых поступков. Совесть — это внутреннее осознание и прочувствование своего профессионального долга, профессиональной ответственности как личного долга и личной ответственности.

Этическая категория совести призвана играть важнейшую роль в решении всех противоречивых проблем, порождаемых медицинской практикой. Делом совести врача является постоянная самооценка своего отношения к медицине — к ее прошлому и будущему, к ее исторической судьбе.

Таким образом, все этические категории связаны между собой, взаимно дополняют друг друга.

4. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Взаимоотношения врача со здоровым и больным и родственниками.

Взаимоотношения врача и пациента — центральная проблема медицинской этики (биоэтики). Основой этих взаимоотношений является преданность врача интересам больного, профессиональная честность, абсолютная вежливость, доброжелательность, внимательность, индивидуальный подход, включая и психологические особенности больного, клиническое и деонтологическое обоснование методов диагностики и лечения, борьба с болью, конфиденциальность (медицинская тайна), профилактика ятрогений.

Классическое понятие ятрогении возникло в 20-х годах XX века. Под ятрогенией понимают ухудшение болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением медицинского персонала. В практике врача причинами таких информационных или психогенных ятрогений могут быть откровенная подробная беседа с пациентом или с родителями в присутствии ребенка, особенно содержащая описание возможных осложнений, неблагоприятного прогноза; неумелая информация о диагнозе и состоянии здоровья; неверно проведенная санитарно-просветительная беседа; выдача на руки пациентам истории болезни и других медицинских документов.

Издавна проблема отношения врача к больному рассматривалась в плане их сотрудничества и взаимопонимания.

Гиппократ отмечал, что «некоторые больные, несмотря на сознание обреченности, выздоравливают только потому, что уверены в мастерстве врача».

Врач и писатель Абу-аль Фарадж, живший в XIII веке, сформулировал следующее обращение к больному: «Нас трое — ты, болезнь и я; если ты будешь с болезнью вас будет двое, я останусь один — вы меня одолеете; если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна — мы ее одолеем».

Авицена требовал особого подхода к больному: «Тебе должно знать, что каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично. Редко бывает или совсем невозможно, чтобы кто-нибудь имел одинаковую с ним натуру». Каждое слово произнесенное врачом подразумевает не только культуру речи, но и чувство такта, умение поднять больному настроение, не ранить его неосторожным высказыванием.

Особое значение в медицинской профессии приобретают такие общечеловеческие нормы общения, как умение уважать и внимательно выслушать собеседника, продемонстрировать заинтересованность в содержании беседы и мнении больного, правильное и доступное построение речи. Немаловажен и внешний опрятный вид медицинского персонала.

В древнеиндийской медицине врач говорил своим ученикам-последователям: «Ты теперь оставь свои страсти, гнев, корыстолюбие, безумство, тщеславие, гордость, зависть, грубость, шутовство, фальшивость, леность и всякое порочное поведение. Отныне ты будешь носить твои волосы и твои ногти коротко остриженными, одеваться в красную одежду, вести чистую жизнь».

Врач должен заранее позаботиться о том, чтобы его информация для больного и членов его семьи была ясной, четкой, понятной, не превышала допустимых пределов и оказалась достаточно аргументированной. На родных сильно влияет убежденность врача, его личность и репутация, аргументация тех или иных предложений или действий, культура всей врачебной беседы.

Одним из важнейших принципов отношений между медицинским работником и пациентом является принцип дистрибутивной справедливости. Это означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи. Обычно этот принцип находит отражение в законодательных актах. Каждое сообщество устанавливает правила и порядок предоставления медицинской помощи в соответствии со своими возможностями.

Например, этический кодекс врачей Древней Индии устанавливал для них следующие обязанности: «Днем и ночью, как бы ни был ты занят, ты должен всем сердцем и всей душой стараться облегчить страдания твоих пациентов. Ты не должен покидать или оскорблять твоих пациентов даже ради спасения собственной жизни или сохранения средств к существованию. Ты не должен прелюбодействовать даже в мыслях. Точно так же ты не должен стремиться к обладанию чужим имуществом...».

Средневековый кодекс китайских врачей, изложенный в книге «Тысяча золотых лекарств», считал обязательным, чтобы врач был справедливым и не алчным. «Он должен испытывать чувство сострадания к больным и торжественно обещать облегчить страдания больных независимо от их состояния. Аристократ или простой человек, бедняк или богач, пожилой или молодой, красивый или уродливый, враг или друг, уроженец этих мест или чужеземец, образованный или необразованный — всех следует лечить одинаково. Он должен относиться к страданиям пациента, как к своим собственным, и стремиться облегчить его страдания, невзирая на собственные неудобства, например ночные вызовы, плохую погоду, голод, усталость. Даже неприятные случаи, например абсцесс, понос, рак следует лечить без всякой неприязни. Тот, кто следует этим правилам, — великий врач, в противном случае — он великий негодяй».

Международный кодекс медицинской этики, утвержденный Всемирной медицинской ассоциацией в 1968 г. определил общие обязанности врача следующим образом: «Врач должен всегда соответствовать высочайшим стандартам профессионального поведения. Врач должен исполнять свои профессиональные обязанности, не думая о выгоде. Следует считать неэтичным: а) любую саморекламу, за исключением разрешенной национальными кодексами медицинской этики; б) сотрудничество в любом медицинском учреждении, где врач не имеет профессиональной независимости; в) получение любых денег сверх профессионального гонорара за услугу, оказанную пациенту, даже с его согласия. Любое действие или совет, которые могли бы ослабить физическую или психическую сопротивляемость человека, могут быть использованы только в его интересах. Врачу рекомендуется относиться с огромной осторожностью к разглашению открытий и новых технологий лечения». Врач должен подтверждать или освидетельствовать только в пользу того, в чем он лично уверен.

По отношению к больному Международный кодекс медицинской этики определяет для врачей следующие обязанности: «Врач всегда должен помнить, что его обязанность — сохранение человеческой жизни. Врач должен проявлять по отношению к своему пациенту полную лояльность и использовать в помощь ему все свои знания. Всякий раз, когда исследование или лечение требуют знаний, превышающих его способности, он должен пригласить других врачей, имеющих соответствующую квалификацию... Долг врача — предоставить срочную помощь, если он не уверен, что другие специалисты хотят или могут ее предоставить...».

Право на информацию

Пациенты имеют право на получение информации о предоставляемых им медицинских услугах, о состоянии своего здоровья и заболеваниях, которыми они страдают. Эта информация должна быть представлена в дос-

тупной для понимания пациентов форме и включать в себя диагноз, прогноз дальнейшего течения болезни, возможные варианты лечения и его результаты, распространенные и (или) серьезные побочные эффекты лечения, примерный график лечения и его стоимость, если лечение платное. Врач обязан всегда предоставлять пациентам основные сведения о том, какое лечение собирается проводить, но при этом следует учитывать желание некоторых пациентов не получать подробную информацию по этому поводу. Это налагает дополнительную ответственность на медицинский персонал. Однако, не обладая такой информацией, пациенты не смогут принимать адекватные решения, ожидаемые от них как от партнеров в процессе лечения.

Врач обязан разъяснить пациентам, каким образом информация о них может быть использована для защиты здоровья людей, для проведения научных исследований, эпидемиологических исследований, публикаций в научной литературе, использования сведений в учебном процессе (обучения медперсонала и студентов), служебных проверок, для планирования и организации работы органов здравоохранения, а также в иных целях.

Право на смерть. Эвтаназия

Одна из многочисленных обязанностей, врача и медицины в современном мире — констатация того момента, когда человеческая жизнь заканчивается и мы начинаем считать человека умершим.

Отношение человека к смерти человека — это всегда отношение, моделирующее всю систему моральных взаимосвязей и взаимозависимостей. Новые медицинские критерии смерти человека — «смерть мозга» — и новые социальные подходы к индивидуальной смерти — «право на смерть» — не только частное, конкретное дело медицины.

Кто должен принимать и осуществлять решение о смерти человека? Технические достижения требуют максимально объективного и рационального отношения человека к своей смерти. Рациональное отношение к своей смерти предполагает ответы на вопросы, как он хотел бы умереть, кто должен принимать решение в соответствующей ситуации, насколько строго и кем должна выполняться его воля?

Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей «воли зоны» — врачей, культура обращается к принципу эвтаназии — умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей.

Термин «эвтаназия» происходит от греческих слов «evos» — «хорошо», и «thanatos» — «смерть», означая буквально «добрая», «хорошая» смерть, так греки называли почетную смерть за отечество. В современном понимании, данный термин означает сознательное действие или отказ от действий, приводящих к скорой и безболезненной (не всегда) смерти безнадежно больного человека, с целью прекращения не купируемой боли и страданий.

Впервые термин был использован в XVI веке английским философом Фрэнсисом Бэконом для обозначения «легкой», не сопряженной с мучительной болью и страданиями смерти, которая может наступить и естественным путем. В XIX веке эвтаназия стала обозначать «умерщвление пациента из жалости».

Проблема эвтаназии стала острой в XX столетии в связи с прогрессом медицины. Появились возможности поддерживать жизнь неизлечимых больных при помощи аппаратов искусственного дыхания, кровообращения, искусственной почки, лекарств.

Классификация эвтаназии:

1. Пассивная — случаи, когда смерть пациента наступает в результате прекращения врачебных мер по продлению жизни.

2. Активная — случаи, когда применяют специальные средства, приводящие к смертельному исходу.

Различают ***добровольную эвтаназию*** — по требованию самого больного и ***принудительную***, которая осуществляется по настоянию родственников, общества или государственных учреждений. Аморальность последней не приемлют ни врачи, ни общество, ни закон. А допустимость добровольной эвтаназии является предметом ожесточенных споров.

На территории Республики Беларусь осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских (фармацевтических) работников, запрещено. Лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

В настоящее время эвтаназия при соблюдении весьма строгих правил законодательно разрешена в Нидерландах, Бельгии, Швейцарии, Люксембурге, в некоторых штатах Америки.

Этика врача отвергает возможность намеренного прерывания жизни умирающего пациента, рассматривая это действие как особый случай убийства, если оно было предпринято без ведома и согласия пациента, или самоубийства, если оно санкционировано самим пациентом.

Основанием этого было влияние врачебной этики Гиппократы, которая однозначно отрицает использование опыта и знаний врача для того, чтобы вызывать «легкую» смерть больного, который просит о такой услуге.

Трансплантация органов

Упоминания о трансплантации некоторых органов и тканей встречаются в греческой мифологии, христианских легендах (например, легенда о Косме и Дамиане), народных сказаниях раннего средневековья. Существует предание, что китайский хирург Хуа Ту (II в. н. э.) удалял пораженные внутренние органы и на их место пересаживал здоровые.

В настоящее время трансплантация — одно из направлений практического здравоохранения.

Среди многочисленных видов и подвидов морально-этических вопросов, которые сопровождают каждую трансплантологическую операцию, можно выделить следующие: можно ли говорить о сохранении права человека на свое тело после смерти? каков морально-этический статус умершего человека? возможно ли научно обоснованное донорство? морально ли продление жизни одних людей за счет других? обладает ли смерть этическим смыслом? Встает проблема: проводить ли реанимационные мероприятия или нет?; по каким критериям констатировать смерть донора?

Один из способов нахождения ответов на эти вопросы заключается в обращении к истории трансплантации.

На первом этапе трансплантация предполагала удаление хирургическим путем патологических изменений тканей и аутопластику.

Второй этап связан с «гомотрансплантацией», т. е. заменой утратившего функциональность органа новым (почка, сердце, легкие). Значимыми вехами второго этапа являются экспериментальные пересадки почки А. Карреля; первая ксенотрансплантация почки (от свиньи) Е. Ульмана (1902, Россия); первая в мире пересадка кадаверной почки (от трупа) Ю. И. Вороным (1931, Украина); первая имплантация искусственного сердца В. П. Демиховым (1937, Россия); первая в России успешная пересадка почки в клинике Б. Петровским (1965); первая в мире пересадка сердца от человека к человеку К. Бернардом (1967, ЮАР).

Развитию современной проблемы трансплантации органов послужило открытие русских хирургов — переливание трупной крови. Это явилось толчком к изъятию у трупов крови, костей, суставов, кровеносных сосудов и роговиц. Первое в мире отделение по заготовке трупной крови в НИИ им. Н. В. Склифосовского стало прообразом «банка органов», созданного впоследствии в США.

Трансплантация органов от живых доноров не менее проблематична в этическом плане, чем превращение умершего человека в донора. Нравственно ли продлевать жизнь на какое-то время ценою ухудшения здоровья, сознательной травматизации и сокращения жизни здорового донора? Гуманная цель продления и спасения жизни реципиента теряет статус гуманности, когда средством ее достижения становится нанесение вреда жизни и здоровью донора. Не менее драматичными являются ситуации дефицита донорских органов. Проблема выбора между получателями донорских органов. Определенной гарантией справедливости при распределении донорских органов является включение реципиентов в трансплантологическую программу, которая формируется на базе «листа ожидания» регионального или межрегионального уровня. Обеспечение «равных прав» реализуется через механизм выбора сугубо по медицинским показаниям, тяжестью состояния пациента-реципиента.

Современные медицинские технологии позволяют пересаживать больным различные органы: почку, сердце, легкое, костный мозг, печень, поджелудочную железу.

Этические проблемы генетики и генной инженерии

История генетических методов и технологий связана со стремлением человека к улучшению пород домашних животных и возделываемых растений. К началу научного подхода относится интерес австрийского монаха Грегора Менделя к процессу гибридизации растений (1865). Мендель показал, что наследственные свойства не смешиваются, а передаются потомству в виде отдельных единиц. В 1909 году датский ботаник В. Иогансен назовет их генами (от греч. *genos* — род, происхождение). Позднее американец У. Сэттон создаст хромосомную теория наследственности.

Начало XX века — время формирования генетики, науки о наследственности и изменчивости живых организмов и методах управления ими. В 20-х годах русскими учеными школы А. С. Серебровского были проведены первые эксперименты, доказавшие сложное строение гена. Эти представления были использованы Дж. Уотсоном и Ф. Криком для создания модели ДНК (1953, Англия) и расшифровки генетического кода.

Возможности, связанные с целенаправленным созданием новых комбинаций генетического материала, привели к возникновению генной инженерии. В 1972 году в США в лаборатории П. Берга была получена первая гибридная (рекомбинантная) ДНК. Идеи и методы генетики начинают находить применение в области медицины. В 70-е годы началась расшифровка генома человека. Существует проект «Геном человека». С начала 80-х годов входят в оборот понятия «доклиническая диагностика», «прогностическая медицина» (Ж. Доссе). Формируется и медицинская генетика, ибо новые возможности диагностирования определяют задачу нахождения специальных методов лечения. Появление генетической диагностики ставит вопрос о разработке операций по перестройке генома человека. Так возникла идея генной терапии. Сегодня существуют 2 ее вида.

Первый — соматическая терапия. Она заключается в том, что в клетке больного дефектный ген заменяется здоровым, способным выполнять нужную функцию. Первая попытка использовать генную терапию для лечения человека, приведшая к положительному результату, была предпринята в 1990 году.

Второй вид генной терапии — зародышевая терапия, предполагающая вторжение в генетический материал — в мужские и женские репродуктивные клетки. В этом случае любые изменения передаются по наследству из поколения в поколение.

Исследование и открытия в области генетики человека носят революционный характер. Появилась возможность создания «карты генома человека», или «патологической анатомии генома человека», с установлением на длинной спирали ДНК местонахождения генов, ответственных за наследственные болезни. Эти возможности лежат в основании идеи генной терапии как совокупности методов лечения или протезирования дефектных генов. Генетическая диагностика перерастает в генетическую прогно-

стику, которая получает возможность задолго до появления «клинической картины болезни» человека, даже до его рождения, определить, какие заболевания ему грозят. Встает вопрос о биологическом ограничении свободы. Этим определяется острота этической рефлексии современных биоэтических исследований. Существует степень риска. Профессор Жан Доссе, лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине (1980), констатирует: «В области генетики человека неразумное использование новых технологий может привести к катастрофическим последствиям».

В конце XX века ученые-генетики, философы, политики, социологи встают перед необходимостью решения целого комплекса реальных этических проблем генных технологий. Должно ли генетическое обследование стать доступным каждому и охватывать всю популяцию? Должно ли генетическое тестирование стать обязательным? Должно ли оно стать обязательным для людей, вступающих в брак, или при беременности? Можно ли рассматривать генетическую диагностику основанием для аборта (прерывания беременности)? Этично ли сообщать человеку об имеющейся у него предрасположенности к тому или иному заболеванию? Особенно, если медицина не может еще предотвратить его развитие? Допустимо ли, чтобы данные генетического обследования («генный паспорт») были использованы страховыми компаниями и работодателями? Этично ли создание «запасных частей» для рынка органов, тканей, генов, используя внутриутробные зародыши? Допустимы ли подобные процедуры с эмбриональным материалом вообще? Может ли геном стать критерием оценки личности? Как гарантировать и обеспечить конфиденциальность материалов генетического тестирования? Должна ли информация о результатах генетического обследования быть доведена до всех членов семьи? Должны ли люди знать свое генетическое будущее? Вправе ли они выбирать — знать или не знать? Можно ли информировать их об этом в принудительном порядке? Можно ли улучшить или «гармонизировать» человека и род человеческий путем избирательного скрещивания определенных индивидуумов? Эти вопросы составляют суть этической проблематики генных технологий.

Клонирование

История клонирования представляет собой сумму хроник генетических исследований и опытов по искусственному оплодотворению. В 1952 году впервые было получено взрослое животное в результате пересадки ядра зародыша лягушки в неоплодотворенную яйцеклетку другой лягушки. Из яйцеклетки с новым, пересаженным генетическим материалом образовалась лягушка со свойствами пересаженного генетического материала. Принципиальное значение для развития технологии клонирования имело получение в лабораторных условиях недифференцированных клеток, т. е. искусственное выращивание стволовых эмбриональных клеток, которые способны да-

вать начало разным типам клеток организма. В начале 80-х годов подобные опыты с мышами успешно были проведены американскими учеными. В 1996 году эмбриологу Я. Вильмуту — создателю овцы Долли — удалось получить в лаборатории стволовые эмбриональные клетки овцы, что явилось преодолением практически главного препятствия к клонированию.

Эти эксперименты обостряют этические проблемы. Если опыты по клонированию животных из соматических клеток взрослого организма — это осуществление мечты нескольких поколений селекционеров, то осуществлением «мечты» какого «селекционера» могут стать опыты по клонированию человека, т. е. по дублированию людей с определенным набором способностей?

Проблемы аборта, контрацепции и новых репродуктивных технологий

Искусственный аборт, контрацепция и стерилизация — это современные формы медицинского вмешательства в репродуктивную способность человека. Применение репродуктивных технологий в XX веке носит массовый характер и происходит на фоне принципиальных изменений их нравственной оценки и юридического статуса.

Известно, например, что плодоизгнание каралось смертной казнью во всех европейских государствах на протяжении нескольких столетий. За последние сорок лет в результате длительных дискуссий и обсуждений произошла отмена законодательного запрета или его ослабление в той или иной степени в Швеции (1946), Англии (1967), Франции (1979), США (1973), Италии (1978), Испании (1978), Нидерландах (1981), Норвегии (1978). В то же время остаются еще государства, которых не затронула легализация аборт. Это Ирландия, Португалия — страны с устойчивой католической культурой. В конце XX века намечается и обратная тенденция. С начала XX века и до сих пор вопрос о легализации аборт остается поводом для дискуссий специалистов, демонстраций граждан, заседаний парламентов.

Исторически отношение врача к абарту является одной из первых и основных этико-медицинских проблем, сохраняющих свою актуальность и сегодня. Это объясняется тем, что проблема аборта концентрирует в себе отношения между людьми на уровне нравственного, юридического, социального, религиозного, научного сознания. Рассмотрев проблему аборта на каждом из этих уровней, можно ответить на вопрос, почему она является основной и принципиальной проблемой современной биомедицинской этики.

Этико-медицинский уровень проблемы аборта. Вопрос об отношении врачей, медицинских сообществ и ассоциаций к практике искусственного аборта имеет свою историю и свою логику. В этой логике есть две противоположные позиции. Первая позиция выражена в Клятве Гиппократ. Среди многочисленных врачебных манипуляций Гиппократ специально выделяет плодоизгнание и обещает: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария». Так, в V в. до н. э. Гиппократ фиксирует позицию вра-

чебного сословия о этической недопустимости участия врача в производстве искусственного выкидыша.

История вопроса о юридическом статусе плодоизгнания. Как известно, в Древней Греции и Древнем Риме плодоизгнание не считалось преступлением. Начиная со II века н. э. христианство распространяет заповедь «не убий» и на находящийся во чреве матери зародыш. Нормоформирующей установкой по этому вопросу становится постановление Константинопольского Собора 692 года, в котором говорится: «Разницы нет, убивает ли кто-либо взрослого человека или существо в самом начале его образования». К каноническим относится и суждение Василия Великого (IV–V вв. н. э.): «Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению, как за убийство». Эти идеи проникают в светское законодательство европейских государств с начала средних веков. В 1649 г. смертная казнь за плодоизгнание была введена в России. Под влиянием христианской морали и законов в XV–XVII веках аборт как медицинская операция практически исчезает из врачебной деятельности. Поворотным становится 1852 год, когда аборт снова вступает в число акушерских операций в случаях анатомического сужения таза у беременных женщин. Вслед за этим медицинская наука начинает отстаивать и другие медицинские показания к искусственному аборту, и, прежде всего, в тех случаях, где беременность угрожает жизни матери. Смертная казнь за плодоизгнание начинает вытесняться из законодательств европейских государств, сохраняя за собой при этом статус преступления «против жизни, против семьи и общественной нравственности». В первом русском Уголовном кодексе 1832 года изгнание плода упоминается среди видов смертоубийства. Искусственный аборт карался 4–5 годами каторжных работ, лишением всех прав состояния, ссылкой в Сибирь на поселение. Подлинная революция в законодательстве относительно абортотворения происходит в России после 1917 года. 18 ноября 1920 года вступает в силу Постановление Наркомздрава и Наркомюста, которое полностью легализует искусственный аборт: «Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность». Россия становится первой страной мира (не считая Франции периода революции 1791–1810 гг.), где происходит полное освобождение женщин и врачей от уголовной ответственности. Запрещение абортотворения в 1936 году сменилось его легализацией в 1955 г.

Большинство исследователей полагают, что основная причина юридической легализации искусственного выкидыша — это массовый рост числа абортотворения, которые в неблагоприятных условиях калечили и уносили огромное число жизней.

Социальные аспекты проблемы аборта

Можно ли допустить, что плод — это только «сгусток тканей», а не человек? Человеческое существо, развиваясь, проходит ряд преходящих

стадий — от оплодотворенной клетки до личности. В какой момент на этой шкале стадий начинается жизнь? Можно ли поставить знак равенства между понятиями и их материальным оформлением — «человек», «эмбрион», «плод», «зародыш»? В какой момент человеческое существо становится моральным субъектом? Конкретные ответы, которые давала культура и наука, менялись от эпохи к эпохе. Согласно древней восточной традиции, возраст человека отсчитывается с момента зачатия. В древней западной цивилизации было распространено мнение, что жизнь начинается с рождения. Долгое время врачи связывали начало жизни плода с первым «шевелением».

Например, в начале XX века биология связывала «жизнь» с 4-месячным плодом, так как «эмбрион до 6 недель — простейшая ткань, до 2,5 месяцев — млекопитающее существо низшего порядка, и именно с 4-х месяцев фиксируется появление мозговой ткани плода, что говорит о возникновении рефлективно-воспринимающего существа». Этическое знание предлагает свои ответы на вопросы о том, когда и при каких условиях человеческое существо становится моральным субъектом, т. е. носителем собственно моральных прав, и прежде всего права не быть умерщвленным. О начале жизни человеческого существа может быть решен вопрос при условии определения критерия морального статуса человеческого плода.

Аборты являются одной из причин материнской смертности. Однако аборты опасны не только для здоровья женщины. Разрушительны нравственные и демографические последствия данной «врачебной» практики для общества.

Таким образом, производство аборта — искусственное прерывание беременности — этически не допустимо, ибо является преднамеренным убийством не рожденного ребенка. Подлинный текст Клятвы Гиппократова среди известных каждому врачу принципов содержит обязательство: «...Я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство». К опасным и неизбежным последствиям аборта относится нарушение физического и душевного здоровья женщины.

Совет по биомедицинской этике констатирует, что все гормональные препараты, а также другие контрацептивные средства, «противозачаточный» эффект которых основан на недопущении имплантации оплодотворенной яйцеклетки, являются также абортивными средствами, а их применение равнозначно аборту, так как губит уже начавшуюся жизнь.

Врачам следует искать все возможные пути сохранения жизни ребенку, а не путь скорейшего разрешения проблемы.

Наряду с искусственным абортом, формами медицинского вмешательства в генеративную функцию человека являются контрацепция и стерилизация. В настоящее время женщина обладает равным правом как на аборт, так и на контрацепцию и стерилизацию. Однако эти формы медицинского вмешательства не равнозначны.

Контрацепция и стерилизация — это формы предупреждения искусственных абортов, включая и нелегальные. Широкое применение контрацепции снижает количество абортов. Главным препятствием к научной разработке способов, предупреждающих зачатие, является осуждение их врачами с этической точки зрения. Предельно эффективным методом контрацепции является стерилизация — «перевязка», или создание искусственной непроходимости маточных труб. Возможна не только женская, но и мужская стерилизация (вазэктомия).

Для современной цивилизации, на уровне положений ООН, характерна позиция, что аборт нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости. Этим методом становится контрацепция и стерилизация на уровне медицинской практики и принципы «планирования семьи» и «правильного репродуктивного поведения» на уровне идеологии. Английский врач Дж. Дрисдэм в середине XIX века одним из первых пропагандировал использование для предупреждения зачатия противозачаточных мер. С этого времени контрацепция рассматривается как одно из средств регуляции рождаемости и непосредственно связывается с проблемами демографии в мире и регионах. В настоящее время в более чем 60 странах службы охраны материнства и детства работают вместе со службами планирования семьи на государственном уровне. В 1952 году была создана Международная федерация планирования семьи (МФПС).

Вопросы этики искусственного оплодотворения — это проблемы отношения к началу человеческой жизни. В случае аборта врач и женщина вступают в моральное отношение с человеческой жизнью, пусть только в стадии ее возникновения, сроком в несколько дней, недель, месяцев. Тогда как при искусственном оплодотворении речь идет не столько о начале уже существующей жизни, сколько о возможности самого ее начала. И если аборт, контрацепция, стерилизация — это борьба с возникновением человеческой жизни, то искусственное оплодотворение — это борьба за возможность ее возникновения.

Этические проблемы проведения экспериментов на человеке и животных

В настоящее время четко определены новые подходы и требования к биомедицинским исследованиям. Научные цели клинических испытаний при лечении больного и неклинических медико-биологических испытаниях при выполнении чисто научных медицинских исследований на людях должны быть обоснованы, ясно изложены в специальном протоколе, одобрены независимым этическим комитетом.

Эксперименты с участием человека должны основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных. Это положение присутствует в Нюрнбергском Кодексе. Эксперименты на животных по-

зволяют не только лучше понять законы жизни и механизмы отдельных жизненных процессов, но и совершенствовать методы профилактики, диагностики и лечения болезней, как человека, так и животных. Кроме этого, многие созданные человеком вещества, например, лекарства, пищевые добавки, химикаты необходимо испытать на биологическую активность, и такие испытания можно проводить только на животных, хотя, в конечном счете, они предназначены для выяснения воздействия на человека. В связи с этим появляется ряд проблем морального порядка, однако, по общему мнению, умышленно жестокое обращение с животными недопустимо. Гуманное обращение с животными позволяет усилить формирование высоких моральных принципов у врача. Основные принципы «Международных рекомендаций по проведению медико-биологических исследований с использованием животных», принятых в 1985 году Советом международных медицинских научных организаций, сводятся к следующим предпочтениям и рекомендациям:

- использовать минимальное количество животных;
- сводить к минимуму причиняемые неудобства, страдания и боли;
- применять седативные, наркотические и другие болеутоляющие вещества.

Если по условиям эксперимента, требуется обходиться без них, то необходимо заключение этического комитета.

Если после эксперимента животное обречено на страдания, его следует безболезненно умертвить.

Из всех приводимых аргументов за клинический эксперимент и против него, прежде всего, вытекает необходимость выяснения принципиального вопроса, а именно: оправдан ли, справедлив ли эксперимент, проводимый на человеке? Необходимость проведения эксперимента на человеке не подлежит сомнению и признается всеми. Медицина не может идти вперед без этого. Эксперименты, проводимые на людях, помогают разработке более действенных профилактических и лечебных методов для человека будущего. Много ценного приносят и эксперименты на животных, — с этого всегда следует начинать. Но окончательная проверка предлагаемых методов может быть сделана лишь наблюдением на человеке.

Таким образом, вопрос не в том, проводить ли эксперимент, а как его проводить, т.е. как при эксперименте получить наибольшую информацию и соблюсти при этом этические нормы.

Основополагающие принципы медицинской этики:

- автономность;
- информированность пациента (родителей) о состоянии его здоровья и необходимости получения согласия на медицинские вмешательства;
- конфиденциальность;
- безопасность для пациента;

- уважение достоинства и ценности жизни каждого пациента;
- социальная справедливость.

Под *автономией* понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением.

Автономность, или самостоятельность пациента защищена, главным образом, посредством согласия на лечение, которое он дает после того, как получит информацию о состоянии своего здоровья.

Согласно этому принципу принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности, информированности* пациента и *добровольности* принятия решения. Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание ее независимости и права на самоопределение. Таким образом, уважение автономии относится прежде всего к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни. Принцип автономии личности тесно связан с другим основополагающим принципом биоэтики — *информированным согласием*.

Принцип информированного согласия утвердился в современном здравоохранении вместе с признанием приоритетного значения прав человека во всех сферах жизни. Этот принцип стал реакцией человеческого общества на бесчеловечные опыты фашистских и японских врачей, на злоупотребления психиатрией против инакомыслия и другие антигуманные действия. Этот принцип означает, что врач, медсестра, фельдшер или любой другой медицинский работник должен максимально полно информировать пациента, дать ему оптимальные советы, учитывая его возможности в общении и социальное положение. Затем пациент свободно выбирает курс своих дальнейших действий, по его мнению, наиболее приемлемый и лучший. Может случиться, что его решение не станет наилучшим с точки зрения медицины. Пациент вообще может отказаться от лечения, и с этим теперь приходится считаться. Принудительное лечение социально опасных больных может осуществляться только по решению суда.

В автономной модели взаимоотношений этот принцип — не жест доброй воли или желания врача, это его обязанность.

Впервые правило «добровольного согласия» формулируется в Нюрнбергском Кодексе (1947 год) — первом «Своде правил о проведении экспериментов на людях». Затем принцип «добровольного согласия» стали учитывать в США при разбирательстве судебных дел о возмещении вреда при небрежном лечении. Термин «информированное согласие» закрепился в Европе спустя 10 лет.

В свою очередь, добровольность и отсутствие зависимости приводят к требованию и ожиданию *конфиденциальности*.

Конфиденциальность — принцип медицинской этики, проявляющийся во взаимном доверии между врачом и пациентом. Нарушение конфиденциальности ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей. Принцип конфиденциальности опирается на моральные соображения, по которым каждый индивид имеет право решать, кому и в какой мере он может передать свои мысли, переживания, чувства, обстоятельства жизни. Конфиденциальность предполагает строгое соблюдение врачебной тайны, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение конфиденциальных данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента.

Врачебная тайна — одно из основных понятий медицинской этики. Социальное и врачебное отношение к профессиональной тайне развивалось исторически.

С древнейших времен известно существование положений о врачебной тайне, которые были довольно широко представлены в известной клятве Гиппократов: «Чтобы при лечении — а также без лечения — я ни увидел и ни услышал касательно жизни людей из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной», а также в задолго предшествовавших ей клятвам жрецов.

Каждый врач, каждый медицинский работник должен сознавать себя носителем священной традиции недопустимости разглашения профессиональной тайны.

Под врачебной тайной понимают:

— сведения о больном, полученные медицинским работником от больного или в процессе лечения, не подлежат разглашению;

— сведения о больном, которые медицинский работник не должен сообщать ему (неблагоприятный исход болезни, диагноз, наносящий психологическую травму больному и т. д.).

Целью сохранения профессиональной тайны является предотвращение возможного причинения больному морального или материального ущерба. При обращении за медицинской помощью и её получении, пациент имеет право на сохранение врачебной тайны. Врачебная тайна должна быть сохранена в любом случае. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, запрещено.

Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований и т. д.

Если в древности и даже в более близкие к нам времена соблюдение врачебной тайны было абсолютным по отношению ко всему, что делалось известным врачу, то в настоящее время моральные и правовые отклонения от соблюдения правил врачебной тайны умножились. Деонтология и врачебное право констатируют ограничения этой тайны, вызванные общественной необходимостью.

Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина допускается:

— в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

— при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

— по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

— в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет — для информирования его родителей;

— при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных мер.

Лица, которым в установленном порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность.

Первейшая обязанность каждого медицинского работника — ***не причинение вреда, ущерба здоровью*** пациента. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к судебной ответственности.

Уважение человеческого достоинства пациента — обязанность каждого врача. В современном здравоохранении понятия уважения личности, самостоятельности пациента и самоопределения являются первостепенно важными; они находятся в центре любых отношений между медицинским работником и пациентом.

В общении с больным врачу не следует забывать о следующих правилах:

— всегда внимательно выслушать пациента, задавая ему вопрос;

— всегда обязательно дождаться ответа;

— излагать свои мысли ясно, просто, доходчиво;

— проявлять высокомерия, пренебрежительное или унижительное обращение с пациентом не допустимо.

Все люди, и пациенты в том числе, независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права ***на признание и уважение собственного достоинства***. В биомедицинской практике этот принцип охватывает более широкий круг ситуаций, чем принцип автономности, который предполагает осознанную дееспособ-

ность и самостоятельность личности. Уважение же человеческого достоинства связано не только с наличием чувства и сознания своего достоинства, которые проявляются во внутренней уверенности личности в собственной ценности, сопротивлении попыткам посягнуть на свою индивидуальность и независимость, самоуважению (их может и не быть). Принцип уважения достоинства относится и к таким ситуациям, когда человек не в состоянии выразить свою волю, когда в силу своего физического или психического расстройства он совершенно не способен к автономным действиям, когда приходится говорить даже не о человеческой личности, а о человеческом существе. Речь идет о таких ситуациях, как вегетативное существование, тяжелые формы гериатрического состояния, эксперименты с эмбрионом человека и др.

Справедливость — принцип, предполагающий реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Согласно принципу справедливости польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес.

Таким образом, рассмотренные основополагающие принципы биоэтики не исчерпывают собой методологическую базу моральной регуляции в биомедицине. К ее базисным основаниям относят также высшие моральные ценности, выступающие формой проявления и дополнения биоэтических принципов (Добро и Зло, Страдание и Сострадание, Свобода и Ответственность, Долг и Совесть, Честь и Достоинство).

Таким образом, на протяжении многих лет медицинское сообщество выработало ряд этических критериев и правил, которые необходимо соблюдать врачу при оказании медицинской помощи пациенту. Этические правила: правило справедливости, правило правдивости, правило конфиденциальности и правило информированного согласия.

5. ИСТОРИЧЕСКИЕ МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ

Нравственные требования к людям, занимавшимся врачеванием, были сформулированы еще в рабовладельческом обществе, когда произошло разделение труда и врачевание стало профессией. Наиболее древним источником, в котором сформулированы требования к врачу и его права, считают относящийся к 18 в. до н.э. свод законов Хаммурапи, принятый в Вавилоне.

Вопросы медицинской этики нашли отражение и в древнейших памятниках индийской литературы — в своде законов Ману (I–II вв. н.э.).

Первые прогрессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубин веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюр-веда» («Зна-

ние жизни», «Наука жизни»), в которой наряду с рассмотрением проблем добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообладания. Обязанности медицинского работника заключаются в постоянной заботе об улучшении здоровья людей. Ценой своей жизни медицинский работник должен отстаивать жизнь и здоровье больного.

Медицинская этика прогрессивных врачей древности была направлена против стяжателей, шарлатанов, вымогателей, стремящихся нажиться за счет больного человека.

В медицинском трактате «Чарака самхита» (Древняя Индия) приведена *проповедь (I–II вв. н.э.)*, которую произносил перед своими учениками учитель:

«Если вы хотите достичь успеха в своей деятельности и славы и небес после смерти, вы должны молиться каждый день, восстаивая от сна и отходя ко сну, о благополучии всех существ, особенно коров и брахманов, и вы должны всей душой стремиться к исцелению больного.

Вы не должны предавать своих больных даже ценою собственной жизни...

Вы не должны пьянствовать, не должны творить зло или иметь злых товарищей...

Ваша речь должна быть приятной...

Вы должны быть рассудительны, всегда стремиться совершенствовать свои знания.

Когда вы идете в дом больного, вы должны направлять свои слова, мысли, разум и чувства ни к чему иному, кроме как к своему больному и его лечению...

Ни о чем из того, что происходит в доме больного человека, не следует рассказывать в другом месте, и о состоянии больного не следует говорить никому, кто, пользуясь полученным знанием, мог бы повредить больному или другому».

Этический кодекс врачей Древнего Тибета, изложенный в трактате «Жуд-ши», переведенный на русский язык в конце XIX века врачом П. Бадмаевым, выдвигал следующие положения. «Традиции врачебного сословия требуют соблюдения шести условий: 1) быть способным к врачебной деятельности; 2) быть гуманным; 3) понимать свои обязанности; 4) быть приятным для больных и не отталкивать их своим обхождением; 5) быть старательным; 6) быть ознакомленным с науками».

Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции и ярко представлена в клятве Гиппократов.

«Клятва» Гиппократов является наиболее известной и древней профессиональной клятвой врача. «Клятва» содержит 9 этических принципов или обязательств:

- 1) обязательства перед учителями, коллегами и учениками;
- 2) принцип непричинения вреда (*noli nocere*);
- 3) обязательства оказания помощи больному (принцип милосердия);
- 4) принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного;
- 5) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии;

- 6) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам;
- 7) обязательство об отказе от интимных связей с пациентами;
- 8) обязательство личного совершенствования;
- 9) врачебная тайна (принцип конфиденциальности).

«Клятва Гиппократата»

«Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

На протяжении двух с половиной тысячелетий этот документ остается квинтэссенцией этики врача. Его авторитет основывается на имени древнегреческого врача Гиппократата — «отца» медицины и медицинской этики. Гиппократ провозгласил вечные принципы врачебного искусства: цель медицины — лечение больного; врачеванию можно научиться только у постели больного; опыт — истинный учитель врача. В «Клятве» сформулировал основные принципы (неразглашение врачебной тайны, «не навреди», уважение к учителям).

Однако имел ли Гиппократ к медицинским клятвам какое-либо отношение, доподлинно неизвестно.

Оканчивая обучение, будущий врачеватель давал клятву, которой неурочно следовал в течение всей жизни.

Нормы и правила врачебной этики в Древней Греции исполнялись неукоснительно и были неписаными законами общества, ибо, как говорится в «Наставлениях», «где любовь к людям, там и любовь к своему искусству».

Таким образом, Гиппократ определил взаимоотношения врача и больного, а также врачей между собой.

«Клятва Гиппократа» пережила века. Второй Международный деонтологический конгресс (Париж, 1967 г.), счел возможным рекомендовать дополнить клятву единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!». Третий Международный конгресс «Врачи мира за предотвращения ядерной войны» (1983 г.), внес предложение дополнить национальные и международные кодексы о профессиональном моральном долге врача, в основе которых лежит «Клятва Гиппократа», пунктом, обязывающим медиков бороться против ядерной катастрофы.

В III в. до н.э. в Александрийской библиотеке клятва была впервые литературно оформлена и вошла в *«Гиппократов сборник»*, позднее в широких кругах ее стали называть в честь Гиппократа (его именем).

«Гиппократов сборник» содержит пять сочинений, посвященных врачебной этике и правилам врачебного быта в Древней Греции. Это *«Клятва»*, *«Закон»*, *«О враче»*, *«О благоприличном поведении»* и *«Наставления»*. Они дают цельное представление об обучении, о моральном воспитании врачевателей и тех требованиях, которые предъявлялись к ним в обществе.

В процессе обучения будущий врачеватель должен был воспитывать в себе и постоянно совершенствовать «презрение к деньгам, совесть, скромность, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха пред богами, божественное превосходство... Ведь врач-философ равен богу» («О благоприличном поведении»).

Врачеватель должен научиться держать в памяти лекарства, способы их составления и правильного применения, не теряться у постели больного, часто посещать его и тщательно наблюдать обманчивые признаки перемен. «Все это должно делать спокойно и умело, скрывая от больного многое в своих распоряжениях, приказывая с веселым и ясным взором то, что следует делать, и отвращая больного от его пожеланий с настойчивостью и строгостью» («О благоприличном поведении»).

Беспокоясь о здоровье больного, врачеватель не должен начинать с заботы о своем вознаграждении, так как «обращать на это внимание вредно для больного». Более того, иногда подобает лечить «даром, считая благодарную память выше минутной славы. Если же случай представится оказать помощь чужестранцу или бедняку, то таким в особенности должно ее доставить... Лучше упрекать спасенных, чем обирать находящихся в опасности» («Наставления»).

Наряду с высокими профессиональными требованиями большое значение придавалось внешнему виду врача и его поведению в обществе, «ибо те, кто сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других». Поэтому врачу подобает «держаться чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных... Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости» («О враче»).

Клятва Гиппократова оказала большое влияние на развитие медицинской этики в целом. Впоследствии студенты, оканчивающие медицинские учебные заведения, подписывали «факультетское обещание», в основу которого были положены нравственные заповеди Гиппократова. Например, получавшие степень доктора медицины на медицинском факультете Парижского университета, обязаны были давать «Факультетское обещание» перед бюстом Гиппократова. Например, по обычаю того времени при получении диплома доктора медицины в Монпелье, не только вручали золотое кольцо, тисненый золотом пояс, плащ из черного драпа и малиновую шапочку, но и книжку сочинений Гиппократова.

Огромное влияние на развитие этики оказали врачи Востока. «Клятва» Гиппократова была известна средневековым мусульманским ученым и использовалась ими с тем изменением, что вместо греческих богов в ней фигурировали Аллах и его пророки. Это, прежде всего, *Ибн-Сина (Авиценна)* — создатель «Канона врачебной науки». Рассматривая различные стороны врачебной деятельности, подчеркивал неповторимость и индивидуальность обращающихся за медицинской помощью: «...Каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично». Ибн-Сине также приписывают изречение: «Врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудрости змеи и сердцем льва». Одной из главных идей «Канона врачебной науки» является необходимость предупреждения болезни, на что должны быть направлены усилия и врача, и больного, и здорового.

Известный врач средневековой эпохи *Маймонид* (1135–1204) в своем труде «Учитель заблудших» утверждал смелое для Востока правило: ради «тяжелого больного, родильницы можно нарушить все предписания Субботы и считать ее обычным днем». Он подвергал критике всякого рода суеверия, применение амулетов, медицинскую астрологию.

«Молитва врача» Маймонида»

«Воодушеви меня любовью к искусству и к Твоим созданиям. Не допусти, чтобы жажда к наживе, погоня за славой и почестями примешивались к моему призванию... Укрепи силу сердца моего, чтобы оно всегда было одинаково готова служить бедному и богатому, другу и врагу, добродетельному и злому... Внуши моим больным доверие ко мне и моему искусству. Отгони от одра их всех шарлатанов и полчища подающих советы родст-

венников и изобличи небрежных сиделок... Даруй мне, о боже, кротость и терпение с капризными и своенравными больными; даруй мне умеренность во всем — но только невзнанию; в нем же дай мне быть ненасытным, и да пребудет далеко от меня мысль, что я все знаю, все могу!»

Примечательно, что издавна проблема отношения врача к больному рассматривалась в плане их сотрудничества и взаимопонимания. Так, врач и писатель *Абу-аль Фарадж*, живший в XIII веке, сформулировал следующее обращение к заболевшему «Нас трое — ты, болезнь и я; Если ты будешь с болезнью вас будет двое, я останусь один — вы меня одолеете; если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна-мы ее одолеем».

В эпоху Возрождения в центре внимания оказывается вопрос о том, какими моральными качествами должен обладать врач.

Известный врач и реформатор эпохи Возрождения *Парацельс* отстаивал ценности христианского мировоззрения: «Из сердца растет врач, из Бога происходит он, и высшей степенью врачевания является любовь». «Чтение никогда еще не создавало ни одного врача, врачей создает только практика». «Врачу подобает свою мантию с пуговицами носить, свой пояс красный и все красное». Парацельс выступал против засилия схоластического комментаторства в медицине.

В России вопросы этики получили правовое отражение в ряде документов Древней Руси. Так, в *«Изборнике Светослава» (XI век)* имеется указание, что монастыри должны давать приют не только богатым, но и бедным больным. Свод юридических норм Киевской Руси *«Русская правда» (XI–XII вв.)* утвердил положение о праве на медицинскую практику и установил законность взимания врачами с заболевших платы за лечение. В *Морском уставе Петра I* сформулированы требования врачу, однако его обязанности рассматривались в отрыве от врачебных прав.

Многое для пропаганды гуманной направленности врачебной деятельности сделали передовые русские ученые медики. С. Г. Зыбелин, Д. С. Самойлович, И. Е. Дядьковский, С. П. Боткин.

Характерной особенностью развития медицинской этики является скрупулезная детализация норм поведения медицинских работников. Так, в *Восточно-Галицинском деонтологическом кодексе*, утвержденном в конце XIX века, предусматриваются такие пункты, в которых уточняется, как делить гонорар при приглашении к больному второго врача, сколько ждать опоздавшего на консилиум коллегу и др.

В 1803 году английский врач Т. Персиваль издал книгу *«Медицинская этика, или свод установленных правил применительно к профессиональному поведению врачей и хирургов»* (хирурги в те времена к врачам не относились). Если познакомиться с этими правилами, то можно убедиться, что их вполне можно использовать для служебных инструкций врачам XX века. «Больничные врачи и хирурги должны так оказывать по-

мощь больным, чтобы у них создалось впечатление важности их службы, что покой, здоровье и жизнь тех, кто вверен их заботам, зависят от их умения, внимания и преданности. Они должны усвоить также, что в их манере держаться следует соединить нежность с твердостью, снисходительность с авторитетом, чтобы пробудить в умах своих пациентов чувства благодарности, уважения и доверия... Чувства и эмоции больных в критических обстоятельствах следует знать и принимать во внимание не в меньшей степени, чем симптомы их болезни... Поскольку неправильная оценка может усилить реальное зло (болезнь) или создать воображаемое, никакие обсуждения по поводу существа заболевания не допустимы в присутствии больных ни с врачом (хирургом), ни с учениками больницы или другим медиком, приглашенным в больницу... В больших палатах больницы с пациентами следует говорить об их жалобах таким тоном голоса, чтобы не было слышно окружающим. Тайна, когда того требуют особые обстоятельства, должна быть строго соблюдена. А к женщинам следует относиться с самой скрупулезной деликатностью. Пренебрегать или смеяться над их чувствами жестоко... Никакие предосторожности при приеме больных, страдающих неизлечимыми болезнями, или заразными по своей природе, или имеющих тенденцию усугубляться в нечистой атмосфере не могут устранить то зло, которое приносят тесные палаты и ложная экономия... Разграничение болезней, с которыми принимают в больницу, состояние воздуха, питание, чистота, лекарства — все это следует подвергать внимательной проверке в определенные периоды времени...».

Факультетское обещание (дореволюционная Россия)

«Факультетское обещание» на медицинских факультетах университетов России было введено во второй половине XIX века и обязаны были давать его вплоть до революции 1917 г., под которым ставили подпись. В нем кратко и четко давалось понятие долга врача перед больным, медицинским миром и обществом. «Обещание» вводило некоторые новые принципы врачебной этики, отличные и от Клятвы Гиппократова, и от последующих официальных советских и российских присяг. В «Обещаниях» были, в частности, такие слова: «Обещаю быть справедливым к своим со товарищам-врачам и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицепрития».

«Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукой права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, я даю обещание в течение всей своей жизни не помрачать чести сословия, в которое ныне вступаю: Помогая страждущим, обещаю свято хранить вверяемые мне семейный тайны и не употреблять во зло оказанного доверия: Обещаю быть справедливым к своим со товарищам-врачам и не оскорблять их личности, однако же, если бы этого потребовала польза

больного, говорить правду без лицемерия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, обязуюсь по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям».

В советский период выпускники медицинских вузов давали **«Торжественное обещание врача Советского Союза»:**

«Получая высокое звание врача к врачебной деятельности, я торжественно клянусь: все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества; быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну; постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики; обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи; беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали; сознавая опасность, которую представляет собой ядерное оружие для человечества, неустанно бороться за мир, за предотвращение ядерной войны; всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед народом и Советским государством. Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь».

Клятва Гиппократа и аналогичные ей присяги и обещания — дань традициям конкретной страны или учебного заведения.

Там, где принято давать клятву врача, она не является юридическим документом. Но при ее нарушении срабатывают соответствующие законы государства и ведомственные инструкции.

Сегодня в каждой стране существует своя «Клятва» или «Присяга» врача. Каждая из них соответствует своему времени, уровню развития медицинской науки и практики, отражает национальные и религиозные особенности и общие тенденции мирового развития.

Клятва врача Республики Беларусь

26 апреля 1994 г. постановлением Президиума Верховного Совета Республики Беларусь был утвержден текст Клятвы врача Республики Беларусь.

«Получая с глубокой признательностью дарованное мне медицинской наукой и практикой звание врача, перед моими учителями и коллегами **КЛЯНУСЬ:**

— в любое время помогать каждому больному, независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности;

— всегда хранить профессиональную тайну;

— постоянно совершенствовать свои медицинские знания и врачебное искусство, содействовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

— обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к своим коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;
— беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины;
— всегда помнить о высоком признании врача, об ответственности перед белорусским народом и государством.

Верность этой клятве обещаю пронести через свою жизнь».

6. ДОКУМЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КАТЕГОРИИ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Нюрнбергский Кодекс (1947 г.) — наиболее важный документ в истории этики медицинских экспериментов на человеке был принят в ходе Нюрнбергского процесса над фашистскими врачами, проводившими опыты на военнопленных.

Положения Нюрнбергского Кодекса сводятся к главному тезису о том, что абсолютно необходимо добровольное согласие подопытного и полное раскрытие всех деталей эксперимента. Нюрнбергский Кодекс послужил основой для многих последующих международных документов, каждый из которых повторяет его принципы, расширяя и добавляя новые моменты экспериментирования на человеке.

«**Женевская декларация**» (1948 г.) принята Генеральной Ассамблеей Международной медицинской ассоциации. В 1949 году декларация вошла в «Международный кодекс медицинской этики».

В основу Женевской декларации положена Клятва Гиппократа», но в ней нашли отражения и наиболее острые социальные проблемы XX века. Так, в декларацию внесены фразы: «Я не позволю, чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение оказывали влияние на выполнение моего долга... Даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности». Последняя фраза, отражая опыт второй мировой войны, закрепляет положения «Десяти Нюрнбергских правил» (Нюрнбергский кодекс, 1947 года), в которых подчеркивается не допустимость преступных опытов на людях.

Женевская декларация

«Я торжественно клянусь посвятить свою жизнь служению человечеству. Я воздам моим учителям должное уважение и благодарность; я достойно и добросовестно буду исполнять свои профессиональные обязанности; здоровье моего пациента будет основной моей заботой; я буду уважать доверенные мне тайны; я всеми средствами, которые в моей власти, буду поддерживать честь и благородные традиции профессии врача; к своим коллегам я буду относиться как к братьям; я не позволю, чтобы религиозные, национальные, расовые, политические или социальные мотивы помешали мне испол-

нить свой долг по отношению к пациенту; я буду придерживаться глубочайшего уважения к человеческой жизни, начиная с момента зачатия; даже под угрозой я не буду использовать свои знания против законов человечности. Я обещаю это торжественно, добровольно и чистосердечно».

Международный кодекс медицинской этики, выработанный Всемирной медицинской ассоциацией в 1949 г.

Мудрые слова Гиппократы «Я буду применять такой метод лечения, который в соответствии с моими способностями и суждениями я считаю полезным для моего больного, и воздержусь от каких бы то ни было вредных и злонамеренных действий» кодекс дополнил «Ни при каких обстоятельствах врачу не разрешается делать ничего того, что могло бы ослабить физическую или умственную стойкость человеческого организма, за исключением строго терапевтических или профилактических показаний, предписываемых в интересах пациентов».

Члены Всемирной Медицинской Ассоциации в 1964 году принимают *Хельсинскую Декларацию Всемирной Медицинской Ассоциации*. Ее основные положения становятся правовыми нормами многих национальных законодательств. В Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации в разделе «Основные принципы», позиция 2, говорится: «Общая схема и план проведения каждого типа исследования должны быть четко описаны в протоколе, который представляется на рассмотрение и утверждение специальной комиссии. Члены комиссии должны быть независимы от лиц, проводящих исследование и спонсора исследования. Состав комиссии формируется в соответствии с законодательством страны, в которой проводится исследование».

Таким образом, принципиальным положением Хельсинской Декларации стал тезис о том, что «интересы испытуемых должны всегда превалировать над интересами науки и общества».

Со времени основания ВОЗ этика является стержнем ее миссии по защите и укреплению здоровья глобального сообщества. Деятельность в сфере этики осуществляется многими программами и департаментами, а также региональными бюро / ВОЗ. Так, например, в 1994 г. Региональное бюро для стран Америки учредило региональную программу по биоэтике. В 2002 г. Генеральный директор ВОЗ д-р Гро Харлем Брундтланд учредила Инициативу в области этики и здоровья, которая является с тех пор координатором деятельности в области этики в масштабах всей Организации. Примеры ее деятельности включают издание «Руководства по этике и справедливому доступу к лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ» и «Этических соображений при разработке ответных мер общественного здравоохранения при пандемическом гриппе». ВОЗ также вносит вклад в региональные усилия по укреплению потенциала в области этики в тесном сотрудничестве с государствами-членами. Например, проект создания Сети в области этики биомедицинских исследований в Африке (NEBRA) был нацелен на укрепление потенциала африканских стран в проведении эффективных этических обзоров.

Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» (1996 г.) была принята с целью предотвращения возможности негативных последствий использования новых медицинских технологий, защиты прав и достоинства человека, оказывающегося в роли пациента или испытуемого. Приведем некоторые положения Конвенции. В области генома человека: проведение генетического тестирования допускается только в терапевтических целях; вмешательство в геном человека может быть осуществлено только в профилактических, терапевтических или диагностических целях. В области исследования на эмбрионах: создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается. В области трансплантологии: забор органов у живых доноров может осуществляться только с их согласия и исключительно для лечения реципиента; тело человека и его части не должны служить источником финансовой выгоды. Дополнительный протокол Конвенции 1997 года провозглашает запрет на клонирование человека.

Таким образом, различные аспекты медицинской этики требуют постоянного пристального внимания из-за ее уязвимости, которая стала очевидной при анализе ее истории.

Приведем слова писателя Андре Моруа, который выступил с заключительным докладом на Международном конгрессе по врачебной этике в Париже в 1966 году. «Завтра, как и сегодня, будут больные, завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Медицинская наука станет еще точнее, ее оснащение приумножится, но рядом с ней, как и сегодня будет стоять, сохранит свое место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом. И, как прежде, он будет утешать страдальцев, и ободрять павших духом. Появятся новые чудеса. И появится новая ответственность. Медики всех стран будут, как и сегодня, связаны единой врачебной моралью. Завтра, как и сегодня, человек в медицинском халате будет спасать жизнь страждущему, кто бы он ни был — друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, — трудной, тревожной, героической и возвышенной».

7. МЕДИЦИНСКАЯ ЭМБЛЕМАТИКА

Медицинские эмблемы

Эмблемы медицинские (греч. *emblēma* — вставка, выпуклое украшение) — изображения, символизирующие медицину вообще, принадлежность к медицинской профессии, различные направления и области медицины, отдельные медицинские специальности.

На протяжении многовекового развития медицина имела много эмблем, некоторые из них не потеряли своего значения до настоящего времени, другие — ушли в прошлое. На XIII Международном конгрессе по истории науки (Москва, 1971) предложена классификация медицинских эмблем, согласно которой они разделяются на две группы:

- общие медицинские эмблемы;
- частные медицинские эмблемы.

Общие медицинские эмблемы символизируют медицину вообще, **частные медицинские эмблемы** обозначают отдельные ее отрасли или направления.

Общие медицинские эмблемы

К общим медицинским эмблемам могут быть отнесены разнообразные изображения змеи, в т. ч. в сочетании с посохом, с чашей, со свечой и др., изображения горящего факела, светильника, сердца на ладони. Наибольшее распространение получили эмблемы с изображением змеи.

В первобытном обществе, когда складывались тотемизм и анимализм, отражавшие беспомощность первобытного человека перед окружающим миром, змея была одним из основных тотемных животных. С возникновением культа змеи ей приписывалась двойная роль: зла и добра. С одной стороны, змея была символом хитрости и коварства, с другой — бессмертия, мудрости и знаний.

В античном мире медицину символизировала не ядовитая змея, а безобидный уж. Записи античных авторов-медиков указывают, что ужи ползали по дому во время «священного сна», часто вылизывали больные места — глаза, раны. Римляне содержали их при банях и купальнях. Полагают, что в некоторые страны Европы эскулапова змея попала благодаря римским завоевателям.

Можно по-разному объяснять то, что многие народы издавна связывали змей с исцелением больных.

Некоторые исследователи считают, что болезни, а тем более смерть всегда были для людей явлениями таинственными и непонятными. Непонятны были и причины болезней и смертей. Змея тоже всегда оставалась существом таинственным и непонятным. Может быть, полагают исследователи, люди связывают непонятные явления с непонятными существами.

Предполагается, что в качестве эмблемы врачевания символ змеи впервые был использован около II тысячелетия до нашей эры в Древнем Вавилоне, где в эпоху рабовладения сохранялось поклонение животным.

С одной стороны, змея была символом хитрости и коварства, с другой — бессмертия, мудрости и знаний. Как эмблема медицины первоначально змея изображалась без каких-либо атрибутов (рисунок 1).



Рисунок 1 — Эмблема медицины

Позднее появились изображения змеи в сочетании с различными предметами. Так, примерно с VIII в. до н.э. одним из символов медицины является *посох бога врачевания Асклепия (Эскулапа)* — суковатая палка, вокруг которой обвилась змея головой вверх (рисунок 2).



Рисунок 2 — Посох бога врачевания Асклепия (Эскулапа)

В одном из древнегреческих мифов рассказывается, что Асклепий был приглашен во дворец Миноса — царя Крита, чтобы воскресить его умершего сына. По дороге он увидел на своем посохе змею и убил ее, но появилась другая змея с целебной травой во рту и воскресила мертвую. Впоследствии Асклепий этой травой лечил больных людей.

Эта легенда объясняет, почему в большинстве случаев Асклепий изображается стоя, в длинном плаще, держащим в руках посох, обвитый змеей. Его фигура стала первой международной эмблемой медицины.

В настоящее время вертикально расположенный посох, обвитый змеей, изображаемый на фоне окаймленного лавровыми ветвями земного шара, является *эмблемой Всемирной организации здравоохранения* при Организации Объединенных Наций (рисунок 3).



Рисунок 3 — Эмблема ВОЗ

Эта эмблема была принята на I Всемирной Ассамблее здравоохранения в Женеве (1948 г.) и состоит из 2-х эмблем: эмблемы ООН (земной шар в обрамлении лавровых ветвей) и эмблемы медицины (посох, обвитый змеей). Символика этой эмблемы отражает господство медицины над целебными, охраняющими жизнь силами природы.

Посох Асклепия не следует путать с *кадуцеем* («знак полномочий вестника») — атрибутом греческого бога торговли Гермеса (у римлян Меркурия) (рисунок 4).



Рисунок 4 — Кадуцей — атрибут греческого бога торговли Гермеса

Это символ уравновешенного и добродетельного поведения, представляющим собой жезл с крылышками наверху, обвитый двумя змеями. В римской мифологии Меркурий использовал жезл, чтобы помирить двух дерущихся змей.

Жезл, обвитый двумя змеями, сочетает в себе сразу несколько фундаментальных символических элементов: центральный стержень символизирует Древо Жизни (в значении связи между небесами и землей): двойная спираль, сформированная змеями, — символ космической энергии, двойственности, а также единства противоположностей; сами змеи — плодотворные силы земного и потустороннего миров. В античном мире эта эмблема не являлась медицинской. Лишь с XV–XVI вв. кадуцей стал символом медицины. С XIX в. кадуцей употребляется в качестве официальной медицинской эмблемы в ряде стран Америки (например, США), Африки и Азии.

Ассоциация с медициной произошла из-за присутствия в кадуцее змей — как в посохе Эскулапа. Знаменитый психолог Карл Юнг считал кадуцей эмблемой гомеопатической медицины — змея обозначает одновременно яд и лечебное снадобье.

Первые изображения *чаш с змеями* относятся к 800–600 гг. до н.э. Змея и чаша изображались отдельно и были атрибутами в основном богини здоровья Гигиены, которая обычно изображалась со змеей в одной руке и с чашей в другой (рисунок 5).



Рисунок 5 — Богиня здоровья Гигиея

Изображения *амфоры или чаши, обвитой змеей*, появились намного позднее (рисунок 6).



Рисунок 6 — Амфора, обвитая змеей

Точного и узаконенного символа медицины в виде змеи, обвивающей-ся вокруг чаши или изображенной рядом с ней, ни в древние времена, ни много позже не было (рисунок 7).



Рисунок 7 — Символ медицины — чаша со змеей

По данным академика Е. Н. Павловского, чаша со змеей как символ медицины появилась лишь в 16 веке благодаря знаменитому врачу Парацельсу, впервые предложившему подобное сочетание взамен традиционного на то время кадуцея. В античном мире эмблемой медицины была не ядовитая змея, а безобидный уж.

Возможно, что эта эмблема олицетворяет собой лечебные свойства змеиного яда, так широко использовавшегося в медицине, и означает сосуд, где хранился змеиный яд. Змея же символизирует мудрость, знание, бессмертие и вообще все доброе начало.

Одним из первых российских историков медицины, обратившихся к анализу содержания символа чаши, обвитой змеей, был Ф. Р. Бородулин. Он высказался так: «Мы склонны рассматривать эту эмблему как напоминание врачу о необходимости быть мудрым, а мудрость черпать из чаши познания природы». То есть в наше время чаша в медицинской эмблеме определена им как чаша человеческого разума, объемлющего весь мир.

В античной мифологии боги пили из чаши напитков бессмертия. Поэтому чашу в медицинской эмблеме можно трактовать как символ исцеляющих сил природы вообще.

В России эта эмблема под названием «Гиппократова чаша» стала основным медицинским символом в XVIII в.

Как отличие врачебной службы в армии чаша со змеей была введена еще при Петре I. Змея, обвивающая ножку чаши и склонившая голову над самой чашей, как символ военной медицины, был утвержден в СССР в 1924 году.

Наиболее общепринятой является применение эмблемы в виде чаши со змеей для фармацевтической деятельности.

Известна *эмблема медицины в виде треножника Аполлона*, обвитого змеей (рисунок 8).

В Европе (Франция, Бельгия, Греция и др.) с XVIII в. существовала медицинская *эмблема в виде зеркала, обвитого змеей*. Зеркало является классическим символам чистоты и осторожности — качества, необходимые врачу, но так как зеркало также является и символам роскоши, то, чтобы избежать путаницы, его как символ осторожности стали изображать вместе со змеей — самым осторожным из животных.



Рисунок 8 — Треножник Аполлона

Наряду с эмблемами врачевания, на которых была изображена змея, с древних времен существовали и другие.

Древнеегипетского бога врачевания Имхотепа (приходящий с миром) изображали с *крестообразной петлей в руках* — так называемым анком Имхотепа (рисунок 9). Этот символ обозначал благополучие, жизнь и здоровье. Позднее он был известен под названием «тау — крест» (изображение греческой буквы «тау» использовали в качестве амулета).

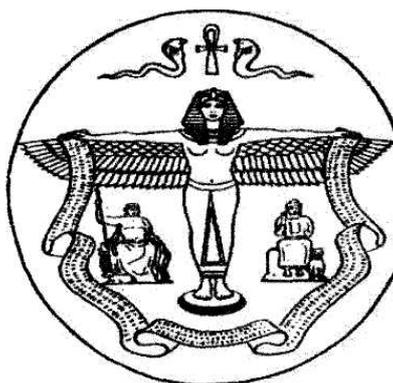


Рисунок 9 — Анк Имхотепа

Существуют медицинские эмблемы в виде *горящего факела или свечильника* (позднее свечи) (рисунок 10).



Рисунок 10 — Эмблема санитарного просвещения

Огонь, по учению Гераклита Эфесского (6–5 вв. до н.э.), рассматривался в медицине как крайнее, все исцеляющее средство, к которому обращались в случае безрезультатности медикаментозного и хирургического лечения. К концу средневековья античный факел в изображениях сменился свечой в связи с тем, что свеча являлась религиозным атрибутом. Изображение свечи сопровождалось изречением: «Светя другим, стораю», «Служа другим, уничтожаю себя» и др.

В настоящее время горящий факел является эмблемой санитарного просвещения.

Частные эмблемы

Частные эмблемы обозначают те или иные отрасли медицины. В период средневековья в Европе *эмблемой терапии* являлось изображение цветка ландыша, лекарства, из которого уже в средние века широко применялись для лечения болезней сердца. Другими символами терапии были изображения сосуда для сбора мочи — уринария, руки прощупывающие пульс и др.

Символами хирургии служили изображения различных хирургических инструментов (рисунок 11).

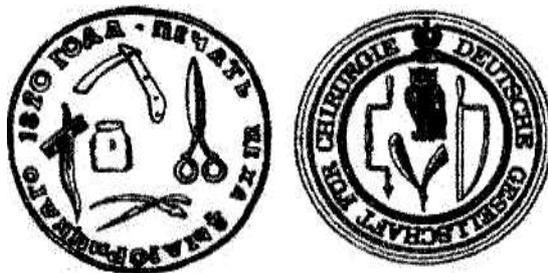


Рисунок 11 — Символы хирургии

Эмблемой кардиологии является изображение сердца на ладони. Эмблема очень точно отражает ее содержание — бережное отношение к сердцу (рисунок 12).



Рисунок 12 — Эмблема кардиологии

Эмблемой аптекарей были изображения разных животных (крокодила, носорога и др.) и растений (лилии), но чаще всего — аптекарской ступки с пестиком (рисунок 13).



Рисунок 13 — Эмблема аптекарей

В течение XVIII в. и особенно XIX в. эмблемой фармации во всех странах Европы стала змея, обвивающая либо чашу Гигиены, либо посох Асклепия. Соединение изображений змеи Асклепия и чаши Гигиены на эмблеме было предложено аптекарями Падуи.

Эмблема педиатрии в ряде стран (Италия, Россия, Англия и др.) стало изображение «флорентийского младенца» (рисунок 14).



Рисунок 14 — Эмблема педиатрии

Впервые это изображение было исполнено Андреа Делла Роббиа (XV в.) на фаянсовых медальонах, украшавших здание сиротского дома во Флоренции.

В России с XVIII в. эмблемой ведомств, занимавшихся призрением, учением детей, было изображение пеликана. Согласно средневековому преданию, во время засухи и голода пеликан спас своих птенцов, разорвав себе грудь и напоив их своей кровью (рисунок 15).

Изображение пеликана наряду с каплей крови использовалось в ряде стран в качестве *эмблемы донорства*.



Рисунок 15 — Эмблема донорства

Эмблемой геронтологии служит изображение векового дерева (рисунок 16).

Не исключено, что прообразом этой эмблемы является, платан Гиппократ — вековое дерево, растущее на острове Кос, где жил Гиппократ.



Рисунок 16 — Эмблема геронтологии

Эмблема ортопедии и травматологии — надломленное молодое деревце, подвязанное к столбику (рисунок 17).



Рисунок 17 — Эмблема ортопедии и травматологии

Особое место среди медицинских эмблем занимают символы различных медицинских организаций.

Красный крест и красный полумесяц на белом поле принадлежат к числу немногих знаков, которые легко узнают люди во всем мире. Созданные первоначально для обозначения санитарных служб вооруженных сил и обеспечения защиты больных и раненых, они постепенно превратились в символы беспристрастной гуманитарной помощи, предоставляемой всем, кто страдает (рисунок 18).



Рисунок 18 — Эмблема Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца

Эти символы вовсе не означает «все медицинское». Эти символы являются официальными эмблемами Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца.

Инициатором создания Движения в XIX в. стал швейцарец Анри Дюнан. Под впечатлением увиденного в одном из сражений франко-австрийской войны, он опубликовал статью, в которой задавал вопросом: а возможно ли создать добровольную благотворительную организацию, оказывающую помощь раненым во время войн и вооруженных конфликтов?

Женевское благотворительное общество «Женевский союз по поддержанию общественного блага» учредило Международный Комитет Красного Креста (МККК).

Первое заседание МККК состоялось 17 февраля 1863 г. в Швейцарии. В дань уважения к стране, исторически сохранявшей нейтралитет по отношению к воюющим сторонам, и организовавшей первую Женевскую Международную конференцию в 1863 году, за основу эмблемы был принят государственный флаг Швейцарии с конверсией федеральных цветов, то

есть красный крест на белом фоне. Четыре части креста символизируют четыре доблести: умеренность, благоразумие, справедливость и мужество.

Во время Восточного Кризиса (1875–1878) и Русско-турецкой войны (1877–1878) Османская империя разрешила деятельность Красного Креста на своей территории, однако, обязав МККК изменить свою символику на Красный Полумесяц.

С тех пор в большинстве исламских стран ту же роль играет красный полумесяц, а в Иране — красный лев и солнце.

Согласно Женевским конвенциям 1949 г., эмблема Красного Креста присваивается гуманитарным и медицинским транспортом, зданиям, конвоям и миссиям с целью их защиты от атак со стороны конфликтующих сторон. Только медицинская служба армии государства-участника женевских конвенций вправе ее использовать. Эти эмблемы изображаются на крышах и боковых поверхностях зданий, капотах и дверцах военных машин, палатках и других объектах, где находятся раненые и больные воины, военные врачи, а также пострадавшее гражданское население.

Нельзя приобрести лицензию на использование этих эмблем даже в самых благородных целях. Наиболее распространенным нарушением в использовании эмблемы в мирное время считается имитация, то есть использование знака, который по форме или цвету может ассоциироваться с красным крестом. Незаконное присвоение права использовать эмблему: речь идет об использовании эмблемы организациями или лицами, не имеющими на то право.

Каждое государство — участник Женевских конвенций — обязано принять меры, направленные на предотвращение и пресечение злоупотреблений в использовании эмблемы. Поэтому власти многих стран, в том числе и в СНГ, по рекомендации МККК приняли законы, ограничивающие использование официальной эмблемы МККК. Официальная эмблема этой организации должна использоваться как символ спасения во время боевых действий, чрезвычайных происшествий, дабы эмблема не стала чем-то обыденным. В Беларуси и Украине, например, красный крест на белом фоне может использоваться на машинах медицинской службы вооруженных сил, на машинах медслужбы внутренних войск, на транспорте Министерства по чрезвычайным ситуациям.

Противотуберкулезные организации взяли для своего отличительного знака изображение лотарингского креста и белой ромашки (рисунок 19).



Рисунок 19 — Эмблема борьбы с туберкулезом

Международная *лига борьбы с туберкулезом* на международной противотуберкулезной конференции в 1902 году (Берлин) утвердила изображение лотарингского креста и белой ромашки.

В 1962 году ВОЗ предложила специальную **эмблему борьбы с малярией** — изображение на фоне земного шара копья, обвитого змеей и направленного острием на малярийного комара (рисунок 20).



Рисунок 20 — Почтовая марка с эмблемой борьбы с малярией

Эмблема борьбы с онкологическими заболеваниями — краб, пронзенный стрелой или шпагой (рисунок 21).



Рисунок 21 — Почтовая марка (Нидерланды) с эмблемой борьбы с онкологическими заболеваниями

Эмблема — синяя «снежинка» (рисунок 22).



Рисунок 22 — Эмблема службы экстренной медицинской помощи

Эмблема родом из США. Там ее называют Звездой жизни. В центре змея и посох Асклепия. Эта медицинская эмблема сопровождает службу Экстренной медицинской помощи. Каждый из 6 лучей означает одну из

функций службы: обнаружение, извещение, отклик, помощь на месте, помощь при транспортировке, транспортировка для дальнейшей помощи. Эмблема разработана Лео Шварцем (1921–2004), шефом отдела экстренной медицинской помощи Национальной администрации безопасности движения на дорогах. Эмблема была разработана после того, как Американский Красный Крест запретил использование применявшегося ранее оранжевого креста на белом фоне, считая его имитацией эмблемы Красный крест. 1 февраля 1977 года синяя снежинка одобрена Американской медицинской Ассоциацией (АМА) и зарегистрирована как сертификационный знак от имени Национальной администрации безопасности движения. Использование эмблемы на дорожных картах и знаках указывает на места расположения квалифицированных служб скорой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. *Лисицын, Ю. П.* История медицины: учебник / Ю. П. Лисицын. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 400 с.
2. *Сорокина, Т. С.* История медицины / Т. С. Сорокина. — 4-е изд., перераб. и доп. — М., 2005. — 584 с.
3. *Грибанов, Э. Д.* Медицина в символах и эмблемах / Э. Д. Грибанов. — М.: Медицина, 1990. — 208 с.

Дополнительная литература

4. Биомедицинская этика: сб. статей / под ред. акад. В. Покровского. — М., 1997.
5. *Тарасонов, В. М.* Символы медицины как отражение врачевания древних народов / В. М. Тарасонов. — М.: Медицина, 1985. — 120 с.
6. *Сгречча, Э.* Биоэтика: учебник / Э. Сгречча, В. Тамбоне. — М., 2002.
7. *Силуянова, И. В.* Этика врачевания / И. В. Силуянова. — М., 2001.
8. Этико-психологические проблемы медицины: / под ред. Г. И. Царегородцева. — М.: Медицина, 1978.
9. *Орлов, А. Н.* Исцеление словом / А. Н. Орлов. — Красноярск, 1989.

Учебное издание

**Петрова Надежда Петровна
Шаршакова Тамара Михайловна**

**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.
МЕДИЦИНСКИЕ ЭМБЛЕМЫ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 1 курса медико-диагностического факультета,
3 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов
для зарубежных стран медицинских вузов**

**Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович***

Подписано в печать 07.05.2013.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 7,21. Уч.-изд. л. 7,88. Тираж 125 экз. Заказ № 198.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.

