

Бильрота . . . : «Мы работаем для человечества над самым трудным материалом, именно – над человеком» [2, с. 251]. Названо и философское основание настоящей медицинской этики – «старое правило Канта» [1, с. 217], то есть категорический императив – кредо его деонтологической теории. Именно Кант обосновал принцип уважения автономии личности – важнейший принцип современной биоэтики. Что это: гениальное предвосхищение биоэтики, так же, как и предвосхищение способов решения моральных дилемм клинических экспериментов, принятых в Нюрнбергском кодексе и Хельсинской декларации? Или это логика развития медицины в такой этически чувствительной сфере, как клинические эксперименты, закономерно подвела Вересаева к таким выводам? Во всяком случае, именно русский врач и писатель В.В. Вересаев сформулировал запрос на биоэтику. Реализовал этот запрос и ввёл термин «биоэтика» 70 лет спустя американский онколог В.Р. Поттер.

Литература

1. Вересаев В.В. Записки Врача / Вересаев В.В. Записки врача. На японской войне. – М.: Правда, 1986. С. 32–218.
2. Вересаев В.В. По поводу «Записок врача» / Вересаев В.В. Записки врача. На японской войне. – М.: Правда, 1986. – С. 219–266.
3. Фохт-Бабушкин Ю. В.В. Вересаев и его публицистические повести / Вересаев В.В. Записки врача. На японской войне. – М.: Правда, 1986. С. 3–30.

ФОРМИРОВАНИЕ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ Н. Н. ПЕТРОВА

*Е.П. Михаловска-Карлова**

Резюме: рассматриваются этические аспекты хирургической деонтологии известного советского онколога Н.Н. Петрова, нашедшие впоследствии отражение в принципах биоэтики.

Ключевые слова: представление, больной как личность, информированное согласие.

Биоэтика возникла сравнительно недавно – на рубеже 60-70-х гг. XX в. Её становлению как науки и социального института предшествовал период формирования биоэтических представлений не только в медицинской среде, но и в широком социуме.

По определению В.А. Лекторского, представление включено в мыслительную деятельность как «перцептивная схема и как способ решения определённых задач на

* **Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, г.Москва**

Михаловска-Карлова Екатерина Петровна – д.ф.н., проф.

осмысление». Содержание представлений «совпадает с предполагаемыми характеристиками предметов и событий реального мира» [1, с. 335]. Интерес в связи с этим представляют обращения выдающихся деятелей медицины к моральным дилеммам своей профессии и поиску путей их решения.

Знаменитый хирург академик Н.Н. Петров к этическим проблемам хирургии обратился в 1939 г., опубликовав в «Вестнике Хирургии» (VII – 1231, 1939) статью «Вопросы хирургической деонтологии». Внимание хирургической общественности столицы привлёк к себе доклад, сделанный им в Москве в 1943 г. После выхода в свет в 1945 г. книги «Вопросы хирургической деонтологии» к автору приходит широкая известность. В 1948 г. ленинградский «ГИДУВ» опубликовал второе издание книги. Основываясь на методологии утилитаризма, в частности И. Бентама, он определяет медицинскую деонтологию как «учение о принципах поведения не для достижения индивидуального благополучия», «но для максимального повышения суммы полезности и максимального устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы» [2, с. 20].

Последнее особенно важно, так как оно уже за пределами утилитаризма и в духе биоэтики. А вот и подтверждение: «Основная задача всякой медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди – пользе медицины» (там же). Именно так сегодня в биоэтике понимается принцип «делай благо» (Beneficence). Но самое главное, что автор центрирует внимание на больном, его интересах и его личности (и это в условиях жёсткого тоталитаризма!). Он подчёркивает, что «каждое врачебное действие по отношению к больному должно руководствоваться, безусловно, в первую очередь интересами больного. Совершенно недопустимо пренебрежение этими интересами якобы в интересах науки, а на самом деле – в интересах мелкого самолюбия и тщеславия людей, желающих показать себя научными работниками» [2, с. 21].

Н.Н. Петров в 1945 г. пишет: «Совершенно обязательно отучить себя от замены слова «больной» термином «случай». Больной – это всегда человеческая личность, со всеми её сложными переживаниями, а не безличный случай» [2, с. 26–27]. Отсюда его требование к хирургам: относиться к больному как к личности на всех этапах хирургического лечения. «Деонтологические соображения должны властно требовать совершения конкретных оперативных показаний применимо именно к данному больному» [2, с. 75]. Это требование включено им в «Заключение оператора», состоящее из четырёх пунктов: 1. мотивированный диагноз; 2. показания к операции; 3. план операции; 4. предложенное обезболивание. Такое Заключение должно быть составлено на основе

тщательного изучения больного, в каждом пункте должны быть учтены особенности личности и интересы данного больного. Это сделано Н.Н. Петровым задолго до возникновения биоэтики и её центрального принципа уважения автономии личности пациента. Как известно, принцип уважения автономии личности реализуется через другой важнейший этический принцип – информированного согласия, идею которого Н.Н. Петров высказал ещё в 1939 г. – задолго до Нюрнбергского Кодекса, где этот принцип сформулирован только применительно к клиническим экспериментам на людях.

Целая глава в монографии посвящена информированию больного. Требования, сформулированные автором, практически совпадают с содержанием, которое сегодня вкладывается в принцип информированного согласия. Информацию о болезни «можно и нужно изложить в доступной и полезной форме как для малообразованного, так и для высокообразованного больного, как для больного, не знающего медицины, так и для больного врача» [2, с. 67].

При этом даётся конкретизация, как должен врач информировать больного: 1). О диагнозе «информация должна заключать в себе некоторые прогностические указания и необходимые профилактические мероприятия. В частности, лечащимся и излеченным от рака женщинам должна быть указана опасность для них беременности, Лечащимся и излеченным от язвенной болезни желудка – опасность дальнейшего курения табака и т.п.»; 2). О предлагаемой больному операции «информация должна быть сделана в доходчивой для него форме, с упоминанием о связанном с ней риске, о возможности инфекции и побочных повреждений и о незначительности этого риска с вероятной пользой операции» [2, с. 68]. Более того, рекомендуется обсуждать с больным способы лечения, поскольку «при тактичном и доброжелательном подходе хирурга к больному можно... привлечь самого больного к решению вопроса об уместности той или другой операции» [2, с. 68].

Фактически автор советует хирургам работать с пациентом в модели, основанной на принципах биоэтики, которые ещё не сформулированы. Позднее известный американский биоэтик R. Veatch назовёт эту модель коллегиальной.

Литература

1. Лекторский В.А. Представление / Новая философская энциклопедия: в 4 т. – М.: Мысль, – 2001. – Т. III. – С. 334-335.
2. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л.: ГИДУВ, 1945.