МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Казанский государственный медицинский университет

Кафедра биомедэтики и медицинского права с курсом истории медицины

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

по биомедицинской этике

на тему: История медицинской этики в России

Выполнила: студентка 1 курса

Заочного отделения факультета МВСО,

Группы № 811

Залалдинова А.Р.

Проверила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зачтено (не зачтено)

Казань, 2010

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение ……………………………………………………………………... | 3 |
| Глава 1. Происхождение профессиональной медицинской этики в России ………………………………………………………………………... | 6 |
| 1. 1. Основоположник отечественной терапии Мудров М.Я. (1776 - 1831)……………………………………………………………………….. | 6 |
| 1.2. Доктор медицины Гааз Ф.П. (1780-1853)…………………………… | 8 |
|  1.3. Младший современник Пирогов Н.И. (1811-1881)…………………. | 9 |
| 1.4. Лидером клинической медицины Боткин С.П. (1832-1889)……… | 12 |
|  1.5. Выдающийся отечественный клиницист Захарьин Г.А. *(*1827- 1897) …………………………………………………………………………….. | 13 |
| 1.6. Ученик С.П. Боткина Манассеин В.А. *(*1841-1901)………………… | 14 |
| 1.7. Отношение к врачебной тайне и эвтаназии Кони А.Ф. (1844-1927). | 16 |
| 1.8. Успех книги В.В.Вересаева (1867-1945) «Записки врача»…………... | 17 |
| Глава 2. Медицинская этика в период советской власти ………………… | 19 |
| 2.1. Первые годы советской власти ……………………………………….. | 19 |
| 2.2. Проблемы врачебной тайны ………………………………………… | 22 |
| 2.3. Отрицание медицинской этики …………………………………….. | 23 |
| 2.4. Реабилитация медицинской этики ………………………………… | 25 |
| Заключение ………………………………………………………………….. | 28 |
| Список использованной литературы ………………………………………. | 32 |

**Введение**

**Актуальность** выбранной темы обусловлена следующими обстоятельствами. Актуальность изучения истории медицинской этики, проявляется, во-первых, в необходимости разобраться в современной медицинской этике, опираясь на прошлый опыт; во-вторых, в возможности предвидеть будущее развитие медицинской этики в России, уяснив исторические закономерности и найдя в истории прошлого аналогичные ситуации.

Своеобразие медицинской этики заключается в том, что в ней, все нормы, принципы и оценки ориентированы на здоровье человека, его улучшение и сохранение, что повышает значимость изучения истории развития медицинской этики .

Медицинская деонтология (от греч. deontos – должное, надлежащее и logos – учение) – наука о профессиональном поведении медицинского работника. Сам термин «деонтология» был введен в обиход в начале XIX века английским философом Иеремией Бентамом – для обозначения науки о профессиональном поведении человека. [10, С. 5]

Центральной для медицинской деонтологии является проблема взаимоотношений «врач - больной». Эти взаимоотношения в основном определяются« личными качествами врача, его моральными принципами, личной нравственностью.

Медицинская деонтология изучает: принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение эффективности лечения;

проблемы исключения неблагоприятных факторов в; профессиональном поведении медицинских работников; систему взаимоотношений медицинского персонала и больного, а также внутри медицинского коллектива.

Наиболее выдающимися сочинениями Древнего мира, в которых ставятся вопросы деонтологии, являются: «О природе жизни» китайского врача Хуан Ди Немцзиня, «Наука о жизни» древнеиндийского врача Сушруты, «Наставления», « О враче» Гиппократа, сочинения Галена, Цельса, Авиценны.

В средние века всякая наука была служанкой богословия. Руководство медициной и преподавание ее находились долгое время почти в руках духовенства.

С образованием Московского государства ускоряется развитие экономики и культуры Руси. Медицинскую помощь в XVI веке за плату оказывали населению народные врачи, имевшие лавки, где продавались целебные различные травы.

В России до царствования Бориса Годунова даже в войсках не было врачей-профессионалов. А невежество при лечении приводило к печальным последствиям. Ответственность врача за неблагоприятный исход лечения была узаконена Петром I в Морском уставе. Управление через коллегии, а не через приказы в Росси введено по приказу Петра I с 1720 года. Высший орган медицинского управления именовался с 1720 г. Аптекарской канцелярией, он и регламентировал деятельность врачей. В XIX веке вопросам медицинской деонтологии большое внимание уделяли преподаватели Медико-хирургической академии в Петербурге и Московского университета. Крупнейший клиницист-терапевт первой трети XIX в. М.Я. Мудров учил врачей быть скромными и внимательными, с любовью относиться к больным. Мудров, анализируя клятву Гиппократа, считал, что она может являться кодексом поведения и русского врача. Самопожертвование, подвижничество являются характерными чертами русских медиков. Об этом писали писатели-врачи, такие как А. П. Чехов, М. А. Булгаков, В. В. Вересаев, Н. П. Павлов, С. П. Боткин.

С развитием капитализма отношения между врачом и больным приобрели характер купли-продажи. В таком обществе положение бедных было наиболее тяжелым, а возможность помощи – минимальная. Теоретик американской медицинской ассоциации врачей Дикинсон утверждает, что врач является, в основном, мелким бизнесменом. Он продает свои услуги так же, как и любой другой бизнесмен, торгующий предметом потребления.

В последние десятилетия вопросы деонтологии стали предметом обсуждения и на международных форумах медиков. В 1953 г. в Вене проходил I Международный конгресс врачей, где указывалось на важное социальное значение медицины. По природе своей профессии врач должен заботиться о здоровье каждого человека с полной беспристрастностью, независимо от пола, вероисповедания и философских или политических убеждений.

С бурным развитием медицины, научно-технического прогресса в медицинской деонтологии и врачебной этике созданы такие разделы, как:

* Элементы врачебной деонтологии;
* Элементы деонтологии в деятельности среднего и младшего медицинского персонала;
* Деонтология и организация работы лечебного учреждения;
* Деонтология и научно-технический прогресс;
* Деонтология в клинической медицине;
* Деонтология и медицинская документация;
* Деонтология в научно-исследовательской работе.

**Цель** данной работы: исследовать историю медицинской этики в России.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Рассмотреть историю происхождения профессиональной медицинской этики в России;
2. Изучить развитие медицинской этики в период советской власти.

**Глава 1. Происхождение профессиональной**

**медицинской этики в россии**

* 1. **Основоположник отечественной терапии Мудров М.Я. (1776-1831)**

Первые переводы на русский язык отдельных произведений Гиппократа («Клятва», «Закон», «Афоризмы») появились в России в печатном виде лишь в 1840 г. Однако несколькими десятилетиями ранее Гиппократа настойчиво пропагандировал на медицинском факультете Московского университета *М.Я.Мудров* (1776-1831). [3, С. 93]

Основоположник отечественной терапии М.Я. Мудров был не только знаменитым московским доктором, но и выдающимся деятелем Московского университета. М.Я.Мудрову принадлежит честь восстановления медицинского факультета после пожара и разграбления университета в 1812 г., его усилиями впервые в истории университета была создана клиническая база (Клинический институт), пять раз факультет выбирал его своим деканом. В связи с освящением медицинского факультета в 1813 г. и открытием Клинического института в 1820 г. М.Я.Мудров произнес торжественные речи, содержание которых прежде всего посвящено изложению и интерпретации этики Гиппократа: «...Я буду говорить вам не своим языком простым, но медоточивыми устами Гиппократа... дабы... более пленить разум ваш в послушание и изучение Князя врачей и Отца врачебной науки». И далее: «Сию главу стоило бы читать на коленях...»

Врачебная этика, по М.Я. Мудрову, предваряет всю медицину: изложение «обязанностей» врачей и «прочных правил, служащих основанием деятельному врачебному искусству», он начинает с этических наставлений. Положение этики Гиппократа *об уважении к больному* в устах М.Я. Мудрова звучит так: «Начав с любви к ближнему, я должен бы внушить вам все прочее, проистекающее из одной врачебной добродетели, а именно услужливость, готовность к помощи во всякое время, и днем и ночью, приветливость, привлекающую к себе и робких и смелых, милосердие к чувствительным и бедным; ... снисхождение к погрешностям больных; кроткую строгость к их непослушанию...». [3, С. 93]

В конечном счете решение всех вопросов, возникающих во взаимоотношениях врача и больного, М.Я. Мудров как бы сводит к общему знаменателю – *завоеванию доверия больного:* «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного; но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, дабы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее». [3, С. 95]

Много внимания в своих этических наставлениях М.Я. Мудров уделяет теме отношения врача к своей профессии. Хорошо известный афоризм М.Я. Мудрова – «Во врачебном искусстве нет врача, окончившего свою науку» содержит в себе и идею непрерывного профессионального образования специалистов-медиков, и вполне осознанную только в будущем проблему их постдипломной подготовки.

Истинный врач не может быть посредственным врачом: «... врач посред-ственный более вреден, нежели полезен. Больные, оставленные натуре, выздоро-веют, а тобою пользованные умрут». А отсюда следует его совет студенту, если тот окажется не готов к постижению огромного массива медицинских знаний, к освоению труднейших секретов врачебного искусства: «Кто не хочет идти к совершенству сим многотрудным путем, кто звания не хочет нести с прилежностью до конца дней своих, кто не призван к оному, но упал в оное препнувшись, тот оставь заблаговременно священные места сии и возвратись восвояси». [3, С. 96]

Обсуждая *вопросы межколлегиальных отношений врачей,* М.Я. Мудров говорит, что всякий честный врач в случае профессионального затруднения обратится за помощью к товарищу-врачу, а умный и благожелательный врач не будет из зависти поносить коллег. Прямо следуя Гиппократу, М.Я. Мудров говорит о своих учителях: «За добрые советы и мудрые наставления врачам Фрезу, Зыбелину, Керестурию, Скиадану, Политковскому, Миндереру и приношу здесь достодолжный фимиам». [3, С. 96]

В некотором смысле вся жизнь и в особенности смерть М.Я. Мудрова «имеет достоинство этического аргумента» (как сказал А.А.Гусейнов о жизни самого знаменитого врача XX в. А. Швейцера). М.Я. Мудров умер летом 1831 г. во время эпидемии холеры. Он заразился после многомесячной работы, занимаясь лечением холерных больных и организуя мероприятия по борьбе с эпидемией сначала в Поволжье, а потом в Петербурге. Надпись на его могильной плите, в частности, гласит: «Под сим камнем погребено тело Матвея Яковлевича Мудрова …окончившего земное поприще свое после долговременного служения человечеству на христианском подвиге подавания помощи зараженным холерою в Петербурге и падшего от оной жертвой своего усердия». [1, C. 97]

* 1. **Доктор медицины** **Гааз Ф.П.** **(1780-1853)**

Ярчайшую страницу в истории отечественной медицины представляет врачебная и общественная деятельность *Ф.П. Гааза* (1780-1853), известного своим афоризмом: «Спешите делать добро!».

Молодой немецкий врач, доктор медицины Фридрих Йозеф Гааз прибыл в Россию в качестве домашнего врача княгини Репниной в 1806 г., затем он военным врачом прошел с русской армией от Москвы до Парижа, вернулся в Москву, где в 1825-1826 гг. был назначен штадт-физикусом (главным врачом) Москвы, а с 1829 г. до самой смерти в 1853 г. был секретарем Комитета попечительства о тюрьмах и главным врачом московских тюрем. Полувековая врачебная деятельность Гааза в России, которого привыкли называть здесь Федором Петровичем, снискала ему славу «святого доктора». [3, С. 97]

Необходимо подчеркнуть, что деятельность Ф.П.Гааза осуществлялась за несколько десятилетий до возникновения в 1859-1863 гг. Международного движения Красного креста, поставившего задачей помощь всем раненым во время боевых действий – независимо от гражданства, национальности и т.д. И тем более Ф.П.Гааз предвосхитил принятие множества современных документов международного права, запрещающих любые формы жестокого, бесчеловечного обращения с людьми и в особенности выделяющих роль врачей, медицинского персонала при этом («Принципы медицинской этики», одобренные ООН в 1982 г., и др.).

Приведем несколько примеров, основанных на документах, характеризующих высочайший уровень врачебной этики Ф.П. Гааза.

Осенью 1830 г. в Москве началась эпидемия холеры (той самой, что унесла жизнь М.Я.Мудрова): «В госпиталь принесли первого холерного... Вот, коллеги, – сказал Гааз, – наш первый больной... Здравствуй, голубчик, мы тебя будем лечить, и ты с Божьей помощью будешь здоров. Наклонившись к дрожащему от озноба и судорог больному, он поцеловал его».

Кроме так нужного врачу терапевтического оптимизма, кроме внушения так нужной больному веры в выздоровление, здесь есть еще один важный момент: долгом врача является борьба с паническими настроениями, преодоление в массе населения ужаса, фобий перед эпидемией.

Еще один пример. В 1891 г. профессор Новицкий рассказал про случай, свидетелем которого он был в молодости. Это была 11-летняя крестьянская девочка, лицо которой было поражено так называемым «водяным раком» (в течение 4-5 дней уничтожившем половину лица вместе со скелетом носа и одним глазом). Разрушенные, омертвевшие ткани распространяли такое зловоние, что не только медицинский персонал, но и мать не могли сколько-нибудь долго находиться в палате. «Один Федор Петрович, приведенный мною к больной девочке, пробыл при ней более трех часов кряду и потом, сидя на ее кровати, обнимал ее, целуя и благословляя. Такие посещения повторялись и в следующие дни, а на третий – девочка скончалась...». [3, С. 98]

В контексте собственно медицинской этики следует обратить внимание на религиозные истоки мировоззрения Ф.П.Гааза: «Я прежде всего христианин, а потом уже врач». С нашей точки зрения, особенность духовного строя личности Ф.П.Гааза была в том, что для него как бы не существовало феномена удвоения морали – имеющегося в любом обществе разрыва между нравственным идеалом (должным) и реальными нравами (сущим). Ф.П.Гааз не оставил трудов по медицинской этике, но сама его жизнь есть олицетворение врачебного долга.

* 1. **Младший современник Пирогов Н.И. (1811-1881)**

Младшим современником М.Я. Мудрова и Ф.П. Гааза был *Н.И. Пирогов* (1811-1881). Вскоре после окончания Московского университета, а именно в 1836 г., Н.И. Пирогов приступает к работе профессора и заведующего хирургической клиникой Дерптского университета. Его отчет за первый год работы в Дерпте исключительно важен в контексте истории медицинской этики. В отчете рассматривается одна из самых острых проблем профессиональной этики врача – проблема *врачебных ошибок.* В предисловии к первому выпуску «Анналов хирургического отделения клиники императорского Дерптского университета» (1837) Н.И. Пирогов пишет: «Я считал... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих». [3, C. 99]

Перед входом в старинные анатомические театры еще и сегодня можно прочитать афоризм «Здесь мертвые учат живых». Отношение Н.И.Пирогова к врачебным ошибкам побуждает нас углубить смысл этой сентенции в нравственно-этическом плане. Да, врачебные ошибки – это зло. Но тот, кто останавливается на пессимистичной и апатичной констатации «врачебные ошибки неизбежны», находится на позиции этической капитуляции, что безнравственно и недостойно звания врача. Согласно «Анналам» Н.И.Пирогова, врачи должны извлекать максимум поучительного из своих профессиональных ошибок, обогащая как свой собственный опыт, так и совокупный опыт медицины. Н.И. Пирогов считал, что такая моральная позиция может возместить (искупить) «зло врачебных шибок».

В свете тенденций развития медицинской этики в конце XIX в. необходимо обратить внимание на этическое содержание *принципов «сортировки» раненых,* предложенных Н.И. Пироговым во время Крымской войны 1853-1856 гг. Вспоминая в 1876 г. о зарождении и организации движения русских сестер милосердия, Н.И. Пирогов, в частности, говорит, что помощь раненным в осажденном Севастополе осуществлялась таким образом, что все они при поступлении «сортировались по роду и градусу болезни» на:

1) требующих срочных операций;

2) легко раненных, получающих медицинскую помощь и сразу переправляемых в лазареты для долечивания;

3) нуждающихся в операциях, которые, однако, можно произвести через день или даже позднее;

4) безнадежно больных и умирающих, помощь которым («последний уход и предсмертные утешения») осуществляли только сестры милосердия и священник. Мы находим здесь предвосхищение идей современной медицинской этики – отказа при фатальном прогнозе от экстраординарной терапии (пассивной эвтаназии) и права безнадежно больного на смерть с достоинством.

Подход Н.И. Пирогова к проблеме врачебных ошибок стал своего рода этическим эталоном для его учеников и последователей. Приведем два примера.

Известный профессор акушерства и гинекологии (руководитель кафедры Петербургской Медико-хирургической академии) А.Я.Крассовский оперировал молодую женщину с гигантской кистой яичника. Через 40 часов после операции пациентка умерла. На вскрытии выяснилось, что врач оставил в брюшной полости тампон из губки. А.Я. Крассовский детально описал этот случай в популярном врачебном журнале «Медицинский вестник» (№ 1, 1870), методично обсуждая вопросы: «1. Когда и как попала губка в брюшную полость? 2. Были ли приняты надлежащие предосторожности для того, чтобы все губки были вовремя удалены из брюшной полости? 3. Насколько губка могла быть причиной несчастного исхода операции? 4.Какие меры должны быть приняты для избежания подобных случаев на будущее время?» В заключение врач-ученый рекомендует пересчитывать губки до и после начала операции, а также снабжать их длинными тесемками. [3, C. 100]

В 1886 г. не только медицинская общественность, но и средства массовой информации обсуждали самоубийство С.П.Коломнина – профессора-хирурга Петербургской военно-медицинской академии. Он оперировал женщину по поводу язвы прямой кишки. Проведя анестезию раствором кокаина в виде клизмы 4 раза по 6 гран (1,5 грамма), хирург произвел выскабливание язвы с последующим прижиганием. Через 45 минут после операции состояние больной резко ухудшилось, неотложные лечебные мероприятия (в том числе трахеотомия) эффекта не дали, и больная умерла спустя 3 часа после операции. На вскрытии была подтверждена версия отравления кокаином. Еще перед операцией коллега С.П.Коломнина профессор Сущинский высказал мнение, что максимальная доза кокаина в данном случае должна быть 2 грана. Профессор С.П.Коломнин основывался на данных литературы, согласно которым доза применявшегося уже два года в европейских клиниках кокаина колебалась от 6 до 80 и даже до 96 гран. Несколько вечеров провел С.П. Коломнин (вместе со своим ассистентом) за анализом соответствующей научной литературы. С.П. Боткин, к которому С.П. Коломнин приходил в эти дни советоваться, принося с собой кипы медицинских книг и журналов, позднее говорил, что ошибиться в данном случае мог бы каждый. Однако ситуация усугублялась тем, что в самом начале С.П. Коломнин неверно поставил диагноз, предполагая туберкулез, а у больной на самом деле был сифилис, то есть операция ей вообще не была показана. Отвечая на уговоры товарищей не придавать этому случаю особого значения, С.П. Коломнин говорил: «У меня есть совесть, я сам себе судья». Спустя 5 дней после операции он застрелился. Его поступок имел огромный общественный резонанс. Было опубликовано множество воспоминаний о нем, рисующих образ врача, обладающего высоким профессионализмом, кристально честного и благородного.

[3, С. 101]

* 1. **Лидером клинической медицины** **Боткин С.П. (1832-1889)**

Признанным лидером клинической медицины в России был *С.П. Боткин* (1832-1889), возглавлявший почти 30 лет кафедру терапевтической клиники в Военно-хирургической академии, а с 1878 г. и до конца жизни – Общество русских врачей им. Н.И. Пирогова. С.П. Боткин – участник двух войн: в Крымскую войну он работал под руководством Н.И. Пирогова, в русско-турецкой войне 1877-1878 гг. участвовал в качестве лейб-медика при царской ставке. Его «Письма из Болгарии» (к жене) представляют собой интересный и важный исторический документ. В одном из писем С.П. Боткин, отметив «хороший нравственный уровень, на котором стояли наши врачи в этой кампании», далее пишет: «Врачи-практики, стоящие на виду у общества, влияют на него не столько своими проповедями, сколько своей жизнью». [3, С. 101]

В своих «Клинических лекциях» (1885-1890 гг.) С.П.Боткин затрагивает различные вопросы врачебной этики. Например, его решение проблемы *информирования безнадежных больных* дается здесь в духе ортодоксального врачебного патернализма: «Я считаю непозволительным врачу высказать больному сомнения о возможности неблагоприятного исхода болезни... Лучший тот врач, который умеет внушить больному надежду: во многих случаях это является наиболее действенным лекарством». [3, C. 102]

* 1. **Выдающийся отечественный клиницист Захарьин Г.А. *(*1827-1897)**

Другим выдающимся отечественным клиницистом последней трети XIX в. был *Г.А. Захарьин (*1827-1897), более 30 лет возглавлявший факультетскую терапевтическую клинику Московского университета. О Г.А.Захарьине – враче и диагносте складывались легенды. Г.А. Захарьин лечил Л.Н. Толстого и его домашних, при этом между врачом и его пациентом установились дружественные отношения. Клинический метод Г.А. Захарьина, в котором исключительное внимание уделялось сбору анамнеза, врачебной наблюдательности, индивидуальному, а не шаблонному подходу к больному, с необходимостью всегда включал в себя психотерапевтический элемент. Один из биографов знаменитого врача Н.Ф. Голубов отмечает, что на распутывание сложных случаев тот тратил 1,5-2 и более часов. [3, C. 103]

В контексте медицинской этики врачебная деятельность Г.А. Захарьина представляет интерес по крайней мере в двух отношениях. Во-первых, доверие к нему больных было обратной стороной его огромного врачебного авторитета, того достоинства личности, которое современники отмечают во всех его поступках. Ежедневно он посещал клинику (изменив этой привычке лишь в последние годы) - не исключая праздников. Он говорил своим помощникам: в страданиях больного перерывов нет. Примечательно, что однажды, консультируя с молодым врачом пациентку, Г.А. Захарьин не согласился с лечащим врачом и отменил все его назначения. Наблюдая, однако, за течением болезни, профессор убедился в своей неправоте и признался в ошибке перед родственниками больной, изъявляя готовность письменно объяснится в связи с этим с лечащим врачом.

Во-вторых, поучительны противоречия этического характера (иногда доходившие до состояния острого социального конфликта), имевшие место во врачебной деятельности Г.А. Захарьина.

Известно, что как прославленный клиницист Захарьин был приглашен лечить императора Александра III, страдавшего тяжелым заболеванием почек. В последние месяцы жизни император находился в Крыму под наблюдением Захарьина и приглашенного из Берлина доктора Лейдена. Из психотерапевтических соображений лейб-медикам приходилось сочинять бюллетени, обнадеживающие больного, который до последнего дня читал эти сообщения в русской и иностранной прессе. После смерти императора в придворных кругах стали говорить, что Захарьин допустил грубые ошибки и неправильно лечил больного, а в народе распространились слухи, что он даже отравил императора. Захарьин вынужден был дать публичное разъяснение, какие врачебные назначения делались покойному императору.

Вообще же об *отношении к тяжелым больным* Захарьин говорил: «Для самого успеха лечения врач должен ободрить больного, обнадежить выздоровлением или по крайней мере, смотря по случаю, поправлением здоровья, указывая на те хорошие стороны состояния больного, которых последний в своем мрачном настроении не ценит...». [3, C. 103]

* 1. **Ученик С.П. Боткина** **Манассеин В.А. *(*1841-1901)**

Наиболее видное место в истории медицинской этики в России в последние два десятилетия ХIХ в., несомненно, принадлежит *В.А. Манассеину (*1841-1901). Он был учеником С.П. Боткина и в течение 20 лет возглавлял кафедру частной терапии в Петербургской медико-хирургической академии. Не только в медицинской: среде, но и в обществе в целом Манассеин снискал себе звание «рыцаря врачебной этики», «совести врачебного сословия». С 1880 года и до конца жизни он издавал еженедельную газету «Врач». В программном заявлении «От редакции» в № 1 «Врача», в частности, говорилось: «Мы будем стараться... постоянно подвергать критическому, независимому и беспристрастному разбору все явления, касающиеся образования, быта и деятельности врачей... не закрывать глаз и на те печальные явления, причины которых коренятся в самих врачах...». [1, C. 105]

Прежде всего, необходимо отметить многообразие и, как правило, сохраняющуюся актуальность морально-этических проблем врачевания и организации медицинского дела, нашедших отражение на страницах «Врача». Так, здесь постоянно печатались материалы о «непозволительных, преступных опытах над здоровыми и больными людьми», при этом подчеркивались: недопустимость экспериментальных исследований на умирающих, на заключенных; необходимость учитывать степень риска в медицинских исследованиях на людях; обязательность «полного согласия и ясного понимания соглашающимися больными и здоровыми, чему они подвергаются». Газета утверждала принцип: редакции научно-медицинских изданий не должны публиковать материалы об исследованиях на людях в обход требований медицинской этики (это правило постепенно становится обязательным в международной, но, увы, не в отечественной научной практике в конце XX века).

В.А. Манассеин считал, что *врачи должны быть принципиальными противниками смертной казни и телесных наказаний,* ибо в противном случае их функция входит в неразрешимое противоречие с их миссией в обществе, с их профессиональной этикой. Много раз «Врач» обращался к проблеме *рекламы в медицине,* Манассеин вел борьбу с «бесстыдной, обманной рекламой», в особенности – с рекламой «патентованных», «тайных» средств и саморекламой врачей.

Принципиальной критике подвергались различные *проявления неколлегиальных отношений врачей друг к другу –* барство некоторых профессоров в отношении своих сотрудников; отступления отдельных врачей от древнего обычая их профессии – лечить коллег бесплатно; клевета в адрес коллег, иногда приобретавшая чудовищные формы. [3, C. 105]

Отношение Манассеина к *врачебной тайне* заслуживает особого внимания, поскольку его позиция наряду с противоположной позицией выдающегося адвоката А.Ф. Кони в дореволюционной России принималась за своего рода точку отсчета при обсуждении этой стержневой проблемы медицинской этики. В.В. Вересаев писал:

«Манассеин стоял за абсолютное сохранение врачебной тайны при всех обстоятельствах... К частному глазному врачу обратился за помощью железнодорожный машинист. Исследуя его, врач попутно открыл, что больной страдает дальтонизмом... Врач сообщил машинисту о его болезни и сказал, что ему нужно отказаться от работы машиниста. Больной ответил, что он никакой другой работы не знает и от службы отказаться не может. Что должен был сделать врач? Манассеин отвечал: «Молчать... врач не имеет права выдавать тайн, которые узнал благодаря своей профессии, это предательство по отношению к больному...». [3, С. 106]

Наряду с этим аргументом, имеющим для Манассеина смысл категорического императива, он приводил также соображения в духе этики утилитаризма. В те годы чаще всего дискутировали о врачебной тайне в связи с сифилисом. Манассеин говорил: «Как ни ужасно молчание в подобном случае, но мы лично все-таки стояли бы за сохранение тайны больного в интересах общества; стоит только разгласить тайну во имя самого высокого дела, и десятки, и сотни сифилитиков побоятся лечиться и, тем самым, сделаются рассадниками сифилиса в самых обширных размерах...»

Вместе с тем тяжкое бремя издания В. А. Манассеиным газеты, в которой как бы постоянно вершился «суд чести» над русской медициной, не могло не обернуться излишней категоричностью, этическим формализмом отдельных его суждений и оценок. Это касается не только односторонней, с нашей точки зрения, оценки врачебной деятельности Г.А.Захарьина. Можно отметить в связи с этим безоговорочное осуждение на страницах «Врача» не только искусственных абортов, но и контрацепции: Манассеин писал, что если бы он не был принципиальным противником смертной казни, то одобрил бы смертный приговор, вынесенный в 1898 г. в Англии врачу за производство аборта. [3, C. 107]

* 1. **Отношение к врачебной тайне и эвтаназии Кони А.Ф. (1844-1927)**

Как уже отмечалось, принципиально иную позицию в отношении врачебной тайны в России того времени занимал *А.Ф. Кони* (1844-1927). Он считал, что в случаях серьезной угрозы общественным интересам запрет на разглашение врачебной тайны перестает действовать, то есть «врач может считать себя нравственно и юридически свободным от сохранения обнаруженной им или сообщенной ему тайны пациента». Выступая в 1893 г. перед Обществом сифилидологов и дерматологов, он говорил, что если больной сифилисом не поддается уговорам не вступать в брак, «из-под оболочки врача должен выступить гражданин». Интересным представляется и подход А.Ф. Кони к проблеме активной эвтаназии: последняя, по его мнению, «допустима с нравственной и юридической позиции, если она проводится в исключительных случаях при наличии:

1) сознательной и устойчивой просьбы больного;

2) невозможности облегчить страдания больного известными средствами;

3) точной, несомненной доказанности невозможности спасти жизнь, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии;

4) предварительного уведомления органов прокуратуры». [3, C. 107]

* 1. **Успех книги В.В.Вересаева (1867-1945) «Записки врача»**

В самом начале XX в. в центре обсуждения вопросов врачебной этики в России стала книга *В.В.Вересаева* (1867-1945) «Записки врача» (первая публикация в журнале «Мир божий» в 1901 г.). Успех ее был исключительно большим, она получила массу откликов не только в русской, но и зарубежной печати.

По крайней мере два обстоятельства определяют совершенно особое место «Записок врача» Вересаева в отечественной (и может быть, мировой) медицинской литературе. Во-первых, эта книга отражает опыт души человека, выбравшего врачевание своей профессией и только-только входящего в мир медицины. Последовательно обсуждая типичные морально-этические коллизии («проклятые вопросы»), с которыми сталкивается каждый врач, Вересаев воспроизводит становление профессионального сознания, так сказать, «структуры личности» врача, который стремится быть достойным своего призвания. Во-вторых, «Записки врача» Вересаева являются важнейшим источником по истории отечественной медицины. [3, C. 108]

При чтении «Записок врача» сразу же обращает на себя внимание Вересаевская оценка обычно слишком узкого толкования понятия «врачебная этика» – как «крохотного круга вопросцев» об отношениях врачей к больным и врачей друг с другом. Основной пафос «Записок врача» заключается в том, чтобы *моральные проблемы медицины рассматривались на всю глубину их содержания.*

Наиболее важной морально-этической коллизией современной ему медицины Вересаев считает «поразительную неподготовленность молодых врачей к практический деятельности». В морально-психологическом плане Вересаев описывает своеобразный «синдром недееспособности молодого врача». Что же касается социальной стороны названной коллизии, то здесь Вересаев совершенно определенно становится не на сторону врачей-коллег («нужно же и им на ком-нибудь учиться»), а на сторону пациента: «Но когда я воображаю себя пациентом, ложащимся под нож хирурга, делающего свою первую операцию, – я не могу удовлетвориться таким решением...».

Из всего множества «проклятых вопросов», обсуждаемых Вересаевым в «Записках врача» (о врачебных ошибках, о вскрытиях, об авторитете медицины, о частной практике и денежных расчетах врачей с пациентами, о филантропии в медицине и др.), мы остановимся всего на одном, по-видимому, наиболее актуальном и обсуждаемом сейчас – на вопросе о *клинических экспериментах.* В литературе по медицинской этике именно Вересаев нередко называется одним из тех, кто предвосхитил подходы к его решению, содержащиеся в важнейших современных международных документах – «Нюрнбергском кодексе» и «Хельсинкской декларации». [3, C. 109]

В «Записках врача» собран богатый фактический материал по проведению клинических экспериментов в различных странах, начиная с 1835 г.

Вересаев четко формулирует морально-этическую дилемму, связанную с проведением клинического эксперимента: «Вопрос чрезвычайно сложный, трудный и запутанный, вытекающий из самой сути медицины как науки, так тесно связанной с человеком, – вопрос о границах дозволительного врачебного опыта на людях. ...Ведь этот вопрос необходимо выяснить во всей его беспощадной наготе, потому что только при таком условии и можно искать путей к его разрешению».

Говоря о таких «опытах», проводимых венерологами, Beресаев беспощадно заключает: «Каждый шаг вперед в их науке запятнан преступлением». Как свидетельствует Вересаев, врачи-исследователи проводили экспериментальное заражение сифилисом и гонореей детей, безнадежных больных, паралитиков, идиотов, а также и здоровых людей. При этом в качестве оправдания приводилось грубоутилитаристское соображение: «Страданием нескольких лиц человечество не очень дорого заплатит за истинно полезный и практический результат».

Коллеги-врачи обвиняли Вересаева не только в «сгущении красок», в «позировании» и т.д., но и в том, что он «высказывает слишком много заботы об отдельной личности». Однако именно поэтому Вересаев оказывается в наше время поразительно актуальным, ибо стремился, как он говорил, «смотреть на жизнь с человеческой, а не с профессиональной точки зрения». Такой подход к «проклятым вопросам» позволяет автору «Записок врача» сделать вывод о том, что «вопрос о правах человека перед посягающею на эти права медицинскою наукою *неизбежно* становится коренным, центральным вопросом врачебной этики». И сегодня, спустя более ста лет со времени написания «Записок врача», к этому выводу просто нечего добавить. [3, C. 110]

**глава 2. Медицинская этика в ПЕРИОД СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ**

* 1. **Первые годы советской власти**

Новый режим, открывший советский период отечественной истории, пришел к власти на гребне тяжелой и разрушительной для России мировой войны, и он сразу же столкнулся с серьезнейшими проблемами. Разруха и голод в условиях низкой санитарной культуры населения спровоцировали мощные эпидемии холеры, тифа и оспы, так что первые шаги правительства в области здравоохранения вынужденно носили чрезвычайный характер. В частности, были предприняты меры по координации деятельности разрозненных и существенно ослабленных служб здравоохранения, что привело к их жесткой централизации. В июле 1918 г. был учрежден Народный комиссариат здравоохранения Российской Республики – первое в мире общенациональное министерство здравоохранения. Под руководством первого советского Комиссара здравоохранения *Н.А. Семашко* (1874-1949), врача, лично близкого к Ленину, были объединены все сферы правительства, так или иначе ответственные за оказание медицинской помощи. В последующие годы, впрочем, постепенно были воссозданы автономные от комиссариата, но централизованные структуры здравоохранения на железнодорожном транспорте, в армии, в спецслужбах и т.п. [4, C. 127]

Меры новой власти вызвали резкую критику со стороны врачей, входивших в Пироговское общество, которые считали, что введение советской властью бесплатного здравоохранения лишит врачей независимости и инициативности, завоеванных ими в ходе земских реформ. Режим, однако, не был склонен мириться с критикой и противодействием, как и вообще с существованием сколько-нибудь организованной оппозиции. Сначала в противовес Пироговскому обществу была создана Всероссийская федерация медицинских работников (Медсантруд), а в 1922 г. общество и вовсе было ликвидировано.

Впрочем, и Медсантруд, поскольку он стремился сохранить остатки демо-кратического самоуправления в среде медицинских работников, навлек на себя немилость властей. Так, один из организаторов советского здравоохранения, заместитель народного комиссара здравоохранения *З.П. Соловьев* (1876-1928) в 1923 г. писал: «Что же это за общественность и о какой вообще общественности можно говорить в условиях Советского государства? На этот вопрос двух ответов быть не должно. Наша общественность – это работа на всех поприщах советской жизни на основе самодеятельности революционного класса, носителя пролетарской диктатуры – пролетариата и его союзника, бедняцкого и середняцкого крестьянства. ...Иной общественности, кроме пролетарской, в области нашего строительства мы не мыслим. И только тот врач, который откажется от противопоставления этой общественности какой-то своей «демократической», врачебной, сумеет найти дорогу в эту общественную среду, сможет в этой среде развернуть свои силы и применить свои знания и специальную компетенцию; только такой врач имеет право назвать себя сейчас общественным врачом». [4, C. 127]

Режим, таким образом, существенно по-новому определял социальную роль врача. Врач мыслился как представитель враждебного, буржуазного класса, которого приходится терпеть как специалиста, но которому дозволяется работать лишь под строгим контролем со стороны пролетариата. На деле, впрочем, этот контроль осуществлялся государственным чиновником. Отсюда – и обретавшие временами чрезвычайную остроту дискуссии по поводу врачебных ошибок, за которыми многие склонны были видеть лишь злой умысел классового врага. Отсюда – и неоднократные волны репрессий против врачей, которые обвинялись в отравлениях и убийствах, как населения, так и высших партийных и государственных лиц.

Между тем революция и гражданская война привели к резкому сокращению количества врачей в стране. По некоторым данным, в первые годы после революции из России эмигрировало около восьми тысяч врачей. Много врачей умерло от голода и болезней. Это заставило власти заняться ускоренной подготовкой врачей, которая осуществлялась своеобразными методами. В медицинские институты стали принимать даже тех, кто не получил среднего образования и кто подчас не умел ни читать, ни писать; были ликвидированы выпускные экзамены; была введена система бригадного обучения, при которой знания группы студентов оценивались путем опроса одного из них – предполагалось, что более сильные студенты будут помогать более слабым. Подобные меры позволили достаточно быстро увеличить количество врачей, хотя, неизбежно, ценой резкого снижения профессиональных стандартов. [4, C. 128]

Вообще такой упор на коллективизм был не случайным. Медицина, как и все другое, рассматривается с классовой точки зрения; при этом индивидуалистической буржуазной медицине противопоставляется коллективистская пролетарская. Предназначение новой медицины понимается так: «Сохранение живых сил пролетариата и строительство социализма, само собой разумеется, для нас должны быть основным компасом при постановке вопроса о задачах нашей современной медицины» (З.П. Соловьев). В соответствии с этим, считал Соловьев, должна быть переосмыслена и вся практика медицины: «Характерной для современной клиники чертой является то, что она сложилась и существует по сегодняшний день как дисциплина строго индивидуалистическая. Строй современного капиталистического общества налагает в этом отношении свою руку и на медицину как в области теории, так и в особенности в области практики. Индивидуалистический спрос на обслуживание отдельного человека, а не человеческого коллектива создает и соответствующие методы мышления и практики». [4, C. 128]

Приведенные высказывания одного из лидеров советской медицины на этапе ее становления в высшей степени показательны как образец свойственного большевизму отрицания самоценности человеческой личности, низведения человека до роли винтика в системе производства, безусловного подчинения его социальной целесообразности.

Соображениями классовой целесообразности определялись и непосредственно сами воззрения большевиков в области морали и этики.

Что касается систематической разработки медицинской этики, которая соответствовала бы идейным установкам нового режима и новой системы здравоохранения, то такая задача, быть может, к счастью, – не ставилась. В той мере, в какой социальная роль врача считалась не столько самостоятельной, сколько чисто служебной, лишалась смысла сама постановка вопроса о какой-то особой этике врача. Тем не менее некоторые проблемы, имеющие отчетливо выраженное морально-этическое звучание, становились предметом дискуссий, подчас весьма ожесточенных, (например, проблемы аборта, врачебной тайны, врачебной ошибки). [4, C. 129]

* 1. **Проблемы врачебной тайны**

В 20-е годы ХХ века острые дискуссии развернулись вокруг проблемы *врачебной тайны.* Нарком здравоохранения Н.А. Семашко провозгласил «твердый курс на уничтожение врачебной тайны», которая понималась как пережиток буржуазной медицины. Обосновывалась эта позиция тем, что единственный смысл сохранения врачебной тайны – уберечь пациента от негативного отношения к нему со стороны окружающих; если же все поймут, что болезнь является не позором, а несчастьем, то врачебная тайна станет ненужной. Предполагалось, впрочем, что полная отмена врачебной тайны произойдет тогда, когда данную мысль воспримет все население. До тех же пор необходимость сохранения врачебной тайны связывалась с опасением, что отказ от нее стал бы препятствием для обращения к врачу.

И хотя сам Н.А. Семашко в 1945 г., будучи уже не Наркомом, а врачом, стал выступать в защиту врачебной тайны, его прежние воззрения еще долго оказывались влиятельными, так что и до сих пор медицинские работники нередко не понимают смысл требования конфиденциальности. Лишь в 1970 г. это требование было закреплено законом. [4, C. 129]

* 1. **Отрицание медицинской этики**

Вообще медицинская или, как тогда предпочитали говорить, врачебная этика понималась как обоснование и утверждение корпоративно-сословной морали, чуждой классовым интересам пролетариата. Достаточно распространенной была точка зрения, согласно которой все советские люди, независимо от пола и профессии, руководствуются едиными нравственными нормами коммунистической морали, и существование каких бы то ни было специфических норм профессиональной морали будет ограничивать действие общих норм.

Что касается медицинского образования, то систематического курса медицинской этики не было ни в дореволюционной России, ни в условиях нового режима. Более того, после революции было упразднено принятие начинающими врачами «Факультетского обещания» российского врача – адаптированного к тогдашним условиям варианта «Клятвы Гиппократа», принятие которого было обязательным с начала XX века. Гуманитарная подготовка студентов сводилась в основном к изучению курса марксизма-ленинизма. [4, C. 130]

На этом фоне свойственного большевизму отрицания вечных моральных ценностей продолжала, однако, воспроизводится и предшествующая традиция медицинской этики. Среди тех, кто получал медицинское образование, достаточно многие воодушевлялись идеалом бескорыстного и самоотверженного служения, восходящим к моральным установкам земской медицины; поприще врача привлекало людей интеллектуальной направленности и тем, что в сфере их деятельности все-таки не было особенно жесткого идеологического контроля. Нормы и ценности врачебной этики передавались при этом по каналам неформального общения, в ходе повседневных контактов профессоров со студентами и опытных врачей – с начинающими.

С конца 20-х – начала 30-х годов правящий режим консолидируется. Во все поры общественной жизни проникали и становились господствующими начала административно-бюрократического планирования и управления. Планируемым становится и здравоохранение – планируется и число врачей различных специальностей, и количество больничных коек, больниц и поликлиник в городской и сельской местности, тематика медицинских исследований, развитие санаторно-курортного лечения и т.д.

Планирование предполагает количественные оценки и измерения, и с этой точки зрения советская медицина добилась впечатляющих результатов: число врачей давно уже превысило миллион, и на одного врача приходится примерно в два раза меньше пациентов, чем в США. Довольно долго улучшались и показатели более качественного характера: были практически ликвидированы многие инфекционные заболевания, значительно снизилась детская смертность, шел рост средней продолжительности жизни. По этим и некоторым другим показателям страна приблизилась к уровню наиболее развитых стран либо сравнялась с ним. Благодаря этому опыт советской организации здравоохранения привлекал и привлекает многих и на Западе, и особенно в развивающихся странах. [4, C. 131]

Сформировавшаяся в итоге система здравоохранения, остававшаяся относительно стабильной на протяжении многих десятилетий, была во многом беспрецедентной. Врач стал государственным служащим, деятельность которого регламентировалась множеством ведомственных инструкций и в значительной степени сводилась к составлению отчетности, отражавшей то, как он выполняет эти инструкции. По отношению к вышестоящей медицинской (и партийной) бюрократии он был почти бесправен; всякое проявление личной инициативы было опасным.

Что касается социальной роли пациента, то она характеризовалась парадоксальным сочетанием двух взаимоисключающих установок. С одной стороны, господствовавший и ранее во всем обществе, а не только в здравоохранении, патернализм еще более упрочился, вплоть до того, что и сам человек, и его окружение видели в здоровье некий вид государственной, а стало быть, ничейной собственности, которую можно безответственно транжирить. С другой стороны, однако, здоровье воспринималось и как высшая ценность, причем настолько высокая, что было бы просто неприлично подыскивать ей какой-либо материальный эквивалент. В ценностном плане этому соответствуют такие моральные категории, как «самоотверженность», «жертвенность» и т.п. – эти свойства необходимо проявлять тем, кто борется за сохранение здоровья, причем особо не претендуя на высокий уровень оплаты своего труда. Обе установки, между прочим, совпадали в том, что позволяли довольствоваться скромным финансированием здравоохранения, коль скоро обеспечивалось воспроизводство рабочей силы. [4, C. 131]

* 1. **Реабилитация медицинской этики**

В 1939 г. прославленный хирург-онколог *Н.Н. Петров* (1876-1964) публикует в журнале «Вестник хирургии» статью «Вопросы хирургической деонтологии», а в 1945 г. – небольшую книгу с таким же названием. Эти публикации стали по сути первыми шагами в *реабилитации медицинской этики.* Характерно, что Н.Н. Петров обосновывал использование термина «медицинская деонтология» тем, что понятие «врачебная этика» более узко – оно относится только к корпоративной морали, отражающей научно-карьерные и служебно-карьерные интересы врачей. Сейчас трудно сказать, то ли это была сознательная уловка, направленная на то, чтобы обойти идеологические табу, то ли такой выбор был вполне искренним; важно то, что проблематика медицинской этики, хотя бы и понятая лишь в аспекте долга врача, была легитимизирована. Показательно и то, что такую попытку предпринял врач, получивший подготовку и сформировавшийся как личность еще до 1917 г.

Широкое же обсуждение проблем деонтологии началось много позже, в середине и конце 60-х годов, в обстановке некоторой демократизации режима, когда стали появляться написанные на эту тему работы многих медиков и философов. Заметную роль сыграло проведение в 1969 г. в Москве первой Всесоюзной конференции по проблемам медицинской деонтологии. Вскоре после нее, в 1971 г., высшим государственным руководством был утвержден текст «Присяги врача Советского Союза». «Присягу» должны были принимать все выпускники медицинских институтов, приступающие к самостоятельной профессиональной деятельности. Текст «Присяги», впрочем, больше говорил об ответственности перед народом и советским государством, чем перед пациентом. [2 C. 38]

Одновременно с этим в учебные программы медицинских институтов было введено преподавание медицинской деонтологии. Однако единого курса деонтологии не было – деонтологическая тематика была рассеяна по курсам отдельных медицинских специальностей.

После 1971 г. поток деонтологической литературы резко усилился. Что же касается ее содержания, то оно, к сожалению, нередко сводилось к критике «антигуманной западной медицины», утверждениям о неоспоримом моральном превосходстве советской «бесплатной» медицины и советского бескорыстного врача, морализаторству и нравоучительным рассуждениям. Нередким было и обращение к конкретным ситуациям, например из личной практики автора; при этом, однако, старательно обходились действительно сложные ситуации, которые не допускают однозначного морального выбора. Помимо того, что эта литература хотя бы обозначала наличие морально-этических проблем в медицине, интересной ее чертой были все более усиливающиеся с течением времени апелляции к моральному авторитету русской дореволюционной медицины и стремление представить советскую медицину как прямое и непрерывное продолжение лучших традиций прошлого. [4, C. 133]

Оживление интереса к медицинской деонтологии совпало по времени с периодом, когда все более явственно стали обнаруживаться признаки кризиса в советской медицине.

Обращение к деонтологии, таким образом, в какой-то мере диктовалось стремлением мобилизовать игнорировавшийся прежде моральный фактор перед лицом нарастания кризисных явлений. Однако сама эта попытка, в той мере, в какой она апеллировала лишь к ценностям хотя бы и славного, но безвозвратно ушедшего прошлого, не могла быть успешной. Тем не менее следует отметить, что обсуждение проблем медицинской деонтологии стало у нас в стране одной из предпосылок возникновения и упрочения интереса к биоэтике.

**Заключение**

Подводя итоги можно сделать следующие выводы:

1. Своеобразие медицинской этики заключается в том, что в ней, все нормы, принципы и оценки ориентированы на здоровье человека, его улучшение и сохранение. Свое выражение эти нормы первоначально были закреплены в Клятве Гиппократа, которая стала отправной точкой для создания других профессионально-моральных медицинских кодексов.

Например, возникшая в 1947 г. Всемирная медицинская ассоциация начала свою деятельность с принятия "Женевской декларации" - современного варианта Клятвы Гиппократа. "Женевская декларация" не просто подтвердила основополагающую роль гуманистического идеала в медицине, но и стала морально этической гарантией независимости медицинской профессии от политических режимов и идеологического диктата.

Разработка и принятие Ассоциацией медицинских сестер России Этического кодекса медицинской сестры подтверждает общую историческую закономерность, являясь важным этапом реформы сестринского дела в России.

1. Принципы профессиональной этики провозглашались и поддерживались лучшими врачами прошлого. Из истории медицины известно, что еще в III веке до н.э. в сочинении индийского народного эпоса «Аюрведа» («Книга жизни») нашли отражение вопросы отношения врача к больному и взаимоотношений между врачами. Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенхейм (1493-1541) – выдающийся реформатор медицины, более известный как Парацельс. Он решительно высказался за возвращение хирургии в лоно медицины (в то время хирургов не считали врачами, а приравнивали к ремесленникам).

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.

Замечательный московский врач прошлого Ф. П. Гааз провозгласил, что медицина – царица наук, ибо здоровье необходимо для всего великого и прекрасного на свете. Ф. П. Гааз говорил о необходимости внимать нуждам людей, заботится о них, не боятся труда, помогая им советом и делом, словом, любить их, причем чаще проявлять эту любовь, тем сильнее она будет становиться. И недаром на его могиле высечены слова, которые он любил повторять при жизни: «Спешите делать добро».

2. В своем фундаментальном труде «К материалам о врачебной этике» А.Ф. Кони анализирует ряд вопросов медицинской деонтологии – нравственные обязанности врача по отношению к больному и его родственникам, «о возможностях ускорения смерти в случаях безнадежных» и др. Он 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».

С конца XIX века внимание медиков, юристов и философов привлекли моральные проблемы, связанные с пересадкой органов. В частности, обсуждался вопрос, имеет ли врач моральное право причинить физический ущерб здоровому человеку, чтобы излечить больного или облегчить его страдания. Эта проблема могла быть решена с учетом соотношения интересов донора и реципиента.

Моральный аспект пересадок органов и сегодня является одним из важнейших в медицинской деонтологии. [5, С. 40]

3. «Присяга врача Советского Союза» была создана в 1971 г., то есть на 23 года позднее «Женевской декларации». К тому же, в их содержании имеются значительные, принципиальные различия. Например, в советской врачебной Присяге совсем отсутствует морально-этическая оценка искусственного аборта.

Хотя все наши врачи в 70-80 гг. давали клятвенное обещание не разглашать конфиденциальную информацию о пациенте, на практике запись в листке нетрудоспособности названия заболевания была обязательной вплоть до 1993 г.

Иначе говоря, в течение долгих лет в профессиональной среде советских медиков официально насаждался этический нигилизм. Принятие «Этического кодекса медицинской сестры России» - это и покаяние, и надежда возвращения полного морально-этического здоровья нашим медикам».

4. Медицинская этика - взаимосвязанный набор воззрений на роль врача и больного, а также на сам процесс лечения. Роль врача заключается в оказании помощи; первичным здесь считается «принцип благодеяния» - так его стали называть специалисты в области медицинской этики. В своей работе врачи руководствуются постулатом «primum non nocere», изложенным еще в трудах Гиппократа, или блестящим афоризмом XV века «иногда излечивать; часто облегчать; всегда утешать». С древних времен врач считался человеком, выполняющим высоко моральное дело.

5. Медицинское знание и практика сегодня, так же как и в предшествующих эпохах, неразрывно связано с этическим знанием, которое в пространстве российской культуры, неотделимо от христианских традиций. Пренебречь, или исказить, сознательно или бессознательно, связь медицины, этики и религии — это значит неизбежно исказить сущность и назначение каждого из этих жизненно важных способов человеческого существования.

6. За последние годы медицинская этика в России начала подвергаться новым испытаниям в связи с коренным пересмотром деятельности системы здравоохранения, в основном направленным на снижение затрат. Страховые учреждения, озабоченные собственным финансовым благополучием, стали приветствовать и даже материально поощрять сокращение сроков госпитализации; различные прямые и непрямые стимулы, требования повысить пропускную способность стационаров оказывают сильное давление на врачей, которые традиционно должны действовать в интересах больного. Веру больного во врачей подрывает то, что взаимоотношения между ними все чаще строятся на сугубо экономической основе. Ставится под вопрос профессионализм врачей, т.е. их способность подходить к лечению больного индивидуально, действовать исключительно в его интересах наиболее компетентным, заслуживающим доверия и надежным образом. Если взглянуть на проблему шире, давление, оказываемое в настоящее время на систему здравоохранения, заставляет каждого из врачей вспомнить о традиционных ценностях медицинской этики и всячески отстаивать их. Рассуждая о нашей ответственности за благополучие самой медицины, мы должны помнить уроки истории, не только пристально всматриваться в прошлое, но и проверять самих себя, чтобы выявить все скрытые связи, завуалированные отголоски прошлого.

**Список использованной литературы**

1. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. - М.: Медицина, 1997. - 224 с.
2. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1999. - 248 с.
3. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.: Эдиториал УРСС, 1998. – 472 с.
4. Введение в биоэтику: Учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 384 с.
5. Горелова Л.Е., Молчанова С.И. Вклад выдающегося русского юриста А.Ф. Кони в развитие медицинской этики. Медицинская сестра // Медицина. - 1989. - №1. - С. 53.
6. Гусейнов А.А. Введение в этику. - М., 1985. - 208 с.
7. Деонтология в медицине. В 2-х томах / Под ред. Б.В. Петровского. - М.: Медицина, 1988. - Т. I. - 352 с.
8. Лисицын Ю.П., Изуткин A.M., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. - М.: Медицина, 1984. - 280 с.
9. Основы этических знаний / Под ред. профессора М.Н. Росенко. - М.: Лань, 1998. - 215 с.
10. http://www.nauka-shop.com/mod/shop/productID/25854/ ( Диссертация: «Психологическая деонтология» )