

16+

# ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Том 1, № 1  
2023

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



# ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Учредитель

федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## Главный редактор:

**Н. Н. СЕДОВА**

доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор,  
заслуженный деятель науки Российской Федерации,  
руководитель Высшей школы медицинской гуманитаристики  
Института общественного здоровья  
Волгоградского государственного медицинского университета

## Заместитель главного редактора:

**А. Д. ДОНИКА**

кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор,  
заведующая кафедрой философии, биоэтики и права  
с курсом социологии медицины  
Волгоградского государственного медицинского университета

## Ответственный секретарь:

**Ю. Г. ФАТЕЕВА**

кандидат филологических наук, доцент,  
заведующая кафедрой русского языка и социокультурной адаптации  
Волгоградского государственного медицинского университета

## Члены редколлегии:

**В. Л. Аджиенко**

доктор медицинских наук, профессор, Волгоград, Россия

**Н. Л. Вигель**

доктор философских наук, профессор, Ростов-на-Дону, Россия

**В. Н. Власова**

доктор философских наук, профессор, Ростов-на-Дону, Россия

**М. Э. Гурьева**

доктор медицинских наук, профессор, Казань, Россия

**О. И. Кубарь**

доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург, Россия

**В. И. Моисеев**

доктор философских наук, профессор, Москва, Россия

**А. А. Мохов**

доктор юридических наук, профессор, Москва, Россия

**Х. П. Тирас**

кандидат биологических наук, Пушкино, Московская область, Россия

**В. И. Харитонова**

кандидат филологических наук, доктор исторических наук, Москва, Россия

**Е. В. Чернышкова**

доктор социологических наук, профессор, Саратов, Россия

**В. В. Шкарин**

доктор медицинских наук, Волгоград, Россия

**Научный рецензируемый  
электронный журнал**

**Том 1, № 1 2023**

**Журнал выходит 2 раза в год**

Журнал зарегистрирован  
Федеральной службой по надзору  
в сфере связи, информационных технологий  
и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Регистрационный номер  
Эл № ФС77-84924 от 13 марта 2023 г.

Адрес редакции: 400066 Россия, Волгоград,  
площадь Павших борцов, 1, ВолгГМУ, к. 4-15.

E-mail: nanised18@gmail.com  
fatjg@mail.ru

Сайт журнала <https://www.volgmed.ru/>

Архив доступен на странице:  
<https://www.volgmed.ru/periodicheskie-izdaniya/gumanitarnye-problemy-meditsiny-i-zdravookhraneniya/>

Дата выхода в свет: 2 июня 2023 года  
Минимальные системные требования: Chrome,  
Firefox, Opera, Internet Explorer выше версии 9.0.  
Программа для просмотра файлов в формате PDF –  
Adobe Acrobat

Журнал сверстан в Издательстве ВолгГМУ:  
400006 Волгоград, ул. Дзержинского, 45.  
[izdatelstvo@volgmed.ru](mailto:izdatelstvo@volgmed.ru)

Компьютерная верстка *И. В. Казмировой*  
Оформление обложки *С. И. Помещикова*

Объем издания: 2,74 Мб.  
Уч.-изд. л. 5,71. Заказ № 165/2023.



Волгоград  
Издательство  
ВолгГМУ  
2023



# HUMANITARIAN PROBLEMS OF MEDICINE AND HEALTHCARE

## **Founder**

**State-Funded Federal Educational Institution  
of Higher Professional Training  
“Volgograd State Medical University”  
Ministry of Health of the Russian Federation**

**Scientific peer reviewed  
electronic journal**

## **Editor-in-chief:**

### ***N. Sedova***

Ph.D. in Philosophy, Ph.D. in Jurisprudence, Professor,  
Head of the Higher School of Medical Humanities  
Institute of Public Health  
Volgograd State Medical University

## Volume 1, № 1 2023

## **Deputy Editor-in-Chief:**

### ***A. Donika***

Cand. Sc. (Medicine), Ph.D. in Sociology, Professor,  
Head of the Department of Philosophy, Bioethics and Law  
with a course in Sociology of Medicine  
Volgograd State Medical University

**The journal is published 2 times a year**

## **Executive Secretary:**

### ***Yu. Fateeva***

Cand. Sc. (Philology), Associate Professor,  
Head of the Department for Russian Language  
and Socio-Cultural Adaptation  
Volgograd State Medical University

The journal is registered  
by Federal Service for Supervision  
of Communications, Information Technology  
and Mass Communications (Roskomnadzor).  
Registration number  
E-No. FS77-84924 dated March 13, 2023

## **Members of the Editorial Board:**

### ***V. Adzhienko***

Ph.D. in Medicine, Professor, Volgograd, Russia

### ***N. Vigel***

Ph.D. in Philosophy, Professor, Rostov-on-Don, Russia

### ***V. Vlasova***

Ph.D. in Philosophy, Professor, Rostov-on-Don, Russia

### ***M. Guryleva***

Ph.D. in Medicine, Professor, Kazan, Russia

### ***O. Kubar***

Ph.D. in Medicine, Professor, Saint-Petersburg, Russia

### ***V. Moiseev***

Ph.D. in Philosophy, Professor, Moscow, Russia

### ***A. Mokhov***

Ph.D. in Jurisprudence, Professor, Moscow, Russia

### ***H. Tiras***

Cand. Sc. (Biology), Pushchino, Moscow region, Russia

### ***V. Kharitonova***

Cand. Sc. (Philology), Ph.D. in History, Moscow, Russia

### ***E. Chernyshkova***

Ph.D. in Sociology, Professor, Saratov, Russia

### ***V. Shkarin***

Ph.D. in Medicine, Volgograd, Russia

Editorial office address: 400066 Russia, Volgograd,  
Fallen Fighters Square, 1. VolgSMU, office 4-15.

E-mail: [nanised18@gmail.com](mailto:nanised18@gmail.com)  
[addonika@yandex.ru](mailto:addonika@yandex.ru)

Our website: <https://www.volgmed.ru/>

The archive is available:

<https://www.volgmed.ru/periodicheskie-izdaniya/gumanitarnye-problemy-medsiny-i-zdravookhraneniya/>



Volgograd  
VolgSMU  
Publishing house  
2023

# СОДЕРЖАНИЕ

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	
<b>НОВЫЙ ЭТАП В МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКЕ</b> .....	5
ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО	
<b>ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЯМ ЖУРНАЛА</b> <b>«ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»</b> .....	9
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКИ	
<b>МЕДИЦИНА И ФИЛОСОФИЯ: ЛЮБОВЬ БЕЗ БРАКА</b> <i>Владимир Иванович Петров, Наталья Николаевна Седова</i> .....	11
ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В МЕДИЦИНЕ	
<b>МЕДИЦИНСКИЙ ТРИАЖ, ОБЩАЯ МОРАЛЬ И ПРОБЛЕМА</b> <b>РЕФЛЕКСИВНОГО РАВНОВЕСИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ</b> <i>Кирилл Алексеевич Петров</i> .....	21
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	
<b>ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ:</b> <b>МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ПУЛЬМОНОЛОГОВ ВОЛГОГРАДА</b> <i>Виктория Денисовна Заклякова, Ольга Николаевна Родионова</i> .....	29
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	
<b>ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКЕ</b> <b>ОПЫТНЫХ И МОЛОДЫХ СТОМАТОЛОГОВ-ХИРУРГОВ</b> <i>Сергей Владимирович Дронов, Елена Николаевна Ярыгина, Ольга Юрьевна Афанасьева</i> .....	34
СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
<b>ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ПРОФЕССИОГЕНЕЗ:</b> <b>ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ МЕДИЦИНЫ</b> <i>Алена Димитриевна Доника</i> .....	40
СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТАФОРЫ В НАУЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ТЕКСТЕ</b> <b>(НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТОВ Н. М. АМОСОВА)</b> <i>Наталья Владимировна Ефремова, Екатерина Александровна Чигринова</i> .....	48
СОБЫТИЯ	
<b>РЕЗОЛЮЦИЯ</b> <b>Круглого тола «Медицина и гуманитарные науки:</b> <b>от редукционизма к холизму», 3 июля 2022 г., Москва</b> .....	55
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	
<b>ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ</b> .....	58

# CONTENTS

<i>THEORETICAL ISSUES OF MEDICAL HUMANITIES</i> <b>MEDICINE AND PHILOSOPHY: LOVE WITHOUT MARRIAGE</b> <i>Vladimir I. Petrov, Natalia N. Sedova</i> .....	11
<i>HUMANITARIAN EXPERTISE IN MEDICINE</i> <b>MEDICAL TRIAGE, COMMON MORALITY AND THE PROBLEM OF REFLEXIVE EQUILIBRIUM DURING A PANDEMIC</b> <i>Kirill A. Petrov</i> .....	21
<i>PUBLIC HEALTH IN THE PROBLEMATIC FIELD OF SOCIAL DIAGNOSTICS</i> <b>INTRODUCTION OF CLINICAL RECOMMENDATIONS: OPINION OF PULMONOLOGISTS OF VOLGOGRAD</b> <i>Victoria D. Zaklyakova, Olga N. Rodionova</i> .....	29
<i>PUBLIC HEALTH IN THE PROBLEMATIC FIELD OF SOCIAL DIAGNOSTICS</i> <b>ATTITUDE TO MEDICAL ERRORS OF EXPERIENCED AND YOUNG DENTAL SURGEONS</b> <i>Sergei V. Dronov, Elena N. Yarygina, Olga Yu. Afanasieva</i> .....	34
<i>SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND HEALTHCARE</i> <b>PROLONGED PROFESSIOGENESIS: POSTCOVID MEDICINE SYNDROME</b> <i>Alena D. Donika</i> .....	40
<i>SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND HEALTHCARE</i> <b>THE USE OF METAPHOR IN SCIENTIFIC MEDICAL TEXT (BASED ON MEDICAL TEXTS OF N. M. AMOSOV)</b> <i>Nataliya V. Efremova, Ekaterina A. Chigrinova</i> .....	48

## НОВЫЙ ЭТАП В МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКЕ

*Дорогие друзья, коллеги, единомышленники!*

Сегодня Вы открываете первый номер нового научного журнала «Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения». Тематика журнала предполагает систематизацию достижений гуманитарных наук в интеллектуальном сопровождении главных трендов современной медицины и отечественного здравоохранения. Некоторые вопросы данной тематики периодически поднимаются на страницах, в основном, гуманитарных научных изданий, хотя и в медицинской литературе можно встретить сюжеты из области биоэтики, медицинского права и, особенно, истории медицины. Однако все богатство гуманитарного знания до сих пор не нашло должного применения в медицине и здравоохранении. В то же время активное внедрение новых биотехнологий, провоцирующее и новые риски, встреча человека с неизвестными ранее или им же созданными биоугрозами, типа COVID-19, антигуманная геополитика, игнорирующая общечеловеческие принципы охраны здоровья, и многое другое делают неэффективными усилия медицины без поддержки гуманитарного знания и ориентации на гуманистические ценности. Но пока гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения рассматриваются дискретно. Пул специалистов в области медицинской гуманитаристики с каждым годом расширяется, и сейчас мы готовы выступить уже как

коллектив единомышленников. Именно поэтому Высшая школа медицинской гуманитаристики Волгоградского государственного медицинского университета выступила с инициативой создания нового научного рецензируемого электронного журнала «Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения». Выпуск такого издания позволит более активно развивать медицинскую гуманитаристику, обмениваться опытом преподавания социогуманитарных дисциплин, обсуждать креативные проекты по гуманитарной поддержке мероприятий в сфере общественного здоровья. Надеемся на Ваше участие в работе журнала!

Целью издания является развитие медицинской гуманитаристики в России как научного сопровождения внедрения новых достижений в области теоретической и практической медицины, социогуманитарной координации мероприятий в области охраны здоровья. Это, в свою очередь, предполагает решение следующих задач: представление результатов фундаментальных и прикладных исследований в области медицинской гуманитаристики; гуманитарная экспертиза достижений биомедицины, социальная диагностика функционирования национальной и региональных систем здравоохранения. Журнал адресован медицинским работникам и пациентам, слушателям и преподавателям системы НМО, организаторам здравоохранения, исследователям, работающим

в области медико-биологических и гуманитарных наук, преподавателям социогуманитарных дисциплин медицинских вузов и СПО, студентам, представителям СМИ и всем, кому небезразлична судьба медицины в меняющемся обществе.

Мы пригласили в редакционную коллегию журнала ведущих специалистов, известных ученых в области медицинской гуманитаристики и очень благодарны за их согласие работать в редколлегии журнала.

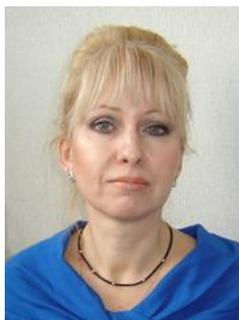
### **Знакомьтесь – наша команда!**



#### **ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

##### **СЕДОВА Наталья Николаевна**

доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, руководитель Высшей школы медицинской гуманитаристики Института общественного здоровья Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ)



#### **ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

##### **ДОНИКА Алена Дмитриевна**

кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор, заведующая кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ)



#### **ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ**

##### **ФАТЕЕВА Юлия Геннадьевна**

кандидат филологических наук, доцент, заведующая кафедрой русского языка и социокультурной адаптации Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ)

### **РЕДКОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА:**



##### **АДЖИЕНКО Всеволод Леонидович**

доктор медицинских наук, профессор, директор Института общественного здоровья Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ)

**ВИГЕЛЬ Нарине Липаритовна**

доктор философских наук, профессор,  
заведующая кафедрой философии  
Ростовского государственного медицинского университета  
(РостГМУ)

**ВЛАСОВА Виктория Николаевна**

доктор философских наук, профессор,  
заведующая кафедрой педагогики  
Ростовского государственного медицинского университета  
(РостГМУ)

**ГУРЫЛЕВА Марина Элисовна**

доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры биомедицинской этики,  
медицинского права и истории медицины  
Казанского государственного медицинского университета  
(КГМУ)

**КУБАРЬ Ольга Иосифовна**

доктор медицинских наук, профессор,  
ведущий научный сотрудник лаборатории этиологии  
и контроля вирусных инфекций  
Санкт-Петербургского научно-исследовательского института  
эпидемиологии и микробиологии имени Пастера  
(СПб НИИЭМ им. Пастера)

**МОИСЕЕВ Вячеслав Иванович**

доктор философских наук, профессор,  
заведующий кафедрой философии Московского государственного  
медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова  
(МГСМУ),  
председатель Координационного совета по совершенствованию  
гуманитарного образования в медицинских вузах России

**МОХОВ Александр Анатольевич**

доктор юридических наук, профессор,  
заведующий кафедрой медицинского права  
Московской государственной юридической академии  
имени О. Е. Кутафина  
(МГЮА)



**ТИРАС Харлампий Пантелеевич**

кандидат биологических наук,  
заведующий кафедрой естественно-научных дисциплин  
Пущинского государственного естественно-научного института  
(ПущГЕНИ)



**ХАРИТОНОВА Валентина Ивановна**

кандидат филологических наук, доктор исторических наук,  
заведующая Центром медицинской антропологии Института  
этнологии и антропологии имени Н. Н. Миклухо-Маклая РАН  
(ИЭА РАН),  
президент Ассоциации медицинских антропологов



**ЧЕРНЫШКОВА Елена Вячеславовна**

доктор социологических наук, профессор,  
заведующая кафедрой иностранных языков  
Саратовского государственного медицинского  
университета имени В. И. Разумовского  
(СГМУ)



**ШКАРИН Владимир Вячеславович**

доктор медицинских наук,  
ректор Волгоградского государственного медицинского университета  
(ВолгГМУ),  
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения  
Института непрерывного медицинского  
и фармацевтического образования ВолгГМУ

***Надеемся на Ваше участие в работе журнала!***

**Седова Наталья Николаевна,**  
главный редактор научного электронного журнала  
«Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения»

## ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЯМ ЖУРНАЛА «ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

*Уважаемые читатели, начинается свой путь новый журнал  
«Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения».*

*Какие задачи стоят перед ним?*

*Что хотелось бы пожелать этому изданию?*

Центральная тема журнала – гуманитарное начало в медицине. Наверное, никто не будет спорить, что настоящий врач складывается из двух составляющих – профессиональных и личностных. Хороший работник, но без совести, не может быть настоящим врачом. И наоборот, совестливый заботливый человек, не владеющий мастерством профессии, также не врач. Только единство того и другого может дать высокий уровень врачебного искусства. Никто не спорит о профессиональной составляющей медицинского образования, необходимости обеспечения ее высокого уровня (хотя и здесь сегодня не без проблем, и об этом также должна идти речь на страницах журнала). Но, к сожалению, все более в последнее время потесняется роль гуманитарного начала и образования в медицинской профессии. Это мы видим на примере печальных фактов сокращения часов и ставок по гуманитарным дисциплинам в медицинских вузах, замены экзаменов на зачеты, проведения последних в формальном тестовом виде и т.д. Доля и роль гуманитарного образования в медвузах России неуклонно сокращается, и сегодня мы можем говорить о тревожной

тенденции *дегуманизации* медицинского образования. Важнейшая задача журнала в связи с этим – поднять эту тему, громко озвучить ее, донести до органов власти и предложить ряд мероприятий, направленных на спасение и дальнейшее развитие гуманитарного начала в современной отечественной медицине.

Но под этой текущей организационно-информационной задачей лежит и более глубокий пласт проблем медицинского образования и профессии. Это царящая в современной медицине философия *редукционизма*, согласно которой любое целое может быть разложено на свои элементы, в частности, живой организм может быть полностью объяснен на уровне только атомов и молекул. Несомненно, достижения молекулярной биологии огромны и навсегда войдут в копилку человеческих знаний, с этим никто не спорит. Но сегодня современные биологи и медики охвачены своего рода «головокружением от успехов» в этой области, и мы (гуманитарии) должны им настойчиво напоминать, что есть еще другая важная философская система – система *холизма*, согласно которой целое не может быть полностью сведено к своим элементам,

и существует собственно качество целого, которое должно познаваться и выражаться как таковое, координируясь со свойствами элементов. Более того, такими качествами являются качества жизни, сознания и разума, и их нельзя полностью свести к движению атомов и молекул. Именно потому, что в современной биомедицине практически безраздельно господствует редукционизм, а гуманитарные дисциплины все насквозь холистичны, потому, опираясь на целостные представления о человеке и обществе, мы получаем своего рода мировоззренческий раскол между фундаментальным медицинским образованием и гуманитарным знанием. Это более глубокая причина скептического отношения как самих медиков, так и студентов медвузов к статусу и роли гуманитарных дисциплин в медицинском образовании.

Отсюда, как представляется, важнейшая задача нового журнала – освещение темы мировоззренческих оснований современного биомедицинского знания, их соотношения с таковыми гуманитарных наук и поиски путей преодоления существующего мировоззренческого раскола, создания нового типа интегрального мировоззрения, своего рода синтеза холизма и редукционизма («холоредукционизма»), который в итоге должен привести и к новым образам как самой медицины, так и гуманитарного начала в нем.

Верю, нам такая задача по плечу и журнал сыграет важную роль в ее решении.

Пожелаем же новому изданию успеха и удачи в решении важных проблем медико-гуманитарного образования, а мы все будем помогать ему в этом деле по мере наших сил.

**Моисеев Вячеслав Иванович,**  
председатель Координационного совета  
по совершенствованию гуманитарного образования  
в медицинских вузах России

УДК 61+101

## МЕДИЦИНА И ФИЛОСОФИЯ: ЛЮБОВЬ БЕЗ БРАКА

**Владимир Иванович Петров**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
brain@sprintnet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8580-933X>

**Наталья Николаевна Седова**✉

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия  
nns18@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-6775-0787>

**Аннотация.** Особое внимание, которое в последние годы стало уделяться в обществе развитию медицины, объясняется рядом факторов. Это и возросшие благодаря внедрению новых биотехнологий возможности самой медицины, и возросшая ее востребованность в обществе в результате пандемии COVID-19. Это и социальная роль военных медиков, актуализировавшаяся в условиях специальной военной операции. Совершенно разные факторы, но их объединяет одно – надежда людей на помощь медицины, причем, помощь гуманитарную в широком смысле слова. Ассоциация медицины и добра в общественном сознании приобрела необратимый характер. Естественно, попытки концептуализации медицины приобрели аксиологический смысл. А это уже требует понимания того, что в ней происходит, чего ждать и на что надеяться, в категориях философии. Каждый проект целостной концепции медицины содержал тенденцию к обобщениям высшего уровня, но ни один из них до сих пор не выдержал испытания практикой. Союз философии и медицины существует, но пока не существует его теоретического базиса в виде философии медицины. Почему? Ответ на этот вопрос искали авторы статьи в своем диалоге. Диалог этот происходил в переписке в период самоизоляции и работы в дистанте в 2020–2022 гг., но в нем присутствуют обращения к фрагментам публикаций и публичных выступлений дискуссионщиков.

**Ключевые слова:** философия, качество жизни, доказательная медицина, персонализированная медицина, трансляционная медицина, 4П-медицина, фундаментальная наука, клиническая фармакология, гуманитарная экспертиза

## THEORETICAL ISSUES OF MEDICAL HUMANITIES

## MEDICINE AND PHILOSOPHY: LOVE WITHOUT MARRIAGE

**Vladimir I. Petrov**

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
brain@sprintnet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8580-933X>

**Natalia N. Sedova**✉

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia  
nns18@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-6775-0787>

**Abstract.** The special attention that has been paid in recent years to the development of medicine in society is explained by a number of factors. These are the increased capabilities of medicine itself, thanks to the introduction of new biotechnologies, and its increased demand in society as a result of the pandemic COVID-19. This is also the social role of military doctors, actualized in the conditions of a special military operation.

© Петров В. И., Седова Н. Н., 2023

Completely different factors, but they are united by one thing – people's hope for medical help, and humanitarian aid in the broad sense of the word. The association of medicine and goodness in the public consciousness has acquired an irreversible character. Naturally, attempts to conceptualize medicine have acquired an axiological meaning. And this already requires an understanding of what is happening in it, what to expect and what to hope for, in terms of philosophy. Each project of the holistic concept of medicine contained a tendency to generalizations of the highest level, but none of them has yet stood the test of practice. The union of philosophy and medicine exists, but so far there is no theoretical basis for it in the form of the philosophy of medicine. Why? The authors of the article were looking for an answer to this question in their dialogue. This dialogue took place by correspondence during the period of self-isolation and work at a distance in 2020–2022, but it contains references to fragments of publications and public speeches of debaters.

**Keywords:** philosophy, quality of life, evidence-based medicine, personalized medicine, translational medicine, 4P-medicine, fundamental science, clinical pharmacology, humanitarian expertise

*Врач-философ подобен Богу.  
Гиппократ*

## ВСТУПЛЕНИЕ

Целостной концепции в философии медицины не существует. Да и вопрос о существовании самой философии медицины пока является спорным. Доказательство тому – активизация попыток разработки единой теоретической базы медицины. Они стали предприниматься все чаще, каждая встречает сначала недоверие, потом принятие, а затем приобретает фрагментарный характер и перестает быть собственно концепцией. Применение холистического подхода к процессу концептуализации медицины встречает сопротивление медицинского сообщества, отказ от него вызывает критику представителей медицинской гуманитаристики [1]. Первопричиной, вероятно, является бинарный характер

медицины, совмещающей в себе и теорию, и практику. При этом прикладные исследования занимают ведущие позиции в медицинских науках, тогда как фундаментальные менее востребованы. А именно фундаментальная наука способна осуществить синтез прикладного и философского знания. Более того философская праксеология могла бы стать системообразующим фактором соединения науки и практики медицины. Но даже философская аксеология пока не стала таким, хотя и медицинское знание, и медицинская деятельность ценностно ориентированы.

Как соединить медицину и философию и нужно ли это делать? Вот тема нашего диалога.

## КОНЦЕПЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, АССОЦИИРОВАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ

**Седова Н. Н.** Попытки создания целостной концепции медицины есть. Причем все они включают фармакологическую составляющую. Возьмем, к примеру, концепцию качества жизни, ассоциированного со здоровьем (КЖ), которая была популярна в конце прошлого – начале этого века. Мы с вами тоже отдали дань разработке этой концепции. Даже сформулировали удачную, на мой взгляд, дефиницию этого понятия: «Качество жизни есть адекватность психосоматического

состояния индивида его социальному статусу» [2]. В этой дефиниции учитывались все параметры личности пациента: биологический (физиологический), психический и социальный. На этой основе можно было организовать оптимальную фармакотерапию. Тем более, что в настоящее время имеются отличные методики (в том числе цифровые) снятия показателей КЖ, сценарии их интерпретации, что позволяет лечить именно человека, а не болезнь. Концепция качества жизни – это действительно

научное достижение, но оно не востребовано. В научных целях методику применяют, а в практических – нет, поскольку метод затратный очень, и по времени, и по финансам. Кроме того, далеко не все врачи владеют методикой снятия показаний КЖ и, главное,

навыками их интерпретации. У них есть более простые и привычные способы получения необходимых данных. И пусть эти данные минимальны, неточны, не носят комплексный характер, зато их получение привычно и не отнимает много сил и времени.

## КОНЦЕПЦИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Петров В. И.** Согласен. Концепция качества жизни, ассоциированного со здоровьем, носит комплексный и, я бы сказал, философский характер. Даже оценивая научные работы по данной тематике, можно сказать, что они интегрируют и медицинское, и гуманитарное знание [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Но не согласен с тем, что эти методики не применяются. В клинической фармакологии такая практика есть. Более того, концепция качества жизни имеет безусловное значение в развитии доказательной медицины (ДМ), которая сама отличается определенным философским содержанием.

Дело в том, что какой бы ни был уровень оказания помощи, условия, и т.д., ориентироваться мы должны на достижение максимально благоприятного исхода из всех возможных. Существует концепция исходов ЕСНО [10], в которой возможные исходы классифицированы и описаны. Там выделяют экономические (все затраты на проводимое вмешательство), клинические (региструемые изменения, которые свидетельствуют об эффективности лечения) и гуманистические. Последние и представляют собой субъективно оцениваемые самим пациентом влияния проведенного лечения на его *качество жизни*, которое может измеряться по нескольким критериям (увеличение физической активности; уменьшение боли и страданий; освобождение от роли больного, улучшение самочувствия и т.д.).

Например, у пациентки протяженная доброкачественная интрамедуллярная опухоль шейно-грудного отдела спинного мозга с давним анамнезом и весьма умеренными выпадениями, мешающими, но не препятствующими полноценной трудовой и семейной деятельности. Диагноз доказан и магнитно-резонансными томограммами. На первый

взгляд, надо оперировать, и чем раньше, тем лучше. Неужели ждать, когда больная перестанет ходить? Но качество жизни после даже удачной операции, исходя из особенностей распространения опухоли, скорее всего, ухудшится, так как в этом случае даже электрофизиологически контролируемая хирургия чревата угрозой парезов конечностей. Резко ускорить то, что может наступить через годы? Не правильней ли наблюдать, сохраняя удовлетворяющее пациентку качество жизни?

Таким образом, методология качества жизни непосредственно связана с доказательной медициной. В медицине вообще, а в клинической фармакологии особенно, наиболее ценным является взвешенный, объективный подход к решению той или иной задачи. Поэтому надо не впадать в крайности: у доказательной медицины много сторонников, но не меньше критиков. Беда в том, что часто причиной таких крайностей становятся не интересы пациентов, а материальные соображения или просто самореклама.

В основе принятия клинического решения, основанного на доказательствах, должна лежать интеграция результатов лучших исследований с клиническим опытом врача и особенностями конкретного пациента. Доказательная медицина никогда не будет ориентиром для врача, если он не обладает теоретическими знаниями, если он руководствуется только установленным алгоритмом. Эпоха доказательной медицины как раз связана с развитием творческого подхода к лечению. Доказательная медицина не бросила вызов клиническому мышлению как таковому, а лишь повысила планку врачебного мастерства, к которой необходимо стремиться [11].

**Седова Н. Н.** Для меня доказательная медицина – это нечто противоположное

философии. Философская теория доказательства имеет четкие положения, в которых представлена структура доказательства (аргументы – демонстрация – тезис), анализ ошибок в доказательствах, логика построения доказательства и т. д. [12, 13]. Ничего из этого в системе доказательной медицины не присутствует. Есть положения, подтвержденные на практике. Но принимается даже ссылка на авторитет как доказательство, хотя, согласно теории доказательства, это логическая ошибка. Вообще же понятие «доказательная медицина» носит истинностно-ценностный характер. Сошлюсь на обоснование, представленное в одной из моих работ [14].

Первое. В англоязычном оригинале то, что мы называем доказательной медициной, представлено как «evidence based medicine», то есть, «медицина, основанная на доказательствах». Обращаю внимание, что использовано слово «evidence», одним из вариантов перевода которого является термин «очевидность». И сразу возникает двусмысленность, потому что есть существенная разница между доказанным и очевидным. Во втором случае речь может идти о субъективной оценке – кому-то очевидно, а кому-то нет. И получается, что процесс доказательства включает не только знания, но и оценки!

А у них уже совсем другая природа, и операции с ними подчиняются иной логике, что прекрасно показано в работах А. А. Ивина, на которые я ссылалась выше.

И здесь обнаруживается бинарный характер ДМ (комплементарность знаний и оценок). А это, в свою очередь, делает проблематичным универсальный характер ее применения в практической медицине. Другими словами, чтобы внедрить полученные знания в практику, мы должны оценить их универсальность. Получается последовательность: субъект А в результате проведенных КИ получает доказательства эффективности определенного препарата – субъекты АБ разрабатывают на этой основе рекомендации по применению этого препарата – субъект Б оформляет эти рекомендации как нормативные акты – субъект В начинает использовать данный препарат, *доверяя* этим рекомендациям (т.е. оценивая их как истинные). Но рекомендации – это не доказательства, хотя они фиксируют факты, которые, как известно, являются единственным неопровержимым доказательством. Все это ставит слишком много вопросов, на которые можно найти ответы, только выйдя за рамки клинической фармакологии и даже медицины в целом.

## КОНЦЕПЦИЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

**Петров В. И.** Возможно, вы правы в том, что обращение к общенаучной теории доказательства может помочь в преодолении ряда трудностей доказательной медицины, о которых я говорил еще в своей актовой лекции, на которую ссылался выше. С тех пор в ДМ мало что изменилось, кроме количества рекомендаций, конечно. Но кто должен этим заниматься? Кто должен разрабатывать методологию ДМ? Ученые-медики этим занимаются, но они не могут выйти за рамки медицины. А философы не являются специалистами в области медицины. Есть исключения, начиная с Гиппократов, но их можно по пальцам пересчитать. Безусловно, должны быть профессионалы-медики, которые работали бы

в области медицинской гуманитаристики. Опыт есть, но в медицинском праве и био-медицинской этике. А вот методологические вопросы медицины пока не нашли своих исследователей. Необходимость же в философской оценке современных достижений резко возросла в связи с распространением 4П-медицины (персонализированной, предикативной, превентивной и партисипативной). Чаще всего ее называют просто персонализированной. Такое название весьма привлекательно для исследователей-гуманитариев, ведь даже в истории философии есть целое направление – персонализм. Но никаких аналогий с ним у персонализированной медицины нет. В то же время, интерес философов к концепции

4П-медицины несомненен [15, 16, 17, 18]. В 2018 году, если не ошибаюсь, в Институте философии РАН была защищена кандидатская диссертация С. Ю. Шевченко «Персонализация в медицине: философско-методологический анализ», выполненная под руководством нашего известного ученого П. Д. Тищенко. Кстати, у Павла Дмитриевича есть статья с характерным названием «Персонализованная медицина как феномен общества потребления (к вопросу о смысле персонализации)» (в журнале «Знание. Понимание. Умение». 2017. № 2. С. 29–42). Уже по этому названию можно предположить, что отношение у философов к персонализированной медицине настроенное.

Но на самом деле, можно проследить философские основания построения концепции 4П-медицины. Действительно, персонализированная медицина – это мультидисциплинарный подход к ведению пациентов, призванный не только усовершенствовать терапевтические возможности, но и помочь диагностировать заболевания на самых ранних стадиях, когда процент вероятности благоприятного исхода при адекватно выбранном лечении значительно выше. Я уже отмечал, что сочетание элементов здесь логически непротиворечиво:

- оценка рисков: скрининговое тестирование для определения предрасположенности к тому или иному заболеванию;

- превентивные меры: модификация внешних условий (привычек, образа жизни, получаемой терапии) для предотвращения либо замедление наступления заболевания;

- детекция: ранняя детекция ведущих к развитию заболеваний нарушений на молекулярном уровне;

- диагностика: постановка диагноза на основании исследования высокоспецифичных биомаркеров;

- лечение: повышение числа благоприятных исходов за счет таргетного подхода к выбору терапии и снижение числа побочных реакций;

- мониторинг: активный мониторинг течения заболевания и фармакотерапевтического ответа на лечение [19].

Подобный подход можно применить к медицине в целом. И тогда можно говорить о концептуализации ее теоретической базы.

**Седова Н. Н.** Концептуализация – да, но пока это достаточно далеко от разработки общей методологии, от философского уровня осмысления сущности и роли медицины. Детерминанты возникновения персонализированной медицины как особого направления локализуются в области, которую можно кратко назвать «Человек – Лекарство». В социальном контексте в эту систему напрашивается третий компонент, тогда она выглядела бы так: «Человек – Лекарство – Фармбизнес». Действительно, в основе персонализированной медицины лежат фармакогенетические исследования. Но конечная цель этих исследований – повысить терапевтический эффект для каждого конкретного пациента. Казалось бы, сугубо научная задача, решение которой принесет благо пациентам. Но «на выходе» для них – покупка определенных препаратов, которые, в силу ограниченности контингента потребителей, имеют достаточно высокую стоимость. Так, может быть, есть еще одна цель – получение прибыли фармкомпаниями?

**Петров В. И.** Действительно, вопрос о влиянии фармкомпаний на развитие медицины весьма болезненный. Но я бы не стал считать их деятельность какой-то преградой на пути становления философии медицины. Связь тут слишком опосредованная, а методологические проблемы становятся очевидными не в результате активности фармбизнеса, а тогда, когда предпринимается попытка сформировать философскую концепцию персонализированной медицины. Не говоря уже о том, что понятийный аппарат данной области медицины пока до конца не сформирован, сама идея персонализации понимается медиками, как уже отмечалось, на фармакогенетическом уровне, а философами – на личностном. Это значит, что простое упоминание о влиянии фенотипа на соматические

характеристики всех уровней явно не достаточно, а дальше этого медики пока не идут. И не должны. Такие вопросы, как теории личности, субъективности, телесности – это предмет интереса философии, а не медицины. С позиций клинической фармакологии они представляются оторванными от их практических задач. Наверное, конкретную модель связи фенотипа и генотипа надо разрабатывать в рамках философии.

**Седова Н. Н.** Действительно, решить эту задачу без концепции био-пространства, био-времени нельзя. В свою очередь, онтологические темы биофилософии являются результатом исследований в философской онтологии как таковой. В отношении той же персонализированной медицины недавно Минздравом России была разработана «Концепция предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» [20].

В ней, несомненно, предпринята попытка методологического осмысления феномена персонализированной медицины, но обобщения носят частный характер, а системообразующим фактором всей концепции выступают знания о биомаркерах. Все это сводит попытку концептуализации к реальности конкретизации и закрывает доступ к каким-либо философским обобщениям. Перейти к ним можно было бы, если допустить в качестве предикторов индивидуализации не только биомаркеры, но и психомаркеры, социомаркеры. Но данные понятия чужды медицине, равно как и философии, для которой их категориальный статус сомнителен в силу ограниченности применения.

**Петров В. И.** Кстати, в отношении биомаркеров существует серьезная проблема. Чтобы ее оценить, необходимо вспомнить историю персонализированной медицины. Примерно с 1980 по 1990 гг. шло изучение связи полиморфизма генов ферментов-метаболизма ЛС с ответом на терапию. С 1990 по 2000 гг. – разработка препаратов для таргетной терапии и внедрение персонализации терапии пациентов на основании фармакогеномных биомаркеров. С ней были связаны очень большие ожидания.

В 2000–2010 гг. была начата работа по объединению различных научных платформ (геномных и постгеномных) для поиска биомаркеров заболеваний и подходов к их лечению. Обнаружение новых биомаркеров является одним из ключевых составляющих прогресса персонализированной медицины. Однако в последнее время отчетливо проявилась тенденция снижения количества биомаркеров. Дело в том, что от момента идентификации до момента внедрения в медицинскую практику, проходит несколько этапов отбора биомаркеров, среди них много таких, которые не могут стать конечными суррогатными точками. Но и это еще не все. Необходимо установить корреляцию между влиянием терапевтического вмешательства на:

а) биомаркеры и

б) суррогатные конечные точки, а она весьма редко встречается.

Сейчас ясно одно: поиск новых биомаркеров будет эффективен только, если приобретет крупномасштабный популяционный характер. Ведь терапевтический ответ зависит от множества факторов, зачастую не связанных с генетическими особенностями. Преобладание той или иной группы факторов варибельности ответа на терапию определяет необходимость персонализации фармакотерапии на уровне не только генотипа, но и фенотипа. Иными словами, генетика не способна дать исчерпывающий прогноз относительно особенностей пациента, способных оказать влияние на фармакологический ответ. Вероятно, в предложении выделять социомаркеры и психомаркеры есть смысл. Но в основе все равно лежит сбор клинических образцов и формирование биобанков, создание которых является ключевым для накопления биомедицинских данных о наличии клинически значимой связи между тем или иным биомаркером и риском развития заболевания. Развитие этого направления персонализированной медицины, получающее все больше распространение в развитых странах, сопряжено с очевидными биоэтическими вопросами, о которых часто и много

пишут, не буду повторяться. Скажу только, что решение биоэтических вопросов неизбежно приводит нас к их философским истокам. И поэтому пока я вижу, что:

а) для успешного тренда персонализированной медицины к персонализированному здравоохранению необходима

методологическая опора, которой может стать философия медицины;

б) современный философский подход к проблемам клинической фармакологии носит дифференцированный характер и существует как «ответ на раздражитель», но не как прогностическая модель.

## МОДЕЛЬ ТРАНСЛЯЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

**Седова Н. Н.** Что же делать? Очевидно, что медикам и философам надо договариваться. Основой для их диалога в данном случае является аксиологический инвариант гипотез (до теории пока не дошли) персонализированной медицины. Это значит, что диалог возможен по поводу того предмета – индивидуального здоровья, который представляет ценность для тех и для других. Знания об этом предмете и установки на работу с ним у медиков и философов разные, но ценность его абсолютна для обеих сторон. Ежегодно в Институте философии РАН проходит научная конференция «Философские вопросы биологии и медицины», выполняются работы по грантам, основным из которых можно считать Грант РНФ «Гуманитарный анализ биотехнологических проектов «улучшения» человека» (РНФ, № 15-18-357), выполненный под руководством члена-корреспондента РАН Бориса Григорьевича Юдина. Что предлагают специалисты в области философии? Они определяют персонализированную медицину как технонауку, которая требует для своего позитивного развития проведения соответствующей гуманитарной экспертизы. Что это такое, прекрасно показал в своих работах Б. Г. Юдин [21, 22]. Но вопрос о философских критериях такой экспертизы пока обсуждается [23, 24, 25]. А каков вклад медиков в решение проблемы? Он заключается, в основном, в признании необходимости перехода от персонализированной медицины к персонализированному здравоохранению, что предполагает интеграцию фундаментальных научных разработок и клинического их применения. Дело в том,

что непосредственную связь 4П-медицины и философии обнаружить вряд ли удастся. Должно быть какое-то промежуточное звено, которое имело бы более выраженное философское содержание, чем гуманитарная интерпретация «омиксных» технологий. В последнее время в качестве такого медико-философского контента все чаще рассматривается модель трансляционной медицины [26]. По крайней мере, на ее основе можно реализовать программу перехода от персонализированной медицины к персонализированному здравоохранению. Причем не надо даже вводить новые термины, например, «технонаука», поскольку в модели трансляционной медицины четко определено место науки фундаментальной и прикладной, место технологий и место реализации научных достижений в клинической практике.

**Петров В. И.** Не могу не внести одну существенную поправку. В организационной модели трансляционной медицины, которая применяется сейчас, место фундаментальной науки как раз таки не учтено. Структура ТМ состоит из четырех частей, переход от одной к другой очень важен и обозначается как «трансляционный барьер»:

1. Лабораторные исследования.
2. Клинические испытания (*bench-to bedside*).
3. Практическое внедрение (*bedside-to-community*).
4. Социальное внедрение (*community-to-policy*), т.е. учет и контроль официальными учреждениями.

Ясно, что имеются три трансляционных барьера (Т1, Т2, Т3), преодоление которых

и составляет важнейшую задачу трансляционной медицины. Главная роль в преодолении этих барьеров и в существовании ТМ как единого комплекса принадлежит, безусловно, биомедицинской информатике. Но как раз тренд в коммерческую сферу объясняется тем, что в приведенной структуре не учтен исходный компонент – фундаментальные научные исследования. Без них исследования лабораторные абсолютно неэффективны. Надо определить, что исследовать и зачем, на какой основе. В лаборатории это не определишь. Если организационная модель трансляционной медицины будет выглядеть как фундаментальная наука – лабораторные исследования – клинические испытания – практическое внедрение – социальное внедрение, то только в этом случае можно говорить о каких-то философских основаниях, именно фундаментальная наука непосредственно связана с ними, но не лаборатория и не клинические испытания. И логичным представляется применение системного подхода, а в основе трансляционной медицины должна лежать именно философия медицины, а не отдельные отсылки к тем или иным философским положениям.

**Седова Н. Н.** Остается вопрос о содержании, методах, задачах философии медицины. Выскажу мнение (недоказанное!), что потребность в философской поддержке у медиков есть, но им негде ее получить. Если бы философия медицины существовала как признанный раздел философии, как доказанная теория, к ней бы обращались, ее методы и положения использовали бы. Ее бы изучали. А в наших медицинских вузах курс философии сокращен до 2-х зачетных единиц, лишен экзамена и стоит в учебном расписании в первом году обучения в вузе! Мне кажется, что такая образовательная политика направлена на одно – отодвинуть философию на периферию профессиональной подготовки и не дать возможности развивать философию медицины.

**Петров В. И.** Согласен с тем, что современная ситуация в высшем медицинском образовании часто характеризуется неудачным подходом к организации учебного процесса, но не думаю, что кто-то специально ведет атаку на философию медицины. Скорее авторы учебных программ просто не знакомы с ней. Кстати, среди них есть философы?

**Седова Н. Н.** Нет.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диалог о взаимоотношениях медицины и философии может длиться долго. Безусловно, они нуждаются друг в друге, но до сих пор концептуально не закрепили свой союз. Впрочем, это касается и отношений

медицины с другими гуманитарными науками. Надеюсь, что авторы журнала «Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения» помогут в решении этой проблемы.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. 16-я Всероссийская научно-практическая конференция «Философские проблемы биологии и медицины: образы холоредукционизма в истории и теории биомедицины» (Москва. 26–27 октября 2022 г.) // Письмо «16 конференция "Философские проблемы биологии и медицины" 26–27 октября 2022» – Елена Аверкина – Яндекс Почта (yandex.ru)
2. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград: Государственное учреждение «Издатель». – 2001. – С. 41.
3. Моисеев В.С. Лекарства и качество жизни // Клиническая фармакология и терапия. – 1993. – № 1. – С. 38–43.

4. Новик А.А. Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
5. Афанасьева Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика. – 2010; (1):36-38.
6. Гуцин А.В. Качество жизни как оценочный критерий в медицине (на примере офтальмологии). / А.В. Гуцин, А.В. Петраевский. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 244 с.
7. Гаврилова Т.В. Принципы и методы исследования качества жизни населения // Технологии качества жизни. – 2004. Т. 4, № 2. – С. 1–11.

8. Brown D. S. et al. Using health-related quality of life and quality-adjusted life expectancy for effective public health surveillance and prevention // *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. – 2013. Т. 13. № 4. – P. 425.

9. Krageloh C. U. et al. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for general use in New Zealand: Confirmatory factor analysis and Rasch analysis // *Quality of Life Research*. – 2013. Т. 22. № 6. – P. 1451-1457.

10. Arora S, Kalishman S, Thornton K, et al. Project ECHO (Project Extension for Community Healthcare Outcomes): A National and Global Model for Continuing Professional Development. *J Contin Educ Health Prof*. 2016; 36 Suppl 1:S4 8-S49. doi: 10.1097/CEH.000000000000097.

11. Петров Владимир Иванович. Клиническое мышление и доказательная медицина // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2012. №1 (7). – С. 15–32. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskoe-myshlenie-i-dokazatel'naya-meditsina> (дата обращения: 23.08.2020).

12. Ивин А. А. Основания логики оценок. М.: Изд-во Московского ун-та, 1970. – 230 с.

13. Ивин А. А. Логика норм. Монография. М.: Изд-во МГУ, 1973. – 121 с.

14. Седова Н. Н. Философские проблемы медицинской науки. – М.: КНОРУС, 2019. – Глава 4.

15. Седова Н.Н. Этика персонализации в современной медицине // Сахаровские чтения 2019 года: экологические проблемы XXI века. Материалы 19-й международной научной конференции. – Минск, 2017. – С. 493–496.

16. Тищенко П. Д. Что такое идеология персонализированной медицины? // *Независимый психиатрический журнал*. – 2017. № 2. – С. 31–36.

17. Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный

анализ). Рабочие тетради по биоэтике. Под редакцией П.Д. Тищенко. Москва, 2017. 263 с.

18. Шевченко С.Ю. Стандартизация и феномен персонализированной медицины // *Человек*. – 2015. – № 6. – С. 118–128.

19. Петров В.И., Шишиморов И.Н., Магницкая О.В., Толкачев Б. Е. Персонализированная медицина: эволюция методологии и проблемы практического внедрения // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. – 2016. – №1(57). – С. 9.

20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 186 от 24 апреля 2018 г. «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» // <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/>. Доступ 18.05.2018.

21. Юдин Б.Г. Об этосе технонауки // *Философские науки*. 2010. № 12. С. 58-66.

22. Юдин Б.Г. (2012) Человек как объект преобразования и познания // *Наука и инновации*. – № 7 (113). – С. 9–12.

23. Юдин Б. Г. Технонаука и «улучшение» человека // *Epistemology & Philosophy of Science / Эпистемология и философия науки*. – 2016. Т. XLVIII. № 2. – С. 18-27.

24. Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 4. / Рос. акад. наук, Ин-т философии. Отв. ред. Ф. Г. Майленова. – М.: ИФРАН, 2010. – 255 с.

25. Брызгалина Е. В., Аласания К. Ю., Садовничий В. А. и др. Социально-гуманитарная экспертиза функционирования национальных депозитариев биоматериалов // *Вопросы философии*. – 2016. – № 2. – С. 18–21.

26. 7th Annual Congress of the European Society for Translational Medicine on Covid-19 (EUSTM-2020). [Электронный ресурс] URL: <https://www.science-community.org/ru/node/211536> (доступ 03.10.2020).

## REFERENCES

1. The 16th All-Russian Scientific and Practical Conference «Philosophical problems of biology and medicine: images of holoreductionism in the history and theory of biomedicine» (Moscow. October 26–27, 2022) // Letter «16 conference "Philosophical problems of biology and Medicine" October 26-27, 2022» – Elena Averkina – Yandex Mail ([yandex.ru](mailto:yandex.ru)).

2. Petrov V.I., Sedova N.N. The problem of quality of life in bioethics. Volgograd: State institution «Publisher». – 2001. – p. 41.

3. Moiseev V. S. Medicines and quality of life // *Clinical pharmacology and therapy*. 1993. No. 1. pp. 38-43.

4. Novik A. A. Assessment of the patient's quality of life in medicine / A. A. Novik, S. A. Matveev, T.I. Ionova // *Clinical medicine*. 2000. No. 2. Pp. 10-13.

5. Afanasyeva E. V. Assessment of the quality of life associated with health // *Qualitative clinical practice*. – 2010; (1):36-38.

6. Gushchin A. V. Quality of life as an evaluation criterion in medicine (on the example of ophthalmology) / A. V. Gushchin, A. V. Petraevsky. – Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2013. – 244 p.

7. Gavrilova T.V. Principles and methods of research on the quality of life of the population // *Quality of life technologies*. – 2004. – Vol. 4, no. 2. – P. 1–11.

8. Brown D. S. et al. Using health-related quality of life and quality-adjusted life expectancy for effective public health surveillance and prevention // *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. – 2013. Т. 13. № 4. – P. 425.

9. Krageloh C. U. et al. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for general use in New Zealand: Confirmatory factor analysis and Rasch analysis // *Quality of Life Research*. – 2013. Т. 22. No. 6. – P. 1451–1457, etc.

10. Arora S., Kalishman S., Thornton K., et al. Project ECHO (Project Extension for Community Healthcare Outcomes): A National and Global Model for Continuing Professional Development. *J Contin Educ Health Prof*. – 2016; 36 Suppl 1:S4 8-S49. doi: 10.1097/CEH.000000000000097.

11. Petrov V. I. Clinical thinking and evidence-based medicine // *Medical education and professional development*. 2012. No.1 (7). pp. 15–32. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskoe-myshlenie-i-dokazatel'naya-meditsina> (accessed: 08/23/2020).

12. Ivin A. A. Bases of the logic of estimates. – M.: Publishing House of the Moscow University, 1970. – 230 p.
13. Ivin A. A. Logic of norms. Monograph. – M.: Publishing House of Moscow State University, 1973. – 121 p.
14. Sedova N. N. Philosophical problems of medical science. M.: KNORUS. 2019. Chapter 4.
15. Sedova N. N. Ethics of personalization in modern medicine//Sakharov Readings 2019: environmental problems of the XXI century. Materials of the 19th International Scientific Conference. Minsk. 2017. pp. 493-496.
16. Tishchenko P. D. What is the ideology of personalized medicine? // Independent Psychiatric Journal. – 2017. No. 2. – pp. 31-36;
17. Philosophical and anthropological foundations of personalized medicine (interdisciplinary analysis). Bioethics workbooks. Edited by P. D. Tishchenko. – Moscow, 2017. – 263 p.
18. Shevchenko S. Yu. Standardization and the phenomenon of personalized medicine // Man. 2015. No. 6. – pp. 118-128.
19. Petrov V. I., Shishimorov I. N., Magnitskaya O. V., Tolkachev B. E. Personalized medicine: evolution of methodology and problems of practical implementation // Bulletin of the Volgograd State Medical University. – 2016. – No. 1(57). – P. 9.
20. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation. No. 186, dated April 24, 2018. «On approval of the Concept of predictive, preventive and personalized medicine» // URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662> (Accessed 18.05.2018).
21. Yudin, B. G. On the ethos of technoscience // Philosophical Sciences. – 2010. No.12. pp. 58–66.
22. Yudin, B. G. (2012) Man as an object of transformation and cognition // Science and Innovation. – No. 7 (113). – pp. 9-12.
23. Yudin, B. G. Technoscience and the «improvement» of man // Epistemology & Philosophy of Science/Epistemology and philosophy of science. 2016. Vol. XLVIII. No. 2. pp. 18-27.
24. Bioethics and humanitarian expertise. Issue 4 [Text] / Russian Academy of Sciences, Institute of Philosophy; Ed. by F. G. Mailenova. – M.: IFRAN, 2010. – 255 p.
25. Bryzgalina E. V., Alasania K. Yu., Sadovnichy V. A. et al. Socio-humanitarian expertise of the functioning of national depositories of biomaterials\*, Questions of philosophy. – 2016. No. 2. – Pp. 18–21.
26. 7th Annual Congress of the European Society for Translational Medicine on Covid-19 (EUSTM-2020) // <https://www.science-community.org/ru/node/211536> (Accessed 03.10.2020).

УДК 616.9:578.834.1:616-082.3

# МЕДИЦИНСКИЙ ТРИАЖ, ОБЩАЯ МОРАЛЬ И ПРОБЛЕМА РЕФЛЕКСИВНОГО РАВНОВЕСИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

**Кирилл Алексеевич Петров**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия  
petersoncyril@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4178-1726>

**Аннотация.** В данной статье рассматривается модель согласования нормативных суждений, развиваемая в работах Тома Бичампа и Джеймса Чилдресса. Показано, что возможность нормативных принципов опирается на идею общей морали, онтологический статус которой является спорным. По мнению Бичампа и Чилдресса, появление моральных норм есть результат рефлексивного равновесия, которое предполагает не только саму процедуру согласования суждений, но и публичное рассмотрение необходимых для участников дискуссии добродетелей. Преследование личного или группового интереса позволяет отказаться в праве делать «взвешенные суждения». Идеи рефлексивного равновесия были положены Бичампом и Чилдрессом в основание проекта принципов биоэтики, пересмотренного в период пандемии коронавируса.

Пандемия коронавируса выявила ограниченность ресурсов и неполноту знаний как о самой болезни, так и об эффективных методах терапии COVID-19. Это вынудило медицинских работников обратиться к практике сортировки пациентов. Сортировка – это противоречивая процедура, подробное этическое осмысление которой выявляет лежащую в ее основе дилемму. С одной стороны, сортировка предполагает распределение пациентов и ресурсов, что в некоторых случаях фактически означает отказ от лечения и смерть пациента. С другой стороны, практикующие сортировку отвергают ее как дискриминацию и нарушение прав и достоинства человека. На примере обсуждения правил медицинского обращения показано, что модель Бичампа и Чилдресса предполагает слишком сложную процедуру достижения рефлексивного равновесия, а также не учитывает специфическое содержание суждений. Таким образом, сортировка сама по себе оказывается формой дискриминации, так как ориентирована на учет лишь формальных критериев, таких как возраст, наличие инвалидности, профессия и т.д.

**Ключевые слова:** пандемия, триаж, общая мораль, рефлексивное равновесие

# MEDICAL TRIAGE, COMMON MORALITY AND THE PROBLEM OF REFLEXIVE EQUILIBRIUM DURING A PANDEMIC

**Kirill A. Petrov**

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia  
petersoncyril@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4178-1726>

**Abstract.** In this article, we consider the model of normative judgments coordination developed in the in the works of Tom Beauchamp and James Childress. It is shown that the possibility of normative principles is based on the idea of a common morality which ontological status is controversial. According to Beauchamp

and Childress, the origin of moral norms is a result of the process of reflexive equilibrium, which involves not only the procedure of cohering of judgments, but also public consideration of the discussion participants' virtues. The pursuit of a personal or group interest allows one to deny the right to make «considered judgments». The ideas of reflexive equilibrium were put by Beauchamp and Childress as the basis of the principles of bioethics project, revised during the coronavirus pandemic.

The coronavirus pandemic revealed the limited resources and incomplete knowledge of both the disease itself and effective methods of COVID-19 therapy. It forced medical professionals to turn to the practice of triage. Triage is a controversial procedure, the detailed ethical reflection of which reveals the underlying dilemma. On the one hand, triage involves the distribution of patients and resources, which in some cases actually means the refusal of treatment and the death of the patient. On the other hand, practitioners of triage reject it as discrimination and violation of human rights and dignity. Using the example of rules of medical circulation discussion, it is shown that the Beauchamp and Childress model assumes a too complex procedure for achieving reflexive equilibrium, and also does not take into account the specific content of judgments. Thus, triage itself turns out to be a form of discrimination, since it is focused only on formal criterias, such as age, disability, profession, etc.

**Keywords:** pandemic, triage, general morality, reflexive equilibrium

## ВВЕДЕНИЕ. «НЕРЕАЛЬНОСТЬ» ПАНДЕМИИ

Весной 2020 года, когда первая волна заболевших коронавирусом заполнила больницы по всему миру, в научном журнале «Анестезиология и Интенсивная терапия» выходит статья двух врачей-анестезиологов – Евы Куцевич-Чех и Марии Дампс. Они перечисляют крупные эпидемии, случившиеся за последние 100 лет: несколько эпидемий гриппа в 1918, 1950, 1960 и 2009; ВИЧ, продолжающийся с 1980-х; SARS, случившуюся в 2002 и MERS в 2015 году. Несмотря на большой опыт, накопленный современной медициной в борьбе с массовыми заболеваниями, авторы отмечают растерянность врачебного сообщества перед лицом новой инфекции: «Пандемия кажется нереальной. Исторически это неверно» [3, р. 312]. С чем связано ощущение нереальности пандемии? Вопреки тому, что «основные этические принципы, которые *также применимы к пандемиям* [курсив мой. – П.К.] – справедливость, равенство, уважение автономии и обязательное оказание помощи всем пациентам независимо от возраста, расы, инвалидности, пола, сексуальной ориентации, социального статуса или других личных характеристик» [3], все еще берутся в расчет врачами, практика триажа, в период пандемии ставит под вопрос универсальный характер этих базовых

принципов биомедицинской этики, заложенных в классических работах Бичампа и Чилдресса. В ситуации быстрого распространения заболевания и острого дефицита разнообразных медицинских ресурсов на место традиционных правил работы приходит практика медицинского триажа. Кроме стандартного, немедицинского значения в качестве сортировки и классификации, «триаж также означает предоставление приоритета. Именно это значение обычно используется в отделениях неотложной помощи больниц. Во время бедствий, катаклизмов или катастроф сортировка означает не только ранжирование сточки зрения важности (приоритизация), но и распределение ограниченных, недостаточных медицинских ресурсов» [3, р. 313].

Понимая практическую невозможность согласовать принципы биоэтики и практику триажа, авторы отмечают, что процесс приоритизации не тождественен дискриминации. Это противопоставление важно для этического анализа так как указывает на ключевую моральную дилемму периода пандемии: определение порядка доступа к ресурсам должно одновременно учитывать возможность смерти пациента и, вместе с тем, уважать его базовые права и достоинства, в том числе право на жизнь.

До пандемии подобные проблемы касались ограниченного числа медицинских специалистов, например, трансплантологов. Теперь же выбор кого из пациентов можно спасти, обеспечив аппаратом ИВЛ или ЭКМО, становится рутинной частью жизни множества врачей в инфекционных госпиталях.

Ощущение нереальности пандемии вырастает из невозможности опереться в принятии профессиональных решений

на понятные и устоявшиеся принципы. Пандемия коронавируса с очевидной неизбежностью релятивизировала, казалось бы, универсальные принципы биоэтической этики. Цель этой небольшой работы состоит в демонстрации на уровне метаэтического анализа причин ограниченной применимости самой модели универсальных биоэтических принципов в период пандемии.

## 1. ВЗВЕШЕННЫЕ СУЖДЕНИЯ И РЕФЛЕКСИВНОЕ РАВНОВЕСИЕ В МОДЕЛИ БИЧАМПА И ЧИЛДРЕССА

Триаж – это следствие практической потребности в определении порядка доступа к ограниченными материальными или человеческим ресурсам. Как отмечалось выше, подобное положение вещей нельзя назвать новым или необычным для медицины. Сама биоэтика во многом обязана своим появлением попытке определить очередность доступа к аппарату искусственной почки. Вместе с тем проблема триажа в период пандемии коронавируса ставит перед исследователями этики новые вопросы.

Сегодня рутинные обсуждения проблемы справедливого распределения часто встречаются в трансплантологии. В последнем издании книги «Принципы биоэтической этики» Том Бичамп и Джеймс Чилдресс рассматривают модель рассуждения о правиле справедливого распределения, редуцируя возможные суждения к двум позициям: первая предполагает «распределение органов по ожидаемому количеству лет жизни кандидатов на трансплантацию, чтобы максимизировать положительный результат процедуры» [2, р. 414]; вторая требует «распределения органов с использованием списка ожидания, чтобы предоставить каждому кандидату равные возможности» [2]. Бичамп и Чилдресс настаивают, что две такие формулировки правила распределения не могут быть согласованы друг с другом. «Однако элементы и того, и другого можно сохранить при разработке согласованной политики,

установив ограничения на эти правила и приведя их в соответствие. Затем результаты этого процесса должны быть согласованы со всеми другими соответствующими принципами и правилами, такими как нормы недискриминации в отношении пожилых людей и роль платежеспособности пациентов в распределении дорогостоящих медицинских процедур» [2]. Иначе говоря, два предложенных модельных суждения видятся как первый шаг к тому, чтобы создать общее нормативное пространство взаимодействия. Высказывание позиции на этом этапе – только заявление о существующем намерении участвовать в дальнейшем процессе согласования.

Изложенные выше позиции – это так называемые взвешенные суждения (considered judgements). Ссылаясь на Роллза, Бичамп и Чилдресс дают следующее определение: «Взвешенные суждения – это те, на которые с наименьшей вероятностью могут повлиять конфликты интересов и другие искажающие факторы, и поэтому они кажутся, по крайней мере временно, приемлемыми сами по себе без аргументированной поддержки» [2, р. 413]. Право на взвешенное суждение возникает только в том случае, если, высказывая его, автор не преследует личные или групповые интересы. Само высказывание в этом случае должно быть направлено на «обуздание» наличного морального конфликта. Таким образом, взвешенные суждения, всякий раз обнаруживая противоречия, должны быть изменены чтобы разрешится в согласованной

общей политике. Процесс такого перехода определяется через понятие «рефлексивного равновесия» цель которого состоит в том, чтобы сопоставлять, сокращать и корректировать взвешенные суждения, уточнять их и другие соответствующие убеждения, чтобы сделать их согласованными» [2]. Если такое равновесие обнаружено, оно должно быть протестировано на наличие других несогласованностей.

Разрешение конфликта, связанного с двумя противоположными позициями в отношении ограниченных ресурсов, должно происходить в рефлексивном равновесии. Однако предложенная Бичампом и Чилдрессом модель кажется недостаточно последовательной. Все основания для критики могут

быть редуцированы к одному вопросу: можно ли ожидать достижения рефлексивного равновесия, если кто-то из участников конфликта его не желает? Этот общий вопрос может быть раскрыт через серию подвопросов. Почему мы ожидаем, что разрешение морального конфликта является возможным? Является ли обычным существование морального конфликта или морального консенсуса? Есть ли какие-либо ограничения для участников конфликта? Какие критерии могут быть применены для исключения какого-либо из суждений? Подобные вопросы обсуждались самими авторами «Принципов биомедицинской этики» в контексте дискуссии о существовании «Пиратского кодекса».

## 2. МОЖНО ЛИ «ЖИТЬ С ПИРАТАМИ?»

Само существование «Пиратского кодекса», по мнению критиков Бичампа и Чилдресса, делает появление рефлексивного равновесия исключительным событием. Чтобы разобраться с этой проблемой, необходимо обратиться к более фундаментальному плану идей Бичампа и Чилдресса. Идея рефлексивного равновесия предполагает существование общих моральных принципов, руководствуясь которыми участники могут стремиться к согласованию собственных суждений. «Мы называем совокупность универсальных норм, разделяемых всеми людьми, приверженными морали – общей моралью. Эта мораль – не просто мораль, в отличие от других моральных норм она применима ко всем людям во всех местах» [2, р. 8]. В «Принципах биомедицинской этики» Бичамп и Чилдресс даже пытаются дать общий набросок этой общей морали: «Следующие нормы являются примерами (далеко не полный список) общеобязательных стандартов действий, содержащихся в общей морали: 1. Не убивай; 2. Не причиняй боли или страданий другим; 3. Предотвращай зло или причинение вреда; 4. Спасайте людей в опасности. 5. Говорите правду; 6. Воспитывайте молодых и зависимых; 7. Выполняйте свои

обещания; 8. Не крадите; 9. Не наказывайте невинных; 10. Соблюдайте справедливые законы» [2]. Идея общей морали, выполняет для авторов двойную функцию. С одной стороны, она делает возможным достижение рефлексивного равновесия, так как набор суждений, правил и противоречий является конечным. С другой стороны, наличие общей морали является источником или исходным импульсом для поиска согласования разных позиций, обнаруженных в конфликте.

Пытаясь упредить усилия своих критиков, Бичамп и Чилдресс говорят, что общую мораль не следует рассматривать в качестве априорной или внеисторической. Защищая эту позицию, они предлагают следующие аргументы: во-первых, «общая мораль является продуктом человеческого опыта и истории и является всеобщим общим продуктом» [2]. Во-вторых, они не отрицают плюрализм принципов, но отрицают моральный плюрализм как таковой. В-третьих, общая мораль, связана с конкретными представлениями людей и «не состоит из вневременных, обособленных стандартов истины, которые существуют независимо от истории моральных убеждений». Этот третий аргумент и является

решающим для идеи рефлексивного равновесия, цель которого – достижение состояния, «в котором все убеждения согласованно сочетаются друг с другом, без остаточных конфликтов или непоследовательностей» [2]. Иными словами, общая мораль является необходимым источником взвешенных суждений и задавая ограниченный набор элементов дискуссии, делает возможным разрешение противоречий и достижение согласованности в рефлексивном равновесии.

Эмпирическое существование внутренне согласованных, но аморальных с точки зрения современности вынуждает Бичампа и Чилдреса релятивизировать роль рефлексивного равновесия. «Голая согласованность, – пишут они, – может быть ни чем иным, как системой предубеждений, и поэтому она должна ограничиваться нормами. Примером этой проблемы является «Пиратский кодекс этики или обычаев прибрежного братства». Сформированный как договор между мародерами около 1640 года, этот кодекс представляет собой последовательный набор правил, регулирующих взаимопомощь в чрезвычайных ситуациях, наказания за запрещенные действия, распределение добычи, способы общения, компенсацию за причиненный вред и «суды чести», разрешающие споры» [2, р. 416]. Будучи прекрасно согласованным, он должен быть результатом рефлексивного баланса. Однако многие его положения, разрешающие принуждение вступать в команду или делающие возможным изнасилования, являются очевидно аморальными.

Пиратский кодекс анализирует в своей статье «Жить с пиратами. Общая мораль и воплощенная практика» Ребекка Кукла. Ее аргумент предполагает, что сама идея рефлексивного баланса плохо подходит для понимания моральных норм. Кукла считает, что пример кодекса прибрежного братства позволяет увидеть существование «общей морали» за пределами рефлексивного равновесия: «Кодекс формулирует последовательную локальную моральную

систему, но в корне коррумпированную. Поскольку кодекс согласован, мы не сможем использовать рефлексивное равновесие, спецификацию, балансировку или другие подобные когерентные методы, чтобы исправить его изнутри. Следовательно, одних таких методов недостаточно и нам нужны некоторые фиксированные основополагающие принципы, которые сами по себе не являются обоснованными через согласование, которые можно использовать для критики и ограничения локальных систем» [4, р. 78]. Кукла показывает, что общим фоном, на котором возможно формирование общей нормативной системы правил, являются не теоретически сформулированные идеи общей морали, а воплощенные телесные практики. Для иллюстрации этого тезиса она использует категорию габитуса, заимствуя его из словаря Пьера Бурдьё. «Я настаиваю на том, что общим (почти) для всех нас является не принятие набора абстрактных моральных принципов, а бесконечно сложная, но удивительно устойчивая сеть воплощенных нормативных реакций, методов преодоления, навыков восприятия, коммуникативных ритуалов, способов манифестации наших желаний, потребностей и так далее» [4, р. 81].

Попутно Кукла критикует саму идею рефлексивного равновесия. Опираясь на тексты Арраса, она пишет, что общая мораль у Бичампа и Чилдресса сформулирована слишком абстрактна, чтобы хоть в минимальной степени установить аморальность пиратского кодекса. Кроме того, сама идея рефлексивного равновесия предполагает максимальную инклюзивность, т. е. требует от несогласного с процессом поиска равновесия добавить необходимый аргумент. «В той мере, в какой некоторые из наших принципов отделены от процесса размышления, наша уверенность в объективности этого процесса ставится под угрозу. Таким образом, закрепление некоторых принципов может скорее усилить, чем закрепить необоснованность когерентного обоснования» [4, р. 83]. Кукла еще раз повторит,

что каждый волен самостоятельно без всякого ограничения «бросать аргументы в общий котел пиратского» рефлексивного равновесия, что в итоге должно привести к формированию той самой коррумпированной моральной системы. Эти критические замечания показывают слабость модели согласования в процессе рефлексивного равновесия Бичампа и Чилдреса. Даже

если признать, что общая мораль существует либо в виде общих суждений, как их описывают авторы «Принципов биомедицинской этики», либо в виде воплощенных практик, как предлагает Кукла, остается неразрешимым вопрос: кто из участников обсуждения имеет право предлагать «взвешенные суждения»? Иными словами, какие процедуры определяют признание автора?

### 3. ЭПИСТЕМИЧЕСКИЕ ДОБРОДЕТЕЛИ, СУБЪЕКТ И ЗНАНИЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Том Бичамп отвечает на рассмотренные выше критические замечания в статье «Об общей морали как воплощенной практике. Ответ Ребекке Кукле». Его полемическая стратегия состоит в защите модели общей морали от смешения ее с «воплощенными практиками». Эта линия защиты предполагает, что сила норм общей морали приходит из их статуса как взвешенных суждений. Вместе с тем, Бичамп ограничивает круг участников, способных выдвинуть подобные суждения. «Чтобы рассматриваемые суждения были достаточно свободны от предвзятости и представляли собой обоснованные убеждения: мы можем настаивать на том, чтобы эпистемические достоинства моральных суждений учитывались при отборе взвешенных суждений. Эти добродетели включают в себя беспристрастную точку зрения, которая обуздывает личные интересы; проявление сочувствия и сострадания к благополучию других; *хорошую осведомленность о соответствующих вопросах* [курсив мой. – П.К.]» [1, р. 91]. Иначе говоря, согласование взвешенных суждений должно происходить только в том случае, если их авторы обладают определенной некоей инстанцией добродетели. Если же это не так, то даже согласованный кодекс не может обладать значимостью для совместной жизни.

Предложенный Бичампом аргумент на время спасает модель общей морали. Вместе с тем он же требует признать существование пиратского кодекса исторической

случайностью. То есть применение к кодексу прибрежных братьев понятия морали может быть только в описательном смысле. В то время как нормативной силой может обладать только общая мораль, которая находит подтверждение в рефлексивном равновесии. Здесь, однако, нельзя забывать, что, решая вопрос о добродетелях участников рефлексивного равновесия, Бичамп и Чилдрес вскользь упоминают, что участники должны обладать достоверным знанием об обсуждаемых проблемах. Нельзя рассматривать проблему субъекта морального суждения без привязки к содержанию знания этого субъекта.

Именно эта проблематика и делает дискуссии о медицинском триаже в период пандемии такой острой. Ева Куцевич-Чех и Мария Дампс, авторы уже упоминавшейся выше статьи, подчеркивают несколько практических затруднений на пути реализации четырех принципов биоэтики в период пандемии. Первая – ограниченность требуемых медицинских ресурсов (будь то тесты для определения коронавируса или аппараты искусственного дыхания). Вторая причина, редко рассматриваемая в биоэтической литературе, связана с необходимым нарушением стандартных протоколов действий. Триаж во время пандемии сильно отличается от принятых в практике неотложной помощи действий. Отличие связано в том числе с особенностями знания, точнее незнания эффективных методик лечения коронавируса. Для врачей скорой помощи основанием для распределения

является знание «состояния здоровья пациента до заражения, на момент поступления в больницу, и прогноз результата лечения в случае начала интенсивной терапии или отказа от нее» [3, р. 314]. Но к весне 2020 года специалистам еще не были известны эффективные методики лечения коронавирусной инфекции. Попытка действовать в перспективе стандартных правил также предполагала, что «решения о сортировке пациентов в связи с пандемией должны основываться на протоколе с учетом необходимости медицинских мер и преимуществ терапии. <...> В случаях, когда состояние пациента ухудшается, несмотря на применение ИВЛ, может быть рассмотрен вопрос об отлучении от аппарата ИВЛ» [3]. Этические стандарты требуют при реализации подобного алгоритма подробного информированного согласия родственников пациента, а также решения специальной этической комиссии. При этом решение комиссии должно предусматривать возможность апелляции. Но ограниченность во времени требовала от врачей принимать решения максимально быстро.

Опыт организации медицинской помощи в период пандемии обнаруживает противоречие в самой системе моральных принципов. Тriage невозможно согласовать с абсолютным характером права на жизнь каждого пациента. Это противоречие демонстрирует ограниченность идеи рефлексивного равновесия. Определение общей политики возможно при тщательном отборе взвешенных суждений, обсуждении эпистемических добродетелей, которыми обладают их авторы. Однако в ситуации пандемии у врачей просто нет времени на подобные длительные процедуры. Кроме того, любое «взвешенное суждение» имеет значение только если ему соответствует какое-либо верифицируемое знание. Рассмотренный кейс показывает неприменимость старых подходов по двум основным параметрам ведь для успешного применения приоритизации необходимо знание об эффективных терапевтических практиках, что позволяет точно выстраивать прогнозы в отношении каждого пациента, и верно распределять ограниченные ресурсы.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ДИСКРИМИНАЦИЯ ИЛИ ПРИОРИТИЗАЦИЯ?

В условиях пандемии сложные алгоритмы оказались лишними. В этой связи врачебное сообщество рассматривало разные протоколы действий, позволявшие быстро произвести процедуру оценки состояния пациента, чтобы правильно произвести процедуру триажа. «Уайт и его коллеги предложили простой алгоритм, в котором каждый пациент оценивается с использованием критерия краткосрочной выживаемости (оценка SOFA), прогнозируемой выживаемости после выписки (сопутствующие заболевания) и вероятности выживания в последующих жизненных циклах (возраст в годах)». Каждый из элементов этой шкалы оценивается по четырехступенчатой шкале. Наибольшее внимание следует уделять пациентам, набравшим в сумме наименьший балл. Чуть

позже исследователи предложили отменить возрастной критерий как дискриминационный, при этом сохранив возможность оценивать возраст в ситуации, когда пациенты набрали одинаковые баллы при оценке других критериев. Подобный стандартизированный подход, однако, имеет ограничения, связанные с абстрактной оценкой следствий из принятых решений, о чем говорят Куцевич-Чех и Дампс: «Представляется, что предпочтительным решением является сортировка всех пациентов и предоставление приоритета тем, кто принесет наибольшую пользу. <...> Согласно шести рекомендациям по справедливому распределению средств в условиях пандемического дефицита <...> следует отдавать врачу, а не пациентам, инфицированным COVID-19, которые

не являются медицинскими работниками «первой линии» [3, p. 314]. Кажется очевидным, что в таких условиях выживание врача может оказаться более «полезным», чем человека, не обладающего подобными знаниями. Вместе с тем эта позиция встречается с рядом критических замечаний, одно из самых распространенных состоит в более высоких рисках смерти после выздоровления именно для врачей «первой линии».

В начале этой статьи уже приводилась цитата, отрицающая дискриминационный

характер триажа и демонстрирующая скорее намерения авторов, нежели показывающая реальное положение дел. Однако отсутствие точного знания о наилучшей терапии коронавируса весной 2020 года потребовало от врачей при осуществлении процедуры триажа ориентироваться в большей степени на формальные критерии: возраст, сопутствующие заболевания (инвалидность), профессия. В этом отношении можно говорить именно о дискриминационном характере медицинского триажа.

## REFERENCES

1. Beauchamp T. On Common Morality as Embodied Practice. A Reply to Kukla. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2014, 23, 1. Pp. 86-93.

2. Beauchamp T., Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 8<sup>th</sup> Edition. Oxford: Oxford University Press, 2019. 512 p.

3. Kucewicz-Czech E., Damps M. Triage during the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2020, 52, 4. Pp. 312-315.

4. Kukla R. Living with Pirates Common Morality and Embodied Practice *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2014, 23, 1. Pp. 75-85.

УДК 616.24(470.47)

## ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ: МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ПУЛЬМОНОЛОГОВ ВОЛГОГРАДА

Виктория Денисовна Заклякова✉

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
zaklyakovav@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7121-890X>

Ольга Николаевна Родионова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
fuv-ozz@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2042-9934>

**Аннотация.** Проведено анкетирование 36 врачей по специальности «пульмонология». Опрос проводился в медицинских организациях государственной формы собственности. Создана оригинальная анкета (Google-форма), содержащая 21 вопрос. Каждому участнику было необходимо ответить на один вопрос, в случае затруднения предлагалось выбрать графу «Затрудняюсь ответить» или оставить свой комментарий. Установлено, что большинство пульмонологов готовы к внедрению клинических рекомендаций (КР) в свою практику. Но эта готовность часто не реализуется в конкретных действиях. Причины могут быть разные; опрос показал, на какие особенности пульмонологической практики нужно обратить внимание, чтобы внедрение клинических рекомендаций закрепилось в деятельности врача-пульмонолога.

**Ключевые слова:** клинические рекомендации, медицинская организация, пульмонология

**Благодарности:** Авторы выражают благодарность рецензентам и редколлегии журнала «Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения» за ценные комментарии и методическую помощь, которые позволили значительно улучшить качество научной статьи.

## INTRODUCTION OF CLINICAL RECOMMENDATIONS: OPINION OF PULMONOLOGISTS OF VOLGOGRAD

Victoria D. Zaklyakova✉

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
zaklyakovav@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7121-890X>

Olga N. Rodionova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
fuv-ozz@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2042-9934>

**Abstract.** A survey of 36 pulmonologists working at medical organizations of state and private ownership was conducted. An original questionnaire (Google form) was designed, which contained 21 questions. Each participant needed to answer one question; in case of difficulty, he/she had to select the column «I find it difficult to answer» or leave a comment. It was found that most pulmonologists are ready to implement clinical guidelines (CG) in their practice.

**Keywords:** clinical guidelines, medical organization, pulmonology

**Acknowledgments:** The authors express their gratitude to the reviewers and the editorial board of the journal «Humanitarian Problems of Medicine and Healthcare» for valuable comments and methodological assistance that have significantly improved the quality of the scientific article

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования заключается в подведении итогов опроса среди врачей-пульмонологов по вопросам внедрения КР.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработана оригинальная анкета, включающая 21 преимущественно закрытый вопрос. Анкетирование осуществлялось с помощью электронного опросника (Google-форма), стандартизованного в соответствии с установленными требованиями [1, 2]. В опросе, продлившемся 7 дней, приняли участие 36 врачей пульмонологических отделений медицинских организаций (МО) г. Волгограда: государственное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25», государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградская областная клиническая больница № 1», частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-медицина». Респондентам необходимо было ответить на все вопросы анкеты, выбрав при этом только один вариант ответа из перечисленных. Каждый вопрос содержал графу, где врач мог выразить свое мнение «Другое (напишите)» или же выбрать пункт «Затрудняюсь ответить». Учитывались также мнения специалистов, высказанные в устной беседе с исследователями.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство пульмонологов, 26 (72,2 %), считают, что КР важны в повседневной деятельности врача, так как именно они являются документами, включающими наилучшую доказательную практику. Врачи подчеркнули, что особенно важно соблюдение КР среди молодых специалистов, поскольку они помогают повысить их знания до специалистов «высокого» уровня. Однако 10 (27,8 %) пульмонологов считают, что КР ограничивают их в работе и не обеспечивают индивидуального подхода к лечению пациентов.

На вопрос «Имеются ли КР в Вашем отделении в открытом доступе?» большинство (88,9 %, 32 человека) врачей-пульмонологов ответили положительно; 8,3 % (3 человека) респондентов сообщили «Нет, не имеются». Лишь один (2,8 %) специалист затруднился с выбором ответа. В комментариях по данному вопросу врачи выразили желание обращаться к тексту КР для выбора правильной стратегии ведения пациентов, в связи с чем сообщили, что КР имеются у них в электронном и бумажном виде.

На просьбу представить перечень КР по профилю «пульмонология», обязательных с 1 января 2022 года, ответили «Да, могу» 44,4 % (16 человек) респондентов; сообщили «Могу назвать некоторые» – 38,9 % (14 человек); заявили «Нет, не могу» – 16,7 % (6 человек).

Часть вопросов анкеты была связана с обучением медицинского персонала требованиям соблюдения КР. 17 (47,2 %) трестируемых лиц уточнили, что проходили обучение по КР. 8 (22,2 %) респондентов проходили частичное обучение, и 11 человек (30,6 %) совсем не обучались. Основная часть врачей (22 человека, 61,1 %) выразила желание осваивать КР с помощью демократичного метода по принципу самообразования. Всего лишь 3 (12,5 %) доктора высказались за необходимость соблюдения КР путем разработки электронной системы принятия правильных врачебных решений и включения в медицинскую информационную систему (МИС) «ИнфоКлиника».

Живую дискуссию вызвал вопрос об использовании в повседневной практике международных консенсусов по ведущим заболеваниям органов дыхания. Ответили «Да, это позволяет использовать опыт коллег разных стран» 16 (44,4 %) респондентов. 20 человек (55,6 %) заметили, что готовы использовать в практике эти документы, но с учетом отечественной специфики организации пульмонологической помощи. Трудно не согласиться с тем, что

высокий профессиональный рейтинг членов международной группы по разработке консенсусов и КР в области респираторной медицины обеспечивает создание документов качественного уровня. Представленные в них рекомендации являются универсальными, но они обязательно должны быть адаптированы под конкретные системы здравоохранения во всех странах мира. По указанной причине национальные КР в любой стране являются приоритетными правовыми документами, на основании которых следует осуществлять медицинскую практику. Хотя нельзя отрицать, что невысокая доказательная база отечественных клинических исследований в области респираторной медицины диктует необходимость разработки национальных руководств в пульмонологии на основании не только отечественных, но и зарубежных исследований. К международным консенсусам и руководствам, по нашему мнению, следует прибегать в случае отсутствия национальных КР по какой-либо нозологии или сложности ведения пациентов в конкретной клинической ситуации.

27,8 % респондентов (10 человек) ответили, что не разработали протоколы ведения пациентов в своих отделениях. Полностью составлены протоколы в 16 (44,4 %) МО, частично – у 10 (27,8 %) МО. В комментариях отдельные специалисты высказали сомнение относительно надобности их использования. В устной беседе некоторые пульмонологи пояснили, что только КР должны быть «отправной точкой» в принятии решений, а иные дополнительные документы только усложняют и без того трудную работу врачей. С этим нельзя не согласиться. Однако практика показывает, что использовать КР, содержащие, как правило, несколько десятков или сотен страниц текста, при осмотре пациентов крайне сложно. В этой связи МО дано право разработать и внедрить протоколы

ведения (лечения) пациентов. По сути, они представляют собой «сухой остаток» КР, содержащий алгоритм действий врача-пульмонолога в конкретной клинической ситуации. Следуя ему, он не будет совершать «ненужных» действий и не пропустит ни одной позиции в перечне обязательных диагностических и лечебных мероприятий.

18 (25,0 %) специалистов указали, что протоколы лечения отличаются от протоколов ведения пациентов; 7 респондентов (19,4 %) считают, что они одинаковы. 11 (30,6 %) врачей затруднились ответить на данный вопрос. Дополнительно хочется отметить, что в протоколе ведения пациентов представлен блок диагностических лабораторных и инструментальных тестов, отсутствующий в протоколе лечения.

Неоднозначные комментарии вызвал вопрос «Следует ли внедрять протоколы ведения пациентов (лечения) пациентов по профилю «пульмонология» в МИС «Инфоклиника»?». Абсолютно не готовы к их использованию в типичных клинических случаях 7 (19,4%) анкетированных. Большинство респондентов (19 врачей-пульмологов; 52,8%) считают, что необходимо внедрять протоколы в МИС, так как это повысит качество оказания медицинской помощи пульмонологическим пациентам; четверть опрошенных (9 человек) затруднились с ответом на данный вопрос.

Не смогли найти отличия протоколов ведения «наивных» пациентов от аналогичного документа при повторных осмотрах большинство участников анкетирования (30 врачей; 83,3 %). Остальные отметили, что данные понятия для них скорее известны, чем не известны. Появление отдельных правил ведения респираторных пациентов при первичном и последующих осмотрах в отечественных и зарубежных документах неслучайно. Протокол ведения (лечения) «наивного» больного нацелен, в первую очередь, на правильную постановку клинического диагноза, в то время

как протокол повторного осмотра – на оценку эффективности стартовой медикаментозной терапии и последующее ведение пациента. Так, в международном руководстве «Global Initiative for Clinical Obstructive Lung Disease» (GOLD) можно найти алгоритмы ведения «наивных» пациентов с хронической обструктивной болезнью легких («initial pharmacological treatment»), а также схемы «последующей терапии» («follow-up pharmacological treatment»). По нашему заключению и имеющемуся опыту ведения пульмонологических больных с учетом указанных алгоритмов, такое деление протоколов вполне оправданно с клинической точки зрения.

Большая часть участников опроса (22 человека; 66,1 %) считает допустимым упоминание торговых названий лекарственных препаратов в качестве дополнения в скобках после международного непатентованного наименования. Согласно личным мнениям некоторых врачей, которые были учтены при опросе, при включении торговых названий вряд ли удастся избежать конфликта интересов среди экспертов МО, участвующих в составлении протоколов лечения ввиду индивидуальной приверженности к конкретным торговым маркам. Авторы национальных КР, принимая во внимание данные клинической эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, обязаны указывать название фармакологических групп в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией или их международное непатентованное наименование / группировочное или химическое наименования. Разъяснений относительно включения торговых наименований лекарственных средств в протоколы ведения (лечения) пациентов в правовых системах «КонсультантПлюс» и «Гарант» нами не найдено.

Использование в рутинной практике лекарственных средств, не включенных в КР по профилю «пульмонология», считают

возможным все опрошенные (36 человек; 100,0 %). Логично предположить, что назначение врачом-пульмонологом лекарственных препаратов, не упомянутых в тексте респираторных доказательных документов, будет соответствовать практике нелегальной медицинской деятельности. Однако четких юридических пояснений по этому вопросу в упомянутых электронных базах также нет.

Все специалисты подтвердили отсутствие в пульмонологическом отделении алгоритмов ведения (лечения) пациентов, а в комментариях выразили сомнение в целесообразности их разработки и использования. Необходимо отметить, что при большом разнообразии КР, протоколов и стандартов врачу-пульмонологу в условиях лимитированного времени приема пациента необходима краткая схема диагностики и лечения конкретного заболевания. Отдельными профессиональными врачебными сообществами России уже представлены алгоритмы ведения (лечения) пациентов с целью оптимизации оказания медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах. При их создании учтены все замечания и предложения главных внештатных специалистов органов исполнительной власти субъектов и федеральных округов Российской Федерации. Некоторые из них были апробированы на фокус-группах практических врачей в различных субъектах Российской Федерации и получили положительную оценку. Мы, авторы статьи, считаем обязательным не только разработку аналогичных алгоритмов по ведущим респираторным заболеваниям в МО, но и их повсеместное использование в пульмонологической практике путем внедрения в МИС.

30 (83,3 %) участников опроса не применяют КР в каждом клиническом случае, ссылаясь в комментариях на «нехватку времени», «ограниченный прием»; остальные (6 врачей, 16,7 %) делают это лишь изредка.

Половина участников опроса (18 человек) на вопрос «Как Вы думаете, что мешает внедрить КР в больницах и поликлиниках прямо сейчас?» обозначила нежелание изучать КР ввиду отсутствия свободного времени. Еще часть опрошенных (9 респондентов, 25,0 %) указала на большой объем информации, представленной в КР. Столько же пульмонологов (9 человек, 25 %) дополнительно заявило о своем несогласии с отдельными положениями КР, исходя из собственного опыта.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на всеобщее понимание необходимости следования КР со стороны врачей-пульмонологов государственных учреждений здравоохранения города Волгограда ситуация в целом остается неоднозначной. Среди сложностей внедрения КР в респираторную практику МО следует отметить повышенную нагрузку на врачей и, как следствие, недостаток времени для повышения уровня знаний; ограниченность времени на одного пациента; недостаточную осведомленность персонала клиник

о КР и их обновлениях; несогласие с содержанием; низкую мотивацию к изменению привычных методов работы. Администрации МО необходимо преодолеть инерцию «устоявшейся практики» и четко осознать необходимость дальнейшего внедрения КР.

Проведенное исследование позволило нам прийти к следующим выводам:

1. Большинство опрошенных врачей-пульмонологов готовы применять КР в своей повседневной практике, и чуть более четверти анкетированных выступили против использования КР, ссылаясь на их возможность ограничивать креативное мышление.

2. МО следует рассмотреть вопрос о разработке и внедрении в практику протоколов и алгоритмов ведения (лечения) пульмонологических пациентов, способных потенциально уменьшить количество врачебных ошибок.

3. Хотя использование международных согласительных документов в практике врача-пульмонолога вполне оправданно, этот факт требует дальнейшего юридического обоснования.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Журавлев А. В., Кочубей А. В., Казаков А. С. Стандартизация анкеты для проведения опроса врачей в рамках научно-исследовательской работы // Вестник Росздравнадзора. – 2014; 6: 33–37. eLIBRARY ID: 23093630 [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_23093630\\_80354745.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_23093630_80354745.pdf).

2. Ластовецкий А. Г., Кочубей В. В., Сандаков Я. П., Иванова М. А. Оценка уровня знаний врачей клинических рекомендаций в отношении правил клинического измерения артериального давления. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019; 9-10: 18-22. DOI: 10.26347/1607-2502201909-10018-02

### REFERENCES

1. Zhuravlev A. V., Kochubey A. V., Kazakov A. S. Standardization of the questionnaire for conducting a survey of doctors in the framework of research work. // Bulletin of Roszdravnadzor. – 2014; 6:33-37. eLIBRARY ID: 23093630 [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_23093630\\_80354745.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_23093630_80354745.pdf). (In Russ.)

2. Lastovetsky A. G., Kochubey V. V., Sandakov Ya. P., Ivanova M. A. Evaluation of the level of doctors' knowledge of clinical guidelines regarding the rules for clinical measurement of blood pressure. // Problems of standardization in health care (In Russ.)

УДК 614.253

## ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКЕ ОПЫТНЫХ И МОЛОДЫХ СТОМАТОЛОГОВ-ХИРУРГОВ

**Сергей Владимирович Дронов**<sup>✉</sup>

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
demsport@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3621-484X>

**Елена Николаевна Ярыгина**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
elyarygina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4165-5017>

**Ольга Юрьевна Афанасьева**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
afanaseva-olga75@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8577-2939>

**Аннотация.** Дефекты оказания медицинской помощи можно дифференцировать по разным критериям, одним из важнейших является определение причины, вызвавшей конкретный дефект. Среди таких причин особое место занимает врачебная ошибка, статус которой до сих пор четко не определен соответствующими нормативными актами.

**Ключевые слова:** дефект оказания медицинской помощи, врачебная ошибка, хирургическая стоматология, субъективные и объективные причины врачебных ошибок

## ATTITUDE TO MEDICAL ERRORS OF EXPERIENCED AND YOUNG DENTAL SURGEONS

**Sergei V. Dronov**<sup>✉</sup>

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
demsport@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3621-484X>

**Elena N. Yarygina**

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
elyarygina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4165-5017>

**Olga Yu. Afanasieva**

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
afanaseva-olga75@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8577-2939>

**Abstract.** Defects in the provision of medical care can be differentiated by different criteria, one of the most important is to determine the cause that caused a specific defect. Among such reasons, a special place is occupied by medical error, the status of which is still not clearly defined by the relevant regulations.

**Keywords:** medical care defect, medical error, surgical dentistry, subjective and objective causes of medical errors

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования, проведенного авторами данной статьи, выяснить отношение врачей стоматологов–хирургов к врачебным ошибкам и подтвердить или опровергнуть утверждение о том, что главной их причиной является недостаток опыта.

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Использовалось анкетирование врачей-стоматологов – хирургов в регионе г. Волгограда и Волгоградской области. Анкета авторская. Вид опроса – Google-формы. Выборка сплошная. Обработка результатов – SPSS.

Проблема врачебной ошибки относится к нерешенным, хотя попытки её решения предпринимались неоднократно [1, 2]. Может существовать три подхода к решению данной проблемы:

Клинический – нанесен вред здоровью пациента по независящим от врача причинам, необходимо разобраться в причинах и оказать необходимую медицинскую помощь пациенту. Санкции к совершившему ошибку врачу не применяются.

Административный – для органов управления здравоохранением и представителей ТФОМС не существует разницы между ошибкой и проступком (или даже преступлением), все варианты нанесения вреда описаны как дефекты оказания медицинской помощи.

Социально-психологический – представлен, в основном, пациентским сообществом, а также массмедиа. В обыденном сознании вред и даже просто дискомфорт от лечения определяется как врачебная ошибка.

Административный и социально-психологический подходы по содержанию близки друг другу, с тем лишь отличием, что первый всегда предполагает нормативные выводы и применение разного рода санкционных мер к допустившим обнаруженные дефекты, а второй имеет богатую

палитру реакций: от жалости к врачам, не имеющим возможности оказать квалифицированную помощь по независящим от них причинам, до обращения в прокуратуру и/или к высоким должностным лицам [3, 4]. Клинический подход представляется оптимальным, но не всегда у медицинской организации есть возможность его применить.

В профессиональном сообществе и в общественном сознании бытует мнение, что врачебные ошибки связаны, в первую очередь, с отсутствием опыта работы, которым не обладают, в основном, молодые врачи. Такое мнение латентно влияет и на отношение пациентов к молодым врачам и, что более неприятно, на отношение организаторов здравоохранения к врачебным ошибкам. Если считать причиной ошибки, нанесшей вред пациенту, недостаток опыта, а недостаток опыта имманентно присущ именно молодым врачам, то им априори приписывается вина за нанесенный вред. Доказать отсутствие вины врача в этом случае бывает очень сложно [5, 6].

Исходя из сказанного, мы решили сравнить позиции опытных и молодых врачей по отношению к врачебным ошибкам, которые, так или иначе, случались в их личной практике.

Исследование проводилось на региональной группе врачей стоматологов-хирургов (75 человек, г. Волгоград и Волгоградская область), выборка сплошная (79 человек), но отказавшихся принять участие в исследовании было 4 человека.

Компаративный анализ проводился в программе SPSS. Причина выбора в качестве исследуемой данной группы респондентов связана с тем, что среди всего контента жалоб от населения региона большой процент относится к стоматологической помощи, а хирургическая стоматология всегда являлась «зоной риска», где вероятность ошибки в значительной степени связана не столько с работой врача, сколько

с индивидуальными особенностями пациента и наличием необходимого инструментария для эффективного лечения.

В ходе анкетирования респонденты назвали в ответах на вопросы одной из причин врачебных ошибок в хирургической стоматологии недостаток опыта у молодых врачей, что подтвердило целесообразность сравнения позиций в этом вопросе молодых и стажированных стоматологов-хирургов. Это было сделано, как уже указывалось, с использованием программы SPSS. Каждая группа, выделяемая по стажу работы, принималась за 100 %, что позволило провести корректный компаративный анализ, результаты которого представлены ниже. Из ответов респондентов выбирались те, которые в общей таблице набрали больше всего процентов, по ним и проводилось сравнение.

На первый вопрос «Согласны ли Вы с мнением, что врачебная ошибка – это нанесение вреда пациенту?», больше всего положительных ответов в группе врачей, проработавших в хирургической стоматологии от 5 до 10 лет. Больше всего несогласных – в группе стажированных врачей (стаж работы от 20 до 25 лет).

Тенденция трактовки врачебной ошибки как нанесению вреда сохраняется и в группах стоматологов-хирургов, имеющих стаж работы от 10 до 20 лет (по 50 %). Почему врачи, которые проработали в хирургической стоматологии от 20 до 25 лет с этим, преимущественно, не согласны (согласных всего 20 %), мы не выясняли специально, но можно предположить, что большой врачебный опыт позволяет им не только предупреждать риски ошибок, но и успешно устранять их негативные последствия. Конечно, «привычку» к профессии, которая делает людей более равнодушными, исключать нельзя, но в данном случае говорить об этом не приходится, что подтверждается ответами на последующие вопросы.

Так, именно в группах от 15 до 25 лет больше всего тех, кто признался в совершении врачебных ошибок (до 100 %). Молодые врачи также признают, что совершали ошибки (80 %), а вот самая возрастная группа врачей, проработавших более четверти века в хирургической стоматологии, признается в этом неохотно (54,5 %).

Врачи всех возрастных групп считают, что сами обнаруживают совершенные ошибки. Так считают все (100 %) респонденты, которые проработали в хирургической стоматологии 20–25 лет. А вот те, кто работает от 10 до 15 лет, реже всех остальных считают себя субъектом обнаружения ошибки.

Самой дружной и сплоченной оказалась группа врачей, проработавших в хирургической стоматологии от 15 до 20 лет (62 %), хотя молодежь тоже отмечала важное участие коллег в разборе и исправлении ошибок (54,8 %).

Таким образом, предположение о раздробленности, дифференцированности медицинского коллектива врачей стоматологов-хирургов не подтвердилась. Возможно, сказались усилия руководителей медицинской организации, направленные на позитивное решение проблемы врачебных ошибок – не наказание, а тщательный анализ, не публичное порицание, а индивидуальный разбор случаев?

Действительно, при ответе на вопрос об отношении непосредственных руководителей к совершенным врачом ошибкам, большинство выбрало, как это уже было показано, ответ «Обсуждали в личной беседе» (7,3 %), но между возрастными группами в ответах на этот вопрос наблюдается очень большой разброс мнений. Молодые врачи выбрали данную позицию в 74,2 % случаев, врачи со стажем до 10 лет – в 58,3 %, проработавшие от 10 до 15 лет – 37,0 %, а те, кто проработал от 15 до 20 лет – всего в 25 % случаев. Снижение объема индивидуальной работы над ошибками в стажированных

возрастных группах можно объяснить тем, что они представлены людьми зрелыми, с большим опытом, на них надеются.

Напомним, что как раз группа проработавших от 15 до 20 лет призналась в том, что в их практике были ошибки в 100 % случаев! И те же 100 % отметили, что сами обнаружили ошибку. Следовательно, нет большой необходимости в индивидуальной работе с ними.

Сложнее обстоит дело с отношением к врачебным ошибкам проверяющих из вышестоящих организаций. При ответе на вопрос о том, как они относились к ошибкам в работе врачей стоматологов-хирургов, наибольшее число опрошенных (77 %) затруднились ответить. Такой ответ означает отсутствие дифференцированного подхода в медицинской статистике и в управлении здравоохранением к ошибке, проступку и/или преступлению. Все это объединяется при соответствующих проверках в один блок – дефекты оказания медицинской помощи. Редукционистский подход тут себя оправдывает, потому что пациенту, в принципе, все равно, нанесли ему вред по ошибке или в результате некомпетентных или халатных действий. То есть, органы управления здравоохранением оценивают работу врачей по критерию удовлетворенности пациента оказанными услугами. Но необходим и учет удовлетворенности самих медицинских работников оказанной помощью. И в этом случае оказывается, что больше других в оценке своей работы нуждаются врачи со стажем работы до 5 лет – 87,1 % опрошенных в этой группе затруднились, как-то отреагировать на роль вышестоящих органов здравоохранения на наличие/отсутствие ошибок в своей работе и соответствующий анализ.

На втором месте среди затруднившихся ответить – специалисты со стажем работы до 10 лет (83,3 %), на третьем – со стажем работы до 20 лет (75 %).

Выявленная ситуация имеет негативные последствия, поскольку:

а) вред, нанесенный не по вине врача, рассматривается руководителями здравоохранения как «обезличенный» дефект оказания медицинской помощи, что препятствует устранению тех объективных факторов, которые могут повлиять на появление врачебных ошибок;

б) у врачей не формируется установка на предупреждение ошибок, которое отличается от предупреждения других дефектов оказания помощи, а это снижает эффективность борьбы с ними.

Видимо, система оценки дефектов оказания медицинской помощи нуждается в совершенствовании, классификация дефектов должна включать не только оценку нанесенного вреда, но и оценку статуса субъекта его нанесения. Если врач вынужден работать на изношенном оборудовании, которое в любой момент может отказать, не он виноват в такой ситуации и, следовательно, ответственность за дефект оказания медицинской помощи ложится на того, кто реально эту помощь не оказывает, но провоцирует своей деятельностью нанесение вреда пациенту.

Но кто же больше страдает от описанного выше недифференцированного подхода к оценке врачебных ошибок? Ответы респондентов на вопрос об объективных причинах их совершения позволили выделить в качестве основной причины отсутствие необходимых инструментов и/или материалов (53 %), при этом чаще всего эту причину называли начинающие стоматологи-хирурги (67,7 % – работающие менее 5 лет и 66,7 % – работающие менее 10 лет). Меньше других эта причина значима для опытных врачей со стажем от 20 до 25 лет (20 %).

Это не удивительно, они встречались с разными ситуациями в своей карьере и научились управлять ими. А вот почему всплеск беспокойства отмечается у врачей,

проработавших более 25 лет (36,4 %)? Причем, их также сильно беспокоит фактор устаревшего или некачественного медицинского оборудования, отказ оборудования (27,3 %).

А вот оказание стоматологической помощи не по профилю не беспокоит совсем (0 %). Можно предположить, что в молодости они работали на новом, хорошем оборудовании и наблюдали процесс его старения, усиливающийся дефицит медицинской техники, поэтому хорошо понимают, что данные тенденции способны привести к ошибкам. Однако достоверно утверждать это можно только проведя анализ с использованием качественных методов социологии медицины (фокус-группа, глубинное интервью), поэтому здесь мы приведенный разброс мнений не комментируем.

Что касается субъективных причин врачебных ошибок, то здесь первое место, по мнению респондентов, делят такие как: недостаток опыта у молодых врачей (80,6 % ответов респондентов, проработавших менее 5 лет) и перегрузка врачей (63,6 % респондентов, проработавших более 25 лет).

Надо отметить, что при ответе на данный вопрос более активными оказались респонденты со стажем.

Также вызывает сомнение искренность молодых респондентов, 80,6 % которых отнесли причины своих ошибок к недостатку опыта, тогда как респонденты других групп не считают это основной причиной – в среднем, респонденты других возрастных групп отметили ее в 52,5 % случаев. Стоматологи-хирурги, которые проработали от 10 до 15 лет, например, считают ее главной причиной врачебных ошибок. Таким образом, ссылка на недостаток опыта представляется вариантом самозащиты.

Опасность такой тенденции в профессиональном становлении стоматологов-хирургов очевидна. Более того, ее нельзя

игнорировать, потому что если в группе опрошенных 4/5 придерживаются такого мнения, то общее число проработавших менее 5 лет в выборке – 41,3 %, следовательно, их точка зрения – доминирующая, но нельзя допустить, чтобы у молодых врачей выработалась привычка уходить от ответственности за действия, совершенные по их вине, которые являются уже не ошибками, а проступками или преступлениями. Но кто должен об этом позаботиться? И кто является главным агентом предупреждения врачебных ошибок? Мы посмотрели, как распределились ответы в разных возрастных группах врачей стоматологов-хирургов.

Распределение ответов на этот вопрос было, примерно, одинаковым во всех группах. Наиболее уверенными в своих силах по предупреждению ошибок оказались те, кто проработал в хирургической стоматологии от 20 до 25 лет (100 %). Менее всего полагались на свои силы те, кто имел стаж работы от 15 до 20 лет, но и в данной группе полагающихся только на себя оказалось больше половины (62,5 %). Молодые представители профессии, в отличие от ответа на предыдущий вопрос, где они пытались объяснить совершение ошибок по причине недостатка опыта, показали устойчивую уверенность в способности самостоятельно справиться с ситуацией – 74,5 %.

С одной стороны, подобное единодушие не может не радовать, но, с другой – возникает вопрос: не стоит ли привлекать и других заинтересованных лиц, которые перечислялись в анкете и которым респонденты не оказали должного доверия, к решению проблемы врачебных ошибок? По результатам анкетирования нельзя сделать окончательный вывод, оно только показывает состояние проблемы и отношение к ней врачей стоматологов-хирургов. Но некоторые выводы и рекомендации уже можно сделать.

## ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Врачи признают наличие, а некоторые – и неизбежность, ошибок как вреда, нанесенного не по вине врача, в практике хирургической стоматологии.

2. Врачи не уверены в том, что решать проблему ошибок в стоматологической практике могут какие-то социальные субъекты, кроме них самих.

3. Главной причиной врачебной ошибки считают недостаток опыта только молодые врачи, проработавшие в хирургической стоматологии менее 5 лет.

4. Система контроля качества стоматологической помощи не включает дифференциацию врачебных ошибок как особого случая дефекта медицинской помощи, что мешает правильно реагировать на них и разработать методы предупреждения таких случаев.

5. Целесообразно включить в программы НМО специальный курс «Врачебная ошибка: определение, причины и методы предупреждения».

6. Целесообразно четко организовать систему наставничества в хирургической стоматологии, привлекая к этой работе врачей со стажем от 10 до 20 лет, которые, по данным нашего исследования, сочетают опыт, уверенность и креативность мышления.

7. Целесообразно региональным органам здравоохранения разработать дополнение к системе оценки качества оказания медицинской помощи, позволяющие идентифицировать врачебные ошибки, отличая их от других дефектов, и закрепить обязательные методы их предупреждения нормативным актом.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. – 1941. № 3. – С. 3–5.

2. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для врачей и врачей-экспертов по дефектам медицинской помощи // Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе, Национальная медицинская палата, Москва, 2015. – 200 с.

3. Махамбетчин М.М. Врачебные ошибки: причины, анализ и предупреждение // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 240 с.

4. Засыпкина Е.В., Катрунов В.А., Кузнецова М.Н. К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 243–247.

5. Григович И.Н. Может ли врач работать без ошибок? // Биоэтика. – 2011. №1(7). – С. 19–21.

6. Доника А.Д., Кожевников Л.Л., Рева И.Е. Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии) // Биоэтика. – 2011. № 1(7). – С. 32–34.

## REFERENCES

1. Davydovsky I.V. Medical errors. Sovetskaya medicina = Soviet medicine. – 1941;3:3–5. (In Russ.).

2. Starchenko A.A., Tarasova O.V., Saldueva O.V., Guzhenko M.D. Map of medical care defects: a manual for doctors and medical experts on medical care defects. Nacional'noe agentstvo po bezopasnosti pacientov i nezavisimoj medicinskoj ekspertize, Nacional'naya medicinskaya palata palata = National Agency for Patient Safety and Independent Medical Examination, National Medical Chamber Chamber, Moscow, 2015. – 200 p. (In Russ.).

3. Makhambetchin M.M. Medical errors: causes, analysis and prevention. Moscow: GEOTAR-Media, 2020. – 240 p. (In Russ.).

4. Zasyapkina E.V., Katrunov V.A., Kuznetsova M.N. On the issue of medical errors: methodology and criteria for determining. Byulleten' medicinskih internet-konferencij = Bulletin of medical Internet conferences. – 2016;6(1):243–247. (In Russ.).

5. Grigovich I.N. Can a doctor work without mistakes? Bioetika = Bioethics. 2011;1(7):19–21. (In Russ.).

6. Donika A.D., Kozhevnikov L.L., Reva I.E. Medical error: differentiation of the ethical and legal field (US experience and Russian realities). Bioetika = Bioethics. – 2011;1(7):32–34. (In Russ.).

УДК 61:159.9:614.255.4+616.9:578.834.1

## ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ПРОФЕССИОГЕНЕЗ: ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ МЕДИЦИНЫ

**Алена Димитриевна Доника**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия  
addonika@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8203-6634>

**Аннотация.** На фоне общего роста численности старших возрастных групп населения и сохраняющегося дефицита врачей проблема воспроизводства кадров в современных реалиях приобретает особую актуальность для национального института здравоохранения. Экстремальные условия пандемии явились своеобразным триггером для решения кадровой проблемы в медицине, новой организационной практикой репрофессионализации врачей. В статье обсуждается проблема пролонгации профессиональной траектории врача, как возможного подхода к решению кадрового дефицита в медицине. Демонстрационно использованы показатели статистических баз открытого доступа. Для обоснования рабочей гипотезы использована модель профессиогенеза Е. А. Климова с периодами оптации, адаптации, интернализации, мастерства, авторитета, наставничества.

**Ключевые слова:** профессиональная группа врачей, пандемия, постарение нации, репрофессионализация, профессиогенез

## PROLONGED PROFESSIOGENESIS: POSTCOVID MEDICINE SYNDROME

**Alena D. Donika**

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia  
addonika@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8203-6634>

**Abstract.** Against the background of a general increase in the number of older age groups of the population and the continuing shortage of doctors, the problem of personnel reproduction in modern realities is of particular relevance for the National Institute of Health. The extreme conditions of the pandemic were a kind of trigger for solving the personnel problem in medicine with a new organizational practice of reprofessionalization of doctors. The article discusses the problem of prolonging the professional trajectory of a doctor as a possible approach to solving the shortage of personnel in medicine. Demonstratively, indicators of statistical bases of open access are used. To substantiate the working hypothesis, the model of occupational genesis by E. A. Klimov with periods of option, adaptation, internalization, mastery, authority, mentoring.

**Keywords:** professional group of doctors, pandemic, aging of the nation, reprofessionalization, profesiogenesis

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Реализация национальных и федеральных проектов последних лет, связанных с повышением качества жизни населения, невозможна без сохранения и укрепления его здоровья.

В этой связи решение кадровых проблем в медицине приобретает государственное значение. Воспроизводство медицинских специалистов носит длительный и затратный характер с отсроченным эффектом и слабо прогнозируемой динамикой.

Практически востребованным в современных демографических реалиях представляется разработка организационных техник пролонгации профессиональной траектории врача на основе комплексного анализа текущей ситуации и теоретического обоснования оправданности такого подхода.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ** – исследование перспективы репрофессионализации в условиях постарения нации для профессиональных групп с высоким уровнем экспертного знания на модели профессии врача.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

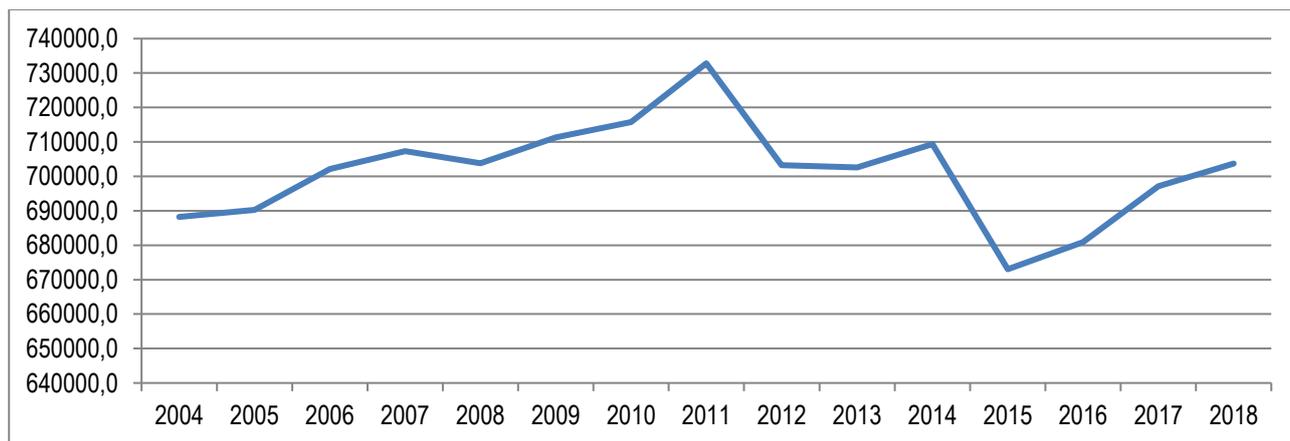
Проведен обзор открытых баз данных, источников специальной литературы по рассматриваемой проблеме. Использованы статистические данные официального сайта Росстата <https://www.fedstat.ru/indicator/31547>.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Накануне пандемии наблюдался подъем общей численности врачей с ренессансом показателей в 2011, 2014, 2018 гг., как результата принимаемых государственных мер, с тенденциями математической регрессии (рис. 1):  $Y = -382,83x + 704\,511$ .

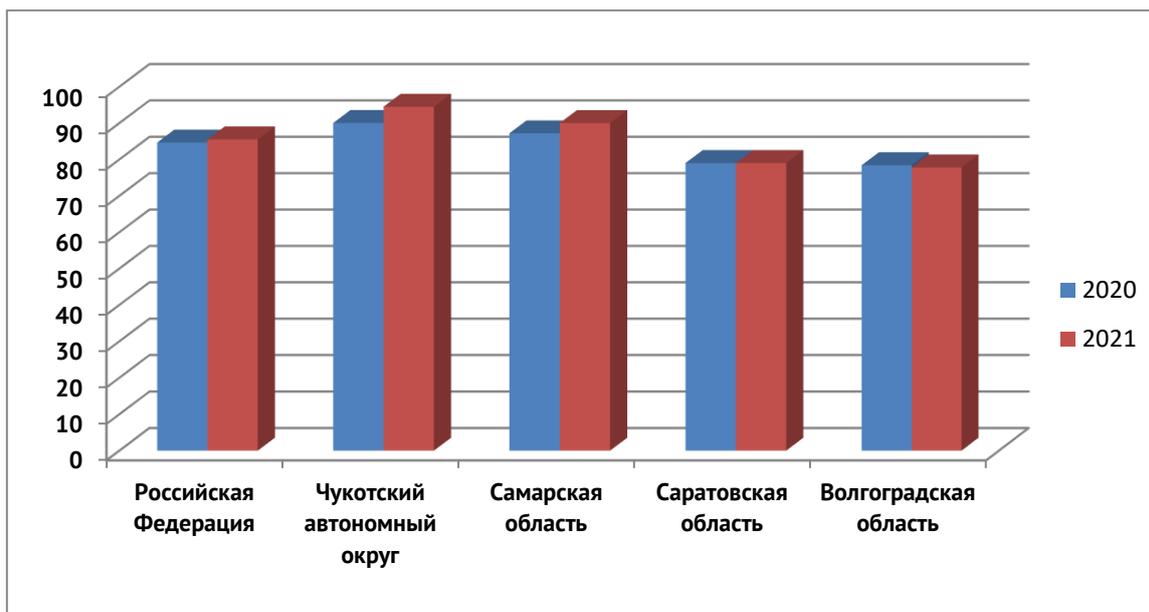
Тем не менее сохранялся дефицит кадров медицинских специалистов, прежде всего, врачей сельской местности, в период пандемии составляя в среднем по РФ около 15–25 % (рис. 2).

В то же время, несмотря на сложные условия пандемии, в 2021 г. нормализуются показатели оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению с положительной динамикой в течение года (рис. 3). Аналогичные показатели отмечаются в 2022 году (по состоянию на июнь 2022 г.) и сохраняют те же тенденции прироста, представленные уравнением:  $y = 113,87x - 72,992$ .

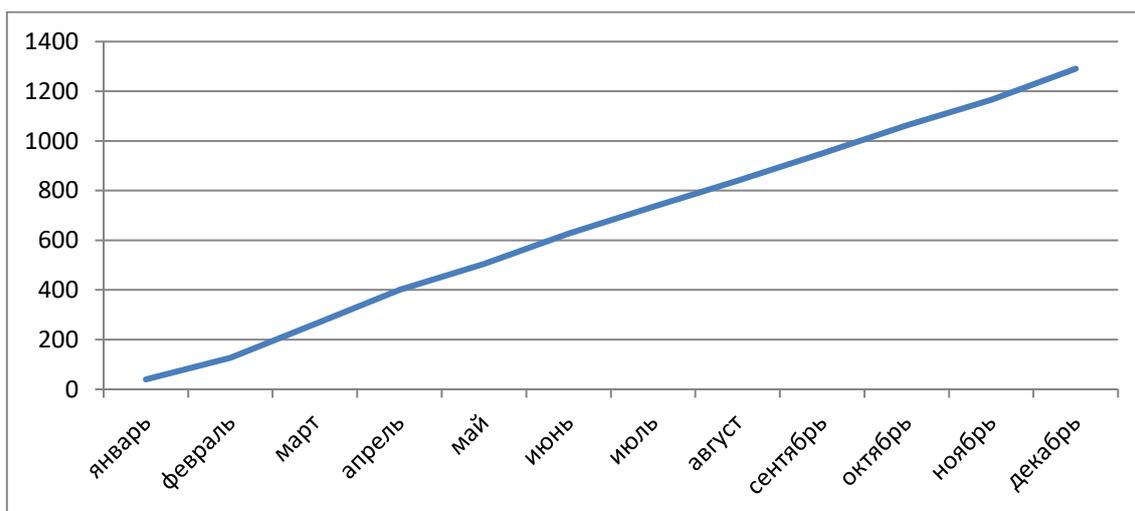


**Рис. 1.** Динамика численности врачей, оказывающих медицинские услуги населению, по показателю «численность врачей всех специальностей на конец года»<sup>1</sup>  
(По оси ординат: число врачей. По оси абсцисс: годы расчета показателя)

<sup>1</sup> Согласно методике расчета в общую численность врачей включаются лица с высшим медицинским образованием, занятые в лечебно-профилактических организациях, организациях служб по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, учреждениях социального обеспечения, клиниках вузов и НИИ, дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка и др..(<https://www.fedstat.ru/indicator/31547#>).



**Рис. 2.** Укомплектованность фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий медицинскими работниками в динамике двух лет (2020–2021 гг.)<sup>2</sup>  
 (По оси ординат: показатель укомплектования в процентах. По оси абсцисс: территория)



**Рис. 3.** Объемы оказанной высокотехнологичной медицинской помощи населению за 2021 год<sup>3</sup>  
 (По оси ординат: тысячи единиц. По оси абсцисс: месяцы 2021 г.)

Кадровый дефицит специалистов – определенно тренд времени, поскольку в национальной выборке прогрессирует демографическая тенденция, условно

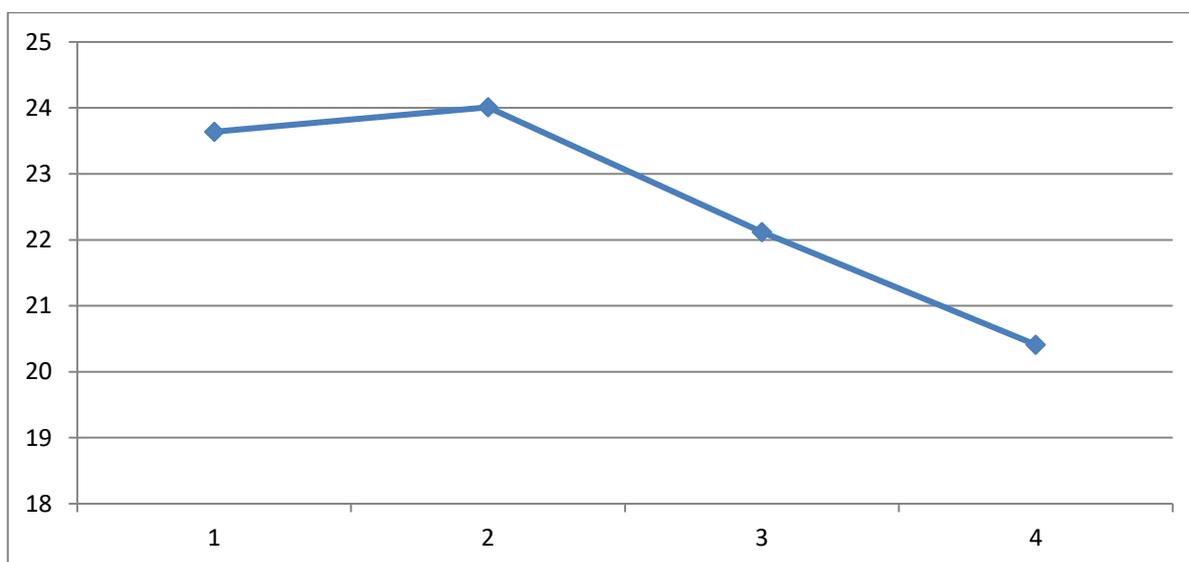
названная «феноменом постарения нации», с ростом численности старших возрастных групп [1]. В рамках Федерального проекта «Старшее поколение» появляются новые

<sup>2</sup> Показатель рассчитывается как соотношение числа занятых должностей средними медицинскими работниками в фельдшерских пунктах, фельдшерско-акушерских пунктах и врачами во врачебных амбулаториях к числу штатных должностей указанных категорий медицинских работников (<https://www.fedstat.ru/indicator/61204#>).

<sup>3</sup> Согласно методике, утверждена приказом Минздрава России от 1 апреля 2021 г. № 279 «Об утверждении методик расчета показателей федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», входящего в национальный проект «Здравоохранение» (<https://www.fedstat.ru/indicator/59670#>).

статистические показатели, отражающие актуальные демографические паттерны. С 2018 г. ведется учет показателя «Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет (год, значение показателя за год)», который характеризует продолжительность предстоящей жизни лиц, достигших возраста 55 лет, при условии, что по возрастной смертность населения, которая положена в основу построения таблиц смертности, для всего периода предстоящей жизни данного поколения остается неизменной<sup>4</sup>.

Для Волгоградской области, как и для доминирующего большинства субъектов РФ наблюдается отрицательная динамика рассматриваемого показателя, в частности в 2021 году в среднем прогнозируемая продолжительность жизни лиц 55 лет составила 20,41 лет, в 2019 г. этот показатель составлял 24,01 года (рис. 4). Для Амурской области рассматриваемые показатели составили соответственно: 20,83 лет (2019 г.) и 18,34 лет (2021 г.); для Саратовской области – 23,45 года (2019 г.) и 19,73 лет (2021 г.).



**Рис. 4.** Динамика показателя «Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет» для Волгоградской области за 2018–2021 гг.

(По оси ординат: прогнозируемые годы жизни после 55 лет.  
По оси абсцисс: годы – 2018(1), 2019(2), 2021(3), 2024(4).)

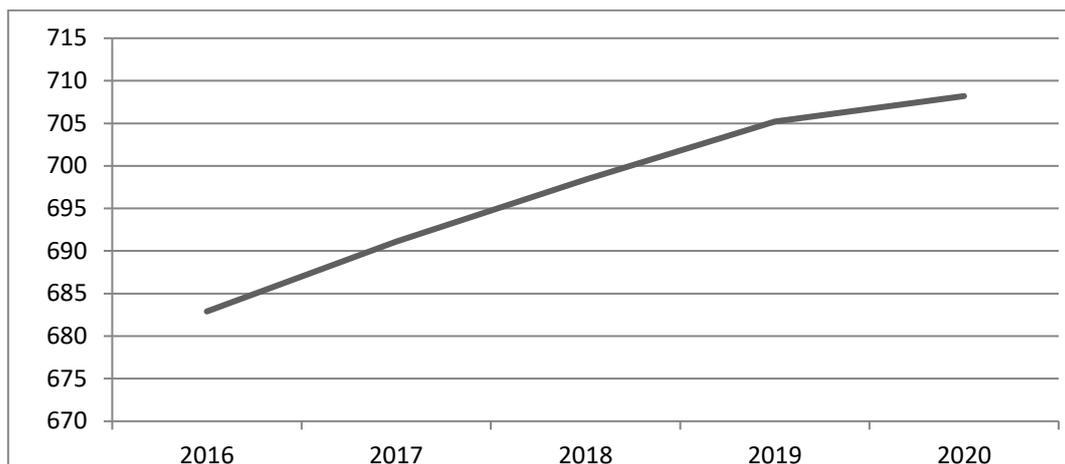
На территории Волгоградского региона также отмечается характерная для всей Российской Федерации тенденция, отражающая феномен постарения нации – рост численности населения старше трудоспособного – пенсионного возраста (рис. 5) [2].

На фоне снижения численности возрастных групп моложе трудоспособного возраст для Волгоградского региона, как и в целом для РФ, наблюдается стойкая тенденция к снижению численности населения в трудоспособном возрасте (рис. 6) [2].

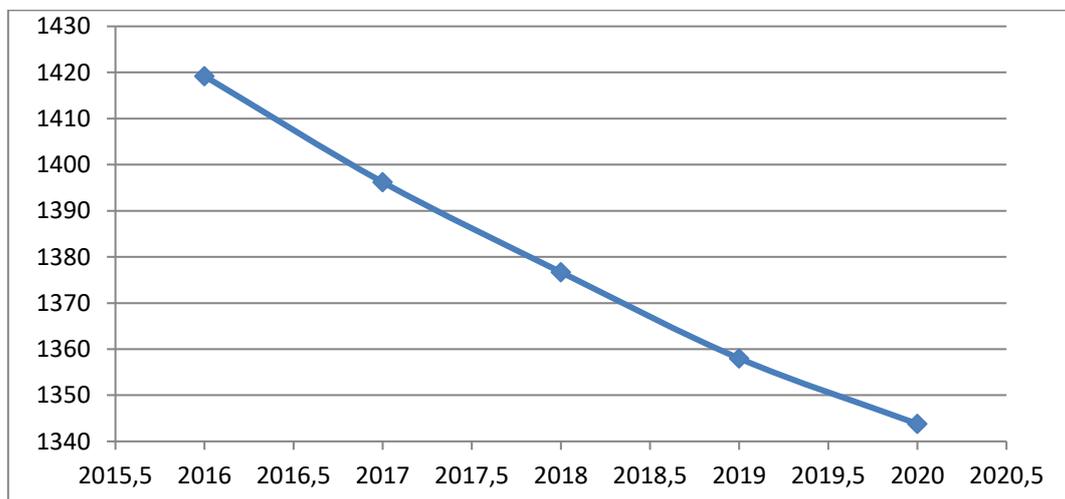
Рост численности старшей возрастной группы (пенсионного возраста) на территории региона описывает уравнение, отражая стойкую тенденцию:  $Y = 6,47x + 677,75$   $R^2 = 0,9778$ .

Таким образом, на фоне общего роста численности старших возрастных групп населения и сохраняющегося дефицита врачей проблема воспроизводства кадров в современных реалиях приобретает особую актуальность для национального института здравоохранения.

<sup>4</sup> URL: <https://www.fedstat.ru/organizations/?expandId=1831123#fpsr1831123> (дата обращения: 20.05.2022).



**Рис. 5.** Динамика численности населения Волгоградской области в возрасте старше трудоспособного (По оси ординат: численность в тыс. чел. По оси абсцисс: годы)



**Рис. 6.** Динамика численности населения Волгоградской области (на конец года), тыс. человек в трудоспособном возрасте (По оси ординат: численность рассматриваемой группы в тыс. чел. По оси абсцисс: годы)

Пандемия новой коронавирусной инфекции не создала рассматриваемую проблему, только усугубила ее организационными и кадровыми решениями экстренного характера, направленными, на покрытие дефицита кадров в ковидариях. В тоже время именно экстремальные условия пандемии явились своеобразным триггером для появления новой организационной практики – репрофессионализации врачей.

В разгар пандемии COVID-19 14 октября 2021 году министр здравоохранения Михаил Мурашко обратился к врачам старшей возрастной группы, которые ушли на самоизоляцию или пенсию с просьбой вернуться к работе<sup>5</sup>. К инициативе присоединились регионы. Глава Ульяновского Минздрава Александр Гашков в своем обращении врачам отметил, что «бывших медиков не бывает... Сейчас, в это трудное время, на помощь

<sup>5</sup> URL: <https://www.forbes.ru/news/442887-minzdrav-poprosil-vrachej-pensionerov-vernut-sa-k-rabote> (дата обращения: 10.02.2022).

старшим товарищам вышли на «передовую» борьбы с COVID-19 наши дети – будущие медицинские специалисты, студенты и волонтеры, они также нуждаются в ваших знаниях, умениях и многолетнем опыте! Если вам по состоянию здоровья не рекомендуется проводить приемы пациентов, мы можем предложить вам работу в контактных центрах, где больным также необходимы ваши профессиональные рекомендации и доброе слово...»<sup>6</sup>.

В этот же период в разных регионах РФ были предложены и условия для возвращения врачей в профессию, которые можно типологизировать в модели репрофессионализации врачей:

✓ *горизонтальная* – с изменением специализации (привлечение врачей-пенсионеров для оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях амбулаторно-поликлинического звена);

✓ *вертикальная* – с заменой трудовых функций на административные (наставничество, менеджмент и др.).

✓ *компромиссная* – со значительным снижением трудовой нагрузки и напряженности труда.

Теоретической основой научного обоснования успешности такого подхода может служить периодизация профессионального развития Е. А. Климова (1998), который выделяет следующие фазы, образующие цикл профессионализации (рис. 7):

- оптация – период выбора профессии,
- фаза адепта – освоение профессиональных знаний и умений, а также системы профессиональных ценностей;
- адаптация – вхождение в профессию и привыкание к ней;
- фаза интернала – приобретение профессионального опыта;
- мастерство – квалифицированное выполнение трудовой деятельности;
- фаза авторитета – достижение профессионалом высокой квалификации;
- наставничество – передача профессионалом своего опыта [3].

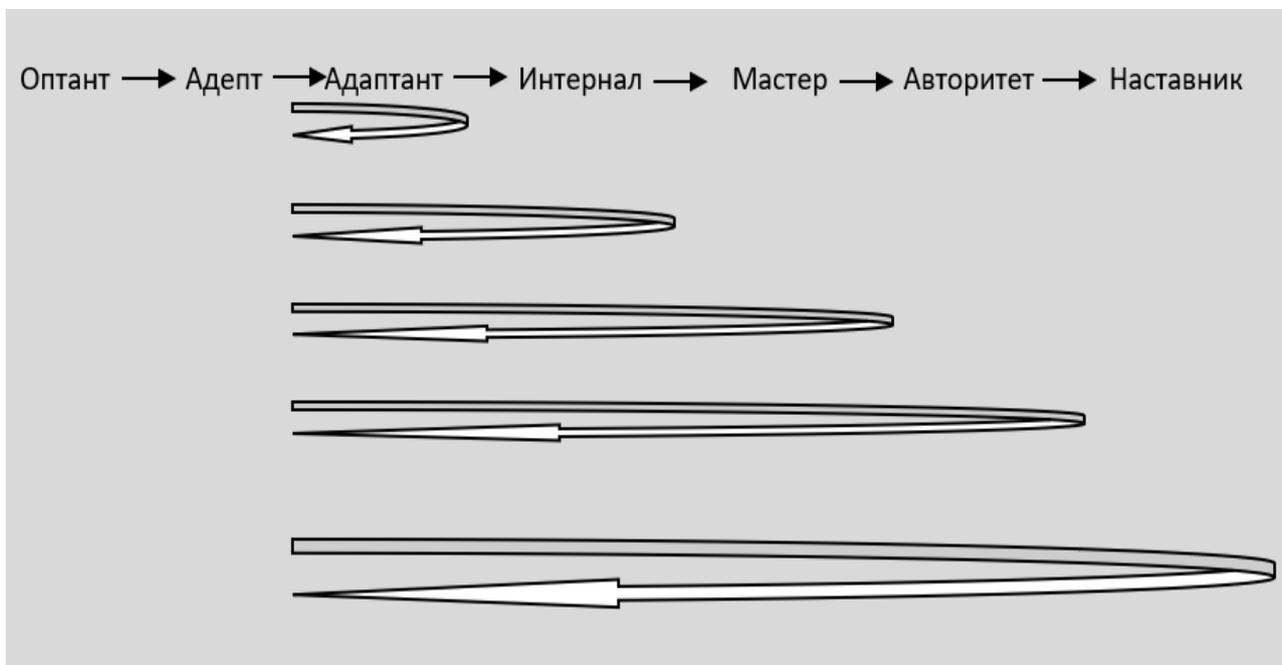


Рис. 7. Фазы профессионализации по Е. А. Климову [4]

<sup>6</sup> URL: <https://ulpressa.ru/2021/10/19/%D0%91%D1%8B%D0%B2%D1%88%D0%B8%D1%85-%D0%BD%D0%B5-%D0%B1%D1%8B%D0%B2%D0%B0%D0%B5%D1%82-%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%B8%D1%82-%D0%BC%D0%B5%D0%B4/> (дата обращения: 10.02.2022).

Возможно, не только последовательная смена фаз, но и возвращение к предыдущим, например, при выборе узкой специальности или при смене места работы.

Особенностью профессии врача является комплиментарность процессов профессионализации и социализации – с возрастом приобретается не только профессиональный, но и жизненный опыт, появляются устойчивые интересы, социальные установки, формируются нравственные императивы и т.д. Если специалист не менял профессиональное поле, стадия наставничества совпадает с периодом поздней зрелости, для которого характерны потребность передать свой опыт другим, есть желание реализовать роль учителя, «мастера». Следовательно, уход из профессии по критерию пенсионного возраста может аннулировать в индивидуальном профессионализме фазу наставничества и даже авторитета [5].

Другой аргумент в поддержку значимости поздних фаз профессионализации для врача и (или) репрофессионализации связан с высокой интеллектуальной ценностью медицинских знаний, сложностью приобретаемых практических навыков и особой значимостью личного профессионального опыта. Это создает определенные сложности воспроизводства медицинских специалистов, обусловленные длительностью и непрерывностью получения знаний, необходимостью поддержания и совершенствования практических навыков [6].

В то же время смена фаз профессионализма сопровождается и нормативными кризисами. Так, для стадии наставничества факторами риска социально-профессиональной дезадаптации являются высокий уровень рефлексии, снижение толерантности к психотравмирующим ситуациям, деформация динамических стереотипов, необходимость смены стратегий мышления и когнитивных схем. Следовательно, требуется социально-психологическое сопровождение каждой фазы, в том числе и вариативной – фазы репрофессионализации [7].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый дефицит врачей в период пандемии обострил проблему воспроизводства кадров в медицине. Появилась новая организационная практика, которую можно определить как фазу репрофессионализации врача с возможными вариантами (моделями). Такой подход оправдан экстремальной ситуацией и вряд ли должен войти в рутинную практику воспроизводства в институте здравоохранения. В то же время дефицит врачей на фоне общего «постарения» нации, усугубленный пандемией, определяет необходимость пролонгации профессиональной траектории в медицине с поиском замещающих форм профессионализма в зрелом возрасте, удовлетворяющих интересам общества и профессиональной группы.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Еремина М.В. Социальная группа «65+»: этическая дилемма пандемии // Биоэтика. 2022. Т. 15, № 1. С. 46–50.
2. Шестакова И.В. Проблема старения для Волгоградской области // Здоровое долголетие – 2022. Материалы региональной научно-практической конференции / Под ред. В.В. Шкарина. Волгоград, 2022. С. 34–36.
3. Носкова О.Г. Психология труда: учебное пособие для студ. вузов / Под ред. Е.А. Климова. М.: Издательский центр «Академия», 2004. С. 126–128.
4. Климов Е.А. Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологических свойств нервной системы. – Казань: КГУ, 1969. – 221 с.

5. Доника А.Д. Профессиональная онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. М., 2009.
6. Шкарин В.В. Волгоградский опыт гуманитарного образования в медицинском вузе // Биоэтика. 2020. № 1 (25). С. 22–27.
7. Доника А. Д. Репрофессионализация врачей как фактор активного долголетия // Здоровое долголетие – 2022. Материалы региональной научно-практической конференции / Под ред. В.В. Шкарина. Волгоград, 2022. С. 28–30.

## REFERENCE

1. Eremina M.V. Social'naya grupa «65+»: eticheskaya dilemma pandemii // Bioetika. 2022. T. 15. № 1. S. 46–50.
2. Shestakova I.V. Problema postareniya dlya Volgogradskoj oblasti // Zdorovoe dolgoletie – 2022. Materialy regional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii. Pod redakciej V.V. Shkarina. Volgograd, 2022. S. 34–36.
3. Noskova O.G. Psihologiya truda: uchebnoe posobie dlya stud.vuzov / Pod red. E.A.Klimova. M.: Izdatel'skij centr «Akademiya», 2004. S.126–128.
4. Klimov E.A. Individual'nyj stil' deyatel'nosti v zavisimosti ot tipologicheskikh svojstv nervnoj sistemy. Kazan': KGU, 1969. 221 s.
5. Donika A.D. Professional'nyj ontogenez: mediko-sociologicheskie i psihologo-eticheskie problemy vrachebnoj deyatel'nosti, Moskva, 2009.
6. Shkarin V.V. Volgogradskij opyt gumanitarnogo obrazovaniya v medicinskom vuze // Bioetika. 2020. № 1 (25). S. 22–27.
7. Donika A.D. Reprofessionalizaciya vrachej kak faktor aktivnogo dolgoletiya // Zdorovoe dolgoletie – 2022. Materialy regional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii. Pod redakciej V.V. Shkarina. Volgograd, 2022. S. 28–30.

УДК 61:81.42

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТАФОРЫ В НАУЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ТЕКСТЕ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТОВ Н. М. АМОСОВА)

**Наталья Владимировна Ефремова**<sup>✉</sup>

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
diviya1905@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9994-4364>

**Екатерина Александровна Чигринова**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия  
kat-belka1990@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5237-8748>

**Аннотация.** В настоящей статье говорится о сочетании традиционного способа познания окружающего мира и современных методов исследования медицинского собственно научного текста. Объектом познания медицины, как правило, является человек и его заболевания. Известно, что медицина представляет собой самую традиционную область науки, менее всего подверженную изменениям. Возможность исследования метафоризации научного текста через призму антропоцентризма, рассмотрение деятельности и мышления человека повлекли за собой расширение способов исследования картины мира адресанта и потребовали изменения жесткой структуры научного стиля речи, включения в него эмоционального компонента, отражающего личность автора. Метафора в научном стиле является предметом изучения многих исследователей в области психологии, лингвистики и философии. Если ранее метафора использовалась в литературном тексте как художественный прием, то в современных исследованиях ее использование в научном тексте служит созданию новых смыслов, понятий, терминов. В нашем исследовании метафора рассматривается с точки зрения ее типов и функционирования в собственно научном медицинском тексте Н. М. Амосова, подтверждая тем самым его многогранность и многозадачность. Также в исследовании говорится о диалогичности научного текста ученого, поскольку употребление метафоры в тексте позволяет установить контакт адресанта и адресата, эксплицируя идеи, теории, предположения, изменяя картину мира читателя. Рассматриваются и анализируются конкретные текстовые примеры использования метафоры в научном тексте при описании патологий и заболеваний сердца, создающие особый эмоциональный фон, поскольку названный художественный прием является, на данный момент, одним из основных показателей эмоциональности научного текста и его инструментом познания через диалог адресата и адресанта.

**Ключевые слова:** метафора, собственно научный текст, картина мира адресанта, терминосистема, лингвистический анализ

## THE USE OF METAPHOR IN SCIENTIFIC MEDICAL TEXT (BASED ON MEDICAL TEXTS OF N. M. AMOSOV)

**Nataliya V. Efremova**<sup>✉</sup>

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
diviya1905@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9994-4364>

**Ekaterina A. Chigrinova**

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia  
kat-belka1990@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5237-8748>

**Abstract.** This article talks about the combination of traditional way of knowing the world around with modern research methods in a medical scientific text itself. The object of medicine knowledge, as a rule, is a person and his diseases. Medicine, as a rule, is the most traditional field of science, the least subject to change. The possibility

of studying the metaphORIZATION of a scientific text through the prism of anthropocentrism, considering the activity and thinking of a person led to the expansion of ways to study the picture of the world of the addresser and required a change in the rigid structure of the scientific style of speech and the inclusion of an emotional component in it, reflecting the author's personality. Metaphor in the scientific style is the subject of study of many researchers in the field of psychology, linguistics and philosophy. If earlier metaphor was used in a literary text as an artistic device, now it's used in a scientific text serves to create new meanings, concepts, terms. In our study, the metaphor is also considered from the point of view of its types and functioning in the actual scientific medical texts of N. M. Amosov, thus confirming its versatility and multitasking. It also talks about the dialogic nature of the scientist's scientific text, since the use of a metaphor in the text makes it possible to establish contact between the addresser and the addressee, explicating ideas, theories, assumptions, changing the reader's picture of the world. Specific textual examples of the use of metaphor in a scientific text in describing pathology and heart diseases are considered and analyzed, which create a special emotional background, since the metaphor is, so far, one of the main indicators of the emotionality of a scientific text and its tool of knowledge through a dialogue between the addressee and the addressee.

**Keywords:** metaphor, scientific text proper, addresser's picture of the world, term system, linguistic analysis

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной статьи состоит в исследовании употребления метафоры в собственно научном тексте. Изучается функционирование различных типов метафор в медицинском тексте Н. М. Амосова, эмотивное воздействие метафоры на адресата и возникающая при этом диалогичность между адресантом и адресатом.

Предметом изучения являются функции метафоры в собственно научном тексте.

Языковым материалом исследования являются метафоры и метафоричные выражения, полученные методом сплошной выборки из книги Н. М. Амосова «Терапевтические аспекты кардиохирургии».

Цель работы – на конкретном текстовом материале описать особенности использования метафоры в научном медицинском тексте, особенности ее типологизации и функционирования.

Предмет, цель исследования определили необходимость постановки и решения следующей задачи: раскрыть основные особенности типов метафор и их функционирования на конкретном текстовом материале.

Методами исследования послужили эвристический метод сбора языкового материала, метод контекстуального анализа, метод компонентного анализа и метод статистического анализа. Использование

данных методов позволило отобрать языковой материал научного стиля современного научного знания, определить типологию метафор, представленных в медицинском тексте.

В современной лингвистике об исследовании метафоры, ее значении и использовании в научном медицинском тексте писали такие ученые как Е. А. Баженова, Л. В. Бронник, О. С. Зубкова, Л. В. Кульчицкая, И. В. Телешева, Ю. Г. Фатеева. За последнее время научный текст отходит от жесткой структуризации и ставит в основу изучения антропоцентризм и понимание человека, носителя языка как центра научной мысли и знания. Научный текст выступает средством кодирования и передачи информации. Информация сохраняется и передается от адресанта к адресату путем сравнения уже известного с непознанным, конкретного и абстрактного, анализа и синтеза полученной информации.

Немаловажное значение в собственно научном тексте играет роль адресата. Как правило, сам адресат скрыт под жестко структурированной схемой подачи материала, конструкциями, шаблонами, терминами. Но проследить личность автора возможно и в научном тексте по использованию экстралингвистических и лингвистических единиц. К стилообразующим

факторам научного стиля относятся точность, конкретика, наличие адресата и адресанта, цели сообщения научной информации, своего понятийного аппарата. Научный стиль представляет такую сферу человеческого общения, которая демонстрирует форму общественного сознания и различные формы деятельности, отражая объективность, абстрактность, логичность изложения и доказательность. Однако наука – это не только сообщение сухих фактов и предположений, поэтому здесь возможен и реален человеческий фактор, предполагающий выражение личности автора в тексте посредством лингвистических единиц. Наличие метафоры в научном тексте приводит к еще одному его свойству диалогичности.

Адресант, исходя из замысла, кодирует определенный смысл в научном тексте, задача адресата – раскрыть и понять этот смысл через расшифровку вербальных знаков. Другими словами, основная цель дискурсивной деятельности автора научного медицинского текста – формирование в сознании адресата особой модели мира. Функциональное назначение языковых единиц в научном тексте при этом направлено на создание смысла, который должен расшифроваться адресатом и войти в картину мира адресата.

Учитывая то, что понимание происходит в процессе «вживания» в текст, «погружения» в его содержание, сопоставления содержания текста с «собственным социальным опытом» [10, с. 104], адресант, реализуя замысел, шифрует определенный смысл, опираясь на прогноз реакции адресата, поэтому полноценное погружение в научный текст невозможно без знания культурологической и языковой картин мира адресата. В зависимости от намеченной цели и типа текста – научно-популярного, собственно-научного или учебно-научного – адресант может оперировать понятиями, смыслами, терминами, предоставляя адресату возможность при восприятии самостоятельно восстановить знания

или, наоборот, использовать дополнительные средства развертывания высказывания, чтобы восполнить недостающие знания, осуществляя тем самым более плавный переход от одного компонента содержания к другому [2]. Все это, безусловно, способствует тому, что преодолевается непонимание между адресантом и адресатом. Вместе с тем при передаче научной информации адресант организует монологическое повествование как процесс когниции, в котором экстралингвистическая реальность соотносится с объемом знаний адресата и с его возможными оценками. Поэтому различия в мировоззрении, культурологическом и других аспектах могут повлиять на восприятие текста в целом.

Важным средством актуализации фактора адресата в собственно научном тексте является тот эмоциональный фон, который отражает личность автора, момент поиска его научного открытия, несущий элементы информации картины мира адресанта, отношения к существующему научному знанию и опыту предшественников, необходимый для воздействия на читателя.

Эмотивные средства в научном тексте не являются необходимой составляющей для смысловой структуры и допускаются лишь в ограниченных пределах, поскольку научный текст имеет свою жесткую структуру и рационально-логический характер научного воздействия. Они создают представление о личности автора и воздействуют на психологическое убеждение адресата.

Мы считаем, что эмотивная составляющая в тексте всегда выражается эмоциональными элементами содержания. В нашем понимании, текст обладает чертами эмотивности не потому, что в него включены лексические средства, специально используемые автором для передачи эмоций, и речевые приемы их организации, а потому, что он содержит элементы эмоциональной информации, которая находит выражение на уровне формы.

В научном тексте экспрессивную составляющую могут нести многие нейтральные речевые средства, повышающие аргументированность высказанного научного положения, усиливающие логичность вывода, точность рассуждения и т.п., тем самым способные заинтересовать адресата, воздействовать на его знания, опыт, теории.

Основная цель собственно научного текста – донести свою теорию, идею до читателя-адресата – достигается адресантом в процессе: а) определения важности научной проблемы; б) использования специальных терминов, обеспечивающих сжатость, компрессию научного текста; в) соблюдения строгой последовательности изложения материала (постановка проблемы, доказательство актуальности, обзор источников, представление позиции автора, ее логическое доказательство, формулировка выводов и обобщений, подведение итогов).

Специфической особенностью собственно научных текстов является то, что они не только содержат новое научное знание, полученное в результате научных исследований теоретического или эмпирического характера, но и в определенной степени воспроизводят ход получения этого знания с целью повышения доказательности, аргументированности полученных выводов.

Достаточно долгое время употребление метафоры в собственно научном тексте было недопустимо, поскольку названный художественный прием создавал многозначную трактовку значений. Т. Гоббс отмечал: «Свет человеческого ума – это вразумительные слова, предварительно очищенные от всякой двусмысленности точными дефинициями» [4, с. 63]. Употребление в научном тексте глубоких в смысловом содержании метафор позволяет внести в него креативность и неожиданность. Еще Р. Хоффман заметил: «Метафора может быть применена в качестве орудия описания и объяснения в любой

сфере: в психотерапевтических беседах и в разговорах между пилотами авиалиний, в ритуальных танцах и в языке программирования, в художественном воспитании и в квантовой механике. Метафора, где бы она нам ни встретилась, всегда обогащает понимание человеческих действий, знаний и языка» [14, с. 372]. В XX веке системы познания рассматриваются по-новому, запускается процесс переосмысления метафоры, в результате чего она начинает восприниматься как неотъемлемый элемент речи, способный создавать целостность, объединять разнородный материал [5, с. 103].

Лингвистический анализ научных концепций разных областей знания показывает, что без метафоры изложение мыслей и реализация большинства прагматических целей адресанта были бы не столь эффективны. Набор функций, которые выполняет метафора в медицинском дискурсе, определяется целью и задачами, ценностями, составом участников, местом и временем протекания коммуникации. Высокая продуктивность метафорических переносов в языке является результатом сочетания в их структуре нескольких функций.

Метафора – это сложный феномен, возникающий при взаимодействии двух комплексов смысла – содержания и оболочки. Она передает возможность человека находить сходство и различие между объектами окружающего мира и используется для обозначения характеристики феномена, предмета, лица, явления одного класса через значения, свойственные другому классу предметов или явлений через общие черты. Метафора реализует одну из важнейших функций – когнитивно-прагматическую, воздействуя и преобразуя картину мира читателя.

Набор функций, которые выполняет метафора в научном тексте, определяется целью и задачами текста, ценностями, ролями адресата и адресанта, местом и временем протекания коммуникации.

Естественно, что тип оценочно-экспрессивных метафор в текстах научного стиля содержится в минимальном количестве, в силу того, что научный стиль требует объективности, логичности и однозначности в своем оформлении.

Так, в собственно научном медицинском тексте Н. М. Амосова, основываясь на классификации В. Н. Телия [10], можно обнаружить метафоры различных типов, которые группируются на основе выполняемой ею функций, служат средством обоснования или иллюстрации отдельных его научных положений.

**1) идентифицирующая метафора** (описывает объект как таковой).

*«Отличительная черта таких функциональных шумов – их непостоянство, изменчивость, исчезновение или ослабление в положении стоя. На ФКГ они имеют веретенообразную форму, как правило, располагаются в мезодиастоле» [1, с. 93], «Основанием для него служит типичный "машинный" систоло-диастолический шум во II–III межреберье слева у грудины» [1, с. 40]; «Рентгенологически продолжают отмечаться увеличение и усиленная пульсация левых отделов сердца, симптом "кормысла". ЭКГ-динамика мало выражена» [1, с. 52]; «В зависимости от нарушений снабжения кислородом тканей организма в ней врожденные пороки сердца разделены на 2 группы – "синие" и "белые", с цианозом и без него. При этом некоторые пороки попали в обе группы, поскольку на различных стадиях их развития насыщение крови кислородом изменяется и часть "белых" пороков переходит в "синие"» [1, с.72];*

**2) предикативная** (описывает признаки объекта).

*«При "взрослом" типе коарктации артериальный проток обычно закрыт, выражены престенотическая гипертензия и гипертрофия левого желудочка. При «инфантильном» типе, когда артериальный проток остается открытым, возникает легочная гипертензия, возрастает сопротивление сосудов малого круга и может*

*появиться право-левый шунт в нисходящую часть аорты с развитием цианоза в нижней половине тела» [1, с. 44]. «В условиях снижения энергетических затрат гипоксия развивается медленно и наиболее чувствительные органы (мозг, сердце, печень) на определенное время могут быть выключены из кровообращения. Охлаждение больного создает возможность для проведения манипуляций на "сухом" сердце» [1, с. 23]. «Стенозы – всегда "тихие" пороки, так как ударный объем небольшой и пульсация грудной клетки не выражена» [1, с. 143]; «Переходим к специальным прямым, инвазивным, или, как их иногда называют "кровавым", методам исследования сердечно-сосудистой системы» [1, с. 19].*

В данных типах метафор автор, используя описание определения *кровавый*, *сухой*, имплицитно описывает сердце как сухое, так и *кровавое*, то есть показывает две противоположные стороны своей работы в период оперативного вмешательства. Используя оценочный компонент для существующих реалий, автор старается найти поддержку, воздействуя на эмоциональную сферу реципиентов;

**3) оценочная метафора** (выражает оценочное отношение субъекта к обозначаемому).

*«При значительном вовлечении в процесс подклапанных структур сужение принимает воронкообразную форму, получившую название "рыбьего рта"» [1, с. 101]; «При осмотре грудной стенки иногда отмечается выпячивание в области сердца ("сердечный горб"), чаще наблюдаемое при возникновении порока в детстве» [1, с. 128]; «Необходимым условием успешного проведения операции является удаление участков эпикарда, рубцовые изменения которого играют ведущую роль в синдроме "панцирного сердца"» [1, с. 176]; «В дальнейшем отмечается прогрессирующее увеличение левого желудочка, а затем и левого предсердия. Сердце приобретает характерную форму "сидящей утки"» [1, с. 153].*

Субъект в данной функции зашифровывает информацию, которую читатель должен расшифровать. Данная функция содержит в себе код, представляющий сжатую, упакованную в метафору информацию, как способ обратить внимание на какую-либо проблему;

4) **оценочно-экспрессивная метафора** (выражает эмотивное отношение к обозначаемому).

*«Тень сердца приобретает характерную конфигурацию "деревянного башмачка": верхушка приподнята над диафрагмой и закруглена, дуга легочной артерии уменьшена, что подчеркивает талию сердца»* [1, с. 71.]; *«При аускультации основным признаком порока является грубый, "скребущий" систолический шум с эпицентром во II межреберье справа у грудины или в точке Боткина»* [1, с. 152];

5) **образная** (представляет объект как существующий в некотором художественно выстроенном мире)

*«Поэтому охлаждение допустимо только до такого критического уровня, который создает условия для кратковременных внутрисердечных манипуляций, осуществляемых в течение 5–7 мин. Этот срок висит над хирургом как дамоклов меч»* [1, с. 23]; *«Следует помнить, что выраженность*

*шума не пропорциональна величине дефекта – прохождение тонкой струи крови через небольшое отверстие может сопровождаться большим систолическим шумом – "много шума из ничего"»* [1, с. 55].

Как видим из приведенных примеров, образные метафоры составляют большую часть от всех метафор, использованных в собственно научном тексте Н. М. Амосова. Самыми частотными метафорами в использовании являются оценочные, предикативные, идентифицирующие метафоры научного стиля. Хочется отметить, что оценочные метафоры представляют собой особый феномен в собственно научном тексте: у них отсутствует образность, поскольку научный стиль жестко структурирован, чаще всего они более точные и в тоже время могут нести в себе обязательное значение оценки, поскольку в механизме их образования используется фактор антропоцентризма. Приведенные примеры из книги Н. М. Амосова «Терапевтические аспекты кардиохирургии» показывают адресату отношение адресанта к основному органу – сердцу, занимающему мысли и чувства автора, являющегося центром его профессионального интереса и творчества.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В завершении статьи можно сделать следующие выводы:

1) метафора является важной частью текстов собственно научного стиля и терминосистемы науки,

2) она выступает в виде инструмента взаимодействия языка науки и окружающего мира,

3) в медицинских текстах собственно научного стиля находят реализацию

практически все типы метафоры и метафорического переноса,

4) оценочно-экспрессивные метафоры в научных текстах представлены самой немногочисленной категорией,

5) образные метафоры используются адресантом при трансляции научной информации для лучшего взаимодействия с адресатом.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Баженова, Е.А. Средства адресации в научном тексте // Медиаскоп. 2012. № 4. С. 6.
2. Бронник Л.В. Сущность концепта: от метафоры отражения к метафоре конструирования // Когнитивно-дискурсивное пространство в современном гуманитарном знании: Сборник научных трудов. Под редакцией И.П. Хутыз. Краснодар: Кубанский государственный университет, 2017. С. 40–45.
3. Зубкова О.С. Специфика функционирования метафоры в индивидуальном лексиконе (на примере медицинской метафоры в разных видах дискурса): диссертация ... к.филол.н. Курск, 2006. 206 с.
4. Кульчицкая Л.В. Метафора в науке и научная метафора в аспекте когнитивной метафорологии: уточнение понятий // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2011. № 4(32). С. 57–66.
5. Телешева И.В. Метафора как способ создания языковой картины мира (на примере морбиальной метафоры в американской прессе) // Слово, высказывание, текст в когнитивном, прагматическом и культурологическом аспектах: материалы II Международной научной конференции, Челябинск, 05–06 декабря 2003 года / Ответственный редактор Л.А. Нefeldова. Челябинск: Челябинский государственный университет, 2003. С. 193–196.
6. Фатеева Ю.Г. Использование художественной литературы при изучении русского языка как иностранного // Проблемы качества обучения зарубежных граждан в медицинских ВУЗах, Волгоград, 02–03 октября 2012 года. IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2012. С. 60–64.
7. Телия В.Н. Метафоризация и ее роль в создании языковой картины мира // Роль человеческого фактора в языке: Язык и картина мира / Б.А. Серебренников, Е.С. Кубрякова, В.И. Поставалова и др. М.: Наука, 1988. 216 с.
8. Баженова Е.А. Средства адресации в научном тексте // Медиаскоп. 2012. № 4. С. 6.
9. Гоббс Т. Левиафан, или Материя, форма и власть государства церковного и гражданского / Пер. с англ. А. Н. Гутермана // Гоббс Т. Сочинения. Т. 2. М.: Мысль. С. 3–545.
10. Hoffman E. Forms of Talk. Oxford: University of Oxford, 1985. P. 327.
11. Гусева С.С. Наука и метафора. Л.: ЛГУ, 1984. 154 с.
12. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии. Киев: Здоров'я, 1983. 295 с.

## REFERENCES

1. Bazhenova E.A. Sredstva adresacii v nauchnom tekste / E. A. Bazhenova // Mediaskop. 2012. № 4. S. 6.
2. Bronnik L.V. Sushchnost' koncepta: ot metafory ot-razheniya k metafore konstruirovaniya // Kognitivno-diskursivnoe prostranstvo v sovremennom gumanitarnom znanii: Sbornik nauchnyh trudov / Pod redakciej I.P. Hutyz. Krasnodar: Kubanskij gosudarstvennyj universitet, 2017. S. 40–45.
3. Zubkova O.S. Specifika funkcionirovaniya metafory v individual'nom leksikone (na primere medicinskoj metafory v raznyh vidah diskursa): special'nost' 10.02.19 «Teoriya yazyka»: dissertaciya na soiskanie uchenoj stepeni kandidata filologicheskikh nauk / Zubkova Ol'ga Stanislavovna. Kursk, 2006. 206 p.
4. Kul'chickaya L.V. Metafora v nauke i nauchnaya metafora v aspekte kognitivnoj metaforologii: utocnenie ponyatij // Social'nye i gumanitarnye nauki na Dal'nem Vostoke. 2011. № 4(32). S. 57–66.
5. Telesheva, I.V. Metafora kak sposob sozdaniya yazykovoj kartiny mira (na primere morbial'noj metafory v amerikanskoj presse) / I.V. Telesheva // Slovo, vyskazyvanie, tekst v kognitivnom, pragmaticheskom i kul'turologicheskom aspektah: materialy II Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii, CHelyabinsk, 05–06 dekabrya 2003 goda / Otvetstvennyj redaktor L.A. Nefedova. CHelyabinsk: CHelyabinskij gosudarstvennyj universitet, 2003. S. 193–196.
6. Fateeva, YU.G. Ispolzovanie hudozhestvennoj literatury pri izuchenii russkogo yazyka kak inostrannogo / YU. G. Fateeva // Problemy kachestva obucheniya zarubezhnyh grazhdan v medicinskih VUZah, Volgograd, 02–03 oktyabrya 2012 goda / IV Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem. Volgograd: Volgogradskij gosudarstvennyj medicinskij universitet, 2012. S. 60–64.
7. Teliya V.N. Metaforizaciya i eyo rol' v sozdanii yazykovoj kartiny mira // Rol' chelovecheskogo faktora v yazyke: YAzyk i kartina mira / B.A. Serebrennikov, E.S. Kubryakova, V.I. Postovalova i dr. M.: Nauka, 1988. 216 s.
8. Bazhenova E.A. Sredstva adresacii v nauchnom tekste / E.A. Bazhenova // Mediaskop. 2012. № 4. S. 6.
9. Gobbs T. (1991). Levafan, ili Materiya, forma i vlast' gosudarstva cerkovnogo i grazhdanskogo / Per. s angl. A. N. Gutermana // Gobbs T. Sochineniya. T. 2. M.: Mysl'. P. 3–545.
10. Hoffman E. Forms of Talk. Oxford: University of Oxford, 1985. P. 327.
11. Guseva S.S. Nauka i metafora. L.: LGU, 1984. 154 s.
12. Amosov N.M., Bendet YA.A. Terapevticheskie aspekty kardiohirurgii. Kiev: Zdorov'ya, 1983. 295 s.

**Круглый стол «Медицина и гуманитарные науки: от редукционизма к холизму» (3 июля 2022 г., Москва)** был организован *Группой реализации проектов (ГРП)* при НП ОЦДС БРИКС «Сотрудничество в области совершенствования системы здравоохранения, здоровьесбережения государств-членов БРИКС «Здравоохранение»» и *Координационным Советом (КС)* по совершенствованию гуманитарного образования в медицинских вузах России при постоянно действующей научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины». Представляем вниманию читателей Резолюцию, принятую по итогам Круглого стола.

## РЕЗОЛЮЦИЯ

### **Круглого тола «Медицина и гуманитарные науки: от редукционизма к холизму», 3 июля 2022 г., Москва**



*Настоящий Круглый стол был организован Группой реализации проектов (ГРП) при НП ОЦДС БРИКС «Сотрудничество в области совершенствования системы здравоохранения, здоровьесбережения государств-членов БРИКС «Здравоохранение»» и Координационным советом (КС) по совершенствованию гуманитарного образования в медицинских вузах России при постоянно действующей научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины».*

Отмечая тревожные тенденции в эволюции современной медицины и тесно связанном с нею медицинском образовании, принципиально и в том числе его гуманитарной составляющей, понимая, что и мировоззрение, и этику формируют именно гуманитарное образование и воспитание, Участники Круглого стола взяли на себя обязательства предпринять соответствующие шаги по разработке концепта «Медицина и гуманитарные науки: от редукционизма к холизму», настоятельно требуемого в настоящее время как связующего и интегративного звена холистического медицинского мировоззрения и адекватных ему философии и логики, неразрывно связанных с клиническим мышлением.

Участниками Круглого стола указано на нарастающие негативные процессы в современной конвенциональной медицине и тесно связанном с ней медицинском образовании, и, прежде всего, его гуманитарной составляющей.

В медицинской науке, начиная со второй половины XX века, постепенно нарастает господство физико-химического редукционизма, стремящегося все процессы в биосистеме и человеческой личности свести только к уровню физико-химических процессов, формируя приоритетность технологизации медицинского знания.

В итоге высокотехнологичная медицинская помощь, призванная обеспечить качественное и квалифицированное

врачевание в целях жизненно необходимого для России здоровьесбережения, продолжает развиваться за счет экспансии в гуманитарную составляющую медицинского образования парадигмы «ремонтной медицины», по сути «отъедая» необходимые учебные часы и профессорско-преподавательские ставки, что с неизбежностью выхолащивает ту содержательную, воспитательную часть обучения, что направлена на формирование корневой для профессии врача компетенции – осознание врачевания как «призвания», «служения» и «искусства». Понятно, что подобным компетенциям нельзя научить, им можно только научиться, будучи подобающим образом воспитанным, с наличием соответствующего уровня знания и личностной архитектоники.

И именно богатейший опыт земской и советской медицины отчетливо показал, что без адекватной гуманитарной оболочки невозможно овладение врачом своей профессией полноценно и комплексно. Искусство врачевания человека страдающего требует холистически мыслящего высококультурного и этически зрелого человека врачующего и способного актуализировать природные силы исцеления: *Medicus curat, Natura sanat* (Врач лечит, Природа исцеляет).

Участники Круглого стола с сожалением вынуждены констатировать, что гуманитарная компонента подготовки врача с каждым годом целенаправленно истончается: последовательно реализуется политика дегуманизации образования современных врачей: врач по сути модифицируется и улучшается экономически, чтобы из «стража здоровья» стать эффективным высокотехнологичным центром получения прибыли в безукоризненном исполнении протоколов медицинского страхования. В голове подобного специалиста формируется алгоритм «эффективного менеджера» и не остается места для понимания того, как преодолевать

издержки когортного подхода в лечении и редукционизма протоколов медицинского страхования. Таким образом создаются условия для формирования специалиста ремонтной, а не холистической и интегративной медицины, по факту деперсонализация терапевтического процесса, с выхолащиванием целительной силы слова, что сегодня не может не вызывать этических вопросов. Это тот дух русской клинической школы, который мы все сегодня теряем все больше с каждым годом.

С учетом нарастающих негативных тенденций всеми участниками Круглого стола признается необходимость существенной трансформации как современной медицины, так и медицинского образования, включая его гуманитарную составляющую. Общая линия такой транс-формации – качественный акцент на холистическом направлении медицины, сближение холизма и редукционизма в рамках единого комплексного интегративного направления **холоредукционизма**, координация идей и методов конвенциональной, традиционной и комплементарной медицины. Это потребует существенной модификации медицинского образования, построения его как медико-гуманитарного типа знания, в котором естественнонаучное и гуманитарное начала будут одинаково важны и уравновешены.

Для решения этих задач перед медико-гуманитарным сообществом возникает множество вызовов, которые, как полагают участники Круглого стола, можно решить только объединив усилия.

В соответствии с вышесказанным, данный Круглый стол предлагается рассматривать как пролог для длительного плодотворного сотрудничества отечественной и зарубежной медико-гуманитарной общности.

Участники Круглого стола выступают со следующей инициативой и предложениями:

- в рамках структур ОЦДС БРИКС начать подготовку Круглого стола стран-участников БРИКС по проблемам холистической медицины и медико-гуманитарного образования;

- организовать выпуск периодического электронного издания, посвященного проблемам интегративной медицины и медико-гуманитарного образования;

- начать подготовку по созданию и распространению научно-методической и учебно-методической литературы,

в том числе с переводами на языки стран БРИКС;

- способствовать формированию условий для создания факультета интегративной медицины в рамках Университета Здоровьесбережения БРИКС.

Участники Круглого стола призывают все конструктивные силы присоединиться к концепту «Медицина и гуманитарные науки: от редукционизма к холизму» и способствовать положительным необходимым изменениям в медико-гуманитарной сфере жизни и культуры!

Участники Круглого стола  
«Медицина и гуманитарные науки:  
от редукционизма к холизму»,  
03.07.2022

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ

Оформление статей согласно ГОСТ Р 7.0.7–2021.

1. Основные сведения об авторе (приводятся на русском и английском языках) содержат:

- имя, отчество, фамилию автора (полностью);
- наименование организации (учреждения), её подразделения, где работает или учится автор (без обозначения организационно-правовой формы юридического лица: ФГБУН, ФГБОУ ВО, ПАО, АО и т. п.);
- адрес организации (учреждения), её подразделения, где работает или учится автор (город и страна);
- электронный адрес автора (e-mail);
- открытый идентификатор учёного (Open Researcher and Contributor ID – ORCID) (при наличии).

ORCID приводят в форме электронного адреса в сети «Интернет». В конце ORCID точку не ставят. Наименование организации (учреждения), её адрес, электронный адрес и ORCID автора отделяют друг от друга запятыми.

### *Пример:*

Сергей Юрьевич Глазьев  
Финансовый университет, Москва, Россия  
serg1784@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4616-0758>

2. Аннотацию формируют по ГОСТ Р 7.0.99 на русском и английском языках. Объём аннотации 200–250 слов. Перед аннотацией – слово «Аннотация» (“Abstract”).

3. Ключевые слова (словосочетания) должны соответствовать теме статьи и отражать её предметную, терминологическую область. Не используют обобщённые и многозначные слова, а также словосочетания, содержащие причастные обороты. Количество ключевых слов (словосочетаний) не должно быть меньше 3

и больше 15 слов (словосочетаний). Их приводят, предваряя словами «Ключевые слова:» (“Keywords:”), и отделяют друг от друга запятыми. После ключевых слов точку не ставят.

4. После ключевых слов приводят слова благодарности организациям (учреждениям), научным руководителям и другим лицам, оказавшим помощь в подготовке статьи, сведения о грантах, финансировании подготовки и публикации статьи, в рамках или по результатам которых опубликована статья. Эти сведения приводят с предшествующим словом «Благодарности:». На английском языке слова благодарности приводят после ключевых слов на английском языке с предшествующим словом “Acknowledgments:”.

5. Основной текст статьи желательно структурировать из следующих частей:

- введение;
- текст статьи (с выделением разделов «Материалы и методы», «Результаты», «Обсуждение» и др.);
- заключение.

Надписи и подписи к иллюстративному материалу приводят на языке текста статьи и повторяют на английском языке.

6. Ссылки на источники литературы – в тексте указываются в квадратных скобках, нумеруются и располагаются в порядке цитирования источников в тексте статьи. Перечень затекстовых библиографических ссылок помещают после основного текста статьи с предшествующими словами «Список источников». В перечень затекстовых библиографических ссылок включают записи только на ресурсы, которые упомянуты или цитируются в основном тексте статьи. Библиографическую запись для перечня затекстовых библиографических ссылок составляют по ГОСТ Р 7.0.5. Дополнительно приводят перечень затекстовых библиографических ссылок на латинице (“References”).