

Феномен медицинской культуры

Часть 3. Праксиологический аспект медицинской культуры

Хлыстова Н.А.

Phenomenon of medical culture

Part 3. Praxiological aspect of medical culture

Khlystova N.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Хлыстова Н.А.

Медицинская деятельность, всегда включающая необходимость решения комплекса логических, гносеологических, аксиологических, прaksiологических проблем, связанных с процессом диагностирования и лечения больного, может быть успешной только при условии высокой культуры специалиста. Стать человеком культуры — нравственный долг медика. На основе системного подхода в статье представлена медицинская культура как специфическая подсистема общей культуры, овладение которой начинается с детства, развивается в вузе и продолжается всю жизнь, требуя колоссальных духовных усилий.

Часть 3 посвящена анализу прaksiологического аспекта медицинской культуры — культуры медицинской деятельности и общения, в частности, врача и пациента, правовым аспектам их взаимодействия и более широкому пониманию культуры как меры овладения человеком своим потенциалом здоровья и ответственности за него.

Ключевые слова: диагностика, практический опыт, модели взаимодействия врача и пациента, правовая культура, достоверная информация, менеджмент здоровья, валеология, гериатрическая помощь и самопомощь, паллиативная медицина.

Medical activity, which always includes the necessity to solve a system of logical, gnoseological, axiological, and praxiological problems associated with the process of diagnostics and treatment of a patient, can be successful only with high culture of a specialist. It is a moral obligation of a medical practitioner to become a man of culture. Based on a systematic approach, the paper presents medical culture as a specific subsystem of general culture, whose mastering starts in childhood, develops in university, and continues for the whole life, demanding colossal mental energies.

Part 3 Part 3 is devoted to analysis of the praxiological aspect of medical culture, namely, culture of medical activity and communication, in particular, between doctor and patient, legal aspects of their interaction, and wider understanding of culture as a measure, to which anybody masters his or her health potential and is responsible for it.

Key words: diagnostics, practical experience, models of doctor—patient interaction, legal culture, reliable information, health management, valeology, geriatric help and self-help, palliative medicine.

УДК 614.253

Медицина — специализированная деятельность по профилактике, лечению и реабилитации больного — возвращению к нормальной жизнедеятельности человека как биосоциальной системы в культурном пространстве, оптимизации реального взаимодействия системы Человек — Мир. Медицинская деятельность требует не только высокого профессионализма, но и «высшей человеческой квалификации: эмпатии, тактичности, сочувствия, добросовестности и

силы духа» [4].

Врач, фельдшер, медицинская сестра, сиделка не должны приближаться к больному в дурном расположении духа. Медик не может, не имеет права диагностировать и лечить посредственно или плохо. Специфика медицинской практики и знания глубоко фундаментальны в социально-экономической и культурной сферах цивилизации.

* Части 1 и 2 опубликованы в № 1 и 2, 2008 г. соответственно.

Культурная заданность базисных особенностей, изменений конфигурации медицинского знания и опыта блестяще представлена в книге Е.И. Кириленко [11].

Нынешняя социокультурная ситуация обуславливает необходимость создания интегральной системной медицины. «Многомерность, полиморфизм современного культурного универсума отвечает ситуации многообразия стратегий врачевания» [13]. Как никогда прежде, практическая медицина тесным образом связана с Наукой, причем не только медико-биологической, но и со множеством смежных отраслей теоретического знания самого по себе и опредмеченного в технике.

Культура практического использования теории. Не являясь в чистом виде научной теорией, медицина в целом состоит из нескольких комплексов: теоретической, профилактической, экспериментальной и клинической медицины. Если теоретическую условно относят к эмпирическим теориям, экспериментальную в полной мере — к эмпирии, то профилактическая и клиническая представляют собой диалектику эмпирического и теоретического. Клиническая медицина основана на очень своеобразном интеллектуальном базисе: в рассмотрении своего объекта (пациента с медицинской патологией) она опирается на философскую концепцию индивидуальности, в качестве теории лечения — на научную теорию психосоматической оптимизации и теорию реабилитации; а в качестве принципов построения системы клинической медицины выступает философия ценностей [4]. Медицинская диагностика как раздел клинической медицины включает в себя методы диагностического обследования, семиологию (общую и частную, науку о признаках болезней, включающую учение о синдромах и симптомах) и теорию диагностики (науку о методике построения профессионального комментария клинической картины) [20].

Полученное в вузе образование только в самостоятельной практической деятельности становится систематизированным и высокотех-

нологичным интеллектуальным основанием клинического мышления и, более широко, — профессионализма. Медицинский опыт обладает полисенсорной природой, включающей визуальные, аудиальные, тактильные, осязательные способности врача. Непосредственно в практической деятельности формируется особый «взгляд клинициста», отрабатывается способность дифференцировать сердечные и легочные шумы, распознавать даже без соответствующих лабораторных исследований брюшной тиф, обнаруживать уплотнение тканей и т.п. В речи, произнесенной на торжественном акте в Императорской военно-медицинской академии 7 декабря 1886 г., профессор С.П. Боткин красноречиво провел идею об искусстве прилагать полученные знания к решению практических задач в медицине. Только в повседневном опыте специалист вырабатывает «способность наблюдать без всяких вспомогательных средств... и делать правильное умозаключение без анализа, без строгой логической последовательности» [20].

Врач не всегда имеет дело с ярко выраженными симптомами, в начале патологического процесса (или в инкубационный период) симптомы заболевания могут быть завуалированы, нечетко выражены. И тогда врач пребывает в парадоксальной ситуации — пытается определить то, что еще не имеет своей сущности. Построив более или менее вероятную гипотезу, «врач обязан действовать — чем и отличается практический врач от натуралиста ученого, который, изучив представившийся ему объект до возможной по его силам тонкости, может отложить дальнейшее исследование предмета до более благоприятного времени, когда явится новый способ, новый прием исследования, который можно будет применить с большим успехом к изучаемому предмету» [20]. Решение сложнейших жизненно важных задач (прогноз здоровья, выбор адекватной тактики лечения, реабилитации больного) в условиях дефицита времени, информации и часто неопределенности обуславливает необходимость владения профессионалом весьма специфическими познавательными навыками. Речь

идет, прежде всего, о применяемой специализации методологии. Современная медицина переживает острейший методологический кризис. До сих пор не разработан алгоритм, обеспечивающий соединение целостного подхода к патогенезу и индивидуализированного объяснения каждой патологии, позволяющий выявить меру индивидуального отклонения патологического процесса от абстрактной картины болезни.

Эффективность врачебной практики сегодня в значительной степени зависит от **технической культуры профессионала**, умения его работать с совершеннейшими приборами, инструментарием, используемыми в диагностике и непосредственно в лечении, а также в исследовательской деятельности медиков.

Диагноз как краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состояния пациента, выраженное в терминах современной медицинской науки, является интегральной совокупностью данных, полученных в результате всестороннего комплексного обследования больного. Все возрастающее значение инструментальной и лабораторной диагностики в клинике и исследовательской практике обусловлено тем, что они позволяют глубже и всесторонне изучать заболевание и осуществлять более раннюю диагностику, без чего невозможно своевременное и продуктивное лечение. Но это — предварительное условие.

Многое зависит от **творческого потенциала, смекалки, рационализаторских способностей личности**. Творческие порывы медиков России (особенно провинциальных) практически всегда натывались на почти непреодолимые преграды, связанные с весьма скудной технической базой медицинской деятельности. И тем не менее в первой половине XX в. некоторые отрасли отечественной медицины (гистоморфология, патологическая анатомия, клиническая и оперативная хирургия, эпидемиология, гигиена, офтальмология, фтизиатрия, психиатрия, неврология, гигиена и др.) находились на уровне тогдашних мировых стандартов. А другие (генетика, физиология, патофизиология, профпатология, экспериментальная онкология, паразитология, кардиология, нейрохирургия) даже лидиро-

вали в мире (школы Вавилова, Павлова, Кольцова, Орбели, Аничкова, Сперанского, Шабада, Зильбера, Павловского, Ланга, Бурденко и др.). Всемирной славы достигали тогда многие провинциальные медики. Так, работавший в Сибири и на Крайнем Севере с 1919 г. в условиях наискуднейшего запаса материала и оборудования А.Г. Савиных добился лучших в стране и за рубежом результатов хирургического лечения рака желудка и пищевода, основал известную хирургическую школу. Д.Д. Яблоков и Н.В. Вершинин создали отечественный заменитель импортной камфоры, что позволило стране сэкономить миллионы долларов.

И хотя в середине XX в. развитие ряда фундаментальных отраслей медико-биологической науки было приостановлено лысенковщиной и действиями непрофессиональных руководителей отдела науки ЦК коммунистической партии, способные и одаренные люди продолжали самоотверженно и настойчиво продвигать ее дальше. Одержимость профессиональной идеей, высочайшая преданность делу жизни, сверхчеловеческое упорство позволяли советским врачам творить чудеса — поднять в конце 1960-х — начале 1970-х гг. «эффективность лечения инфаркта и другой неотложной кардиологической помощи до уровня тогда самого современного стандарта, какой был только в центральных специализированных учреждениях столиц» [22]. В 1980 г. в Томске открылся кардиологический центр АМН, ставший со временем средоточием интенсивной научной работы и специализированной медицинской помощи населению не только Томска и области, но и, по существу, всего Зауралья. Современный уровень развития медицинской техники, появление электронного здравоохранения позволяет осуществлять диагностику и лечение даже на расстоянии, важно иметь финансовые средства для приобретения соответствующей новейшей аппаратуры и овладеть навыками работы, например, в сфере телерадиологии, телепсихиатрии, телепсихологии, офтальмологии, использования наноконструкций в практической медицине [18].

Результаты объективных исследований и начатого лечения всегда нуждаются в адекват-

ной интерпретации. Неглубокое и бессистемное осмысление клинической картины болезни, неправильный комментарий результатов клинических исследований в условиях даже вполне достаточной эмпирической фактологической базы довольно часто были причиной диагностических ошибок, имевших трагический исход. «В медицинской практике специалист имеет дело не только с текстом, но и с контекстом, создаваемым индивидуально-уникальным состоянием взаимозависимостей между морфологическим, социально-экономическим, этнокультурным и личностно-психологическим способами жизнедеятельности пациента» (Е.И. Кириленко). Искусство интерпретации предполагает наличие способности специалиста профессионально грамотно домысливать картину болезни и умения «перевести язык индивидуальных смыслов данного организма на язык значений медицинской науки и практики» (Т.О. Бажутина). Велика роль консилиума в этом, но главное — личностные качества лечащего врача, его стиль врачевания. При всех достоинствах западной практической медицины очевидцы нередко отмечают в качестве главного ее недостатка «ветеринаризацию»: технизацию, схематизацию, стандартизацию процесса лечения. Она «до предела биологизирована и в этом смысле дегуманизирована. На приеме врач видит перед собой и общается не столько с пациентом, сколько в основном с компьютером, на экране которого масса нужных и практически ненужных анализов и исследований. «Оперируют блестяще, но до и после операции видят не взволнованного, обеспокоенного человека, а только его органы, ткани и показания контрольных приборов с фантастическими возможностями», — пишет Ю.Н. Штейнгарт [22]. Старая заповедь российской медицины «лечить больного, а не болезнь» ориентирует на индивидуальный и личностный подход к пациенту. Сегодня под влиянием зарубежных контактов некоторые российские медики усомнились в приемлемости этой заповеди. Думается, гуманизм XXI в. предполагает даже в самых экстремальных ситуациях всегда видеть в человеке «меру всех вещей». История российской медицины свидетельствует о глубоко лич-

ностном характере врачевания, о наличии в клинике колоссального обучающего потенциала. Врачебные школы имеют огромное значение в развитии медицинской науки и практики.

Медицинская культура — это хранение, передача и усвоение традиций, практического опыта в профессиональной сфере, что предполагает наличие фигуры учителя, мастера, наставника, опытного специалиста, который личным примером, порой без слов и без расчета на вознаграждение передает свой культурный багаж — интегрированный интеллектуальный, практический, духовный. Наиболее значимым является опыт «понимания» наставника, часто выходящий за пределы осознаваемой профессиональной компетенции, за рамки рационального знания, личностные качества: умение сочетать осторожность с риском, свободу с ответственностью, креативность (обнаруживающуюся, как правило, в ситуациях противоречивости профессионально значимой информации или отсутствия определенных для данной нозологической формы заболевания фактов и характеристик) с репродуктивностью (известными наработками в медицинской практике) [3, 4].

«Учат не только живые, но и ушедшие». С огромной любовью рассказывая о своем учителе Б.М. Шершевском, Ю.Н. Штейнгарт подчеркивает его «рациональный консерватизм и осторожность» при том, что «серьезные новшества, идеи, методы воспринимались и внедрялись им часто ранее других. Например, катетеризация сосудов малого круга, векторкардиография, новые методы изучения механики дыхания, этиологической диагностики пневмоний и др.» [22]. Медицинская практика в основе своей весьма «теоретически насыщена» [11]. Требования Б.М. Шершевского, предъявляемые исследователю в сфере медицины, не утратили, а скорее даже обрели обостренную актуальность в наши дни. Он «учил нас, — пишет Ю.Н. Штейнгарт, — и повторял, что небрежность в научной литературе недопустима потому, что снижает ее цель и значение и является проявлением бескультурья. Поэтому соображения, допущения, положения, заключения и выводы должны быть фактически и (или) логически обоснова-

ны, сформулированы и изложены максимально точно, исключая любую двусмысленность толкования. Все соображения — предварительно тщательно продуманы, факты документированы, а библиография безошибочна. Вместе с тем все должно быть изложено максимально кратко и концентрированно» [22].

Профессионализм связан и с умением подбодрить молодого коллегу в затруднительной ситуации, стимулировать к дальнейшему поиску. Многим коллегам по Томскому мединституту запомнился своей высочайшей культурой и врача, и исследователя, и оппонента-рецензента, и председателя научных форумов академик с мировым именем Д.Д. Яблоков. Его отличали «особая деликатность, мягкость, отеческая доброта и благосклонность, щажение самолюбия и старание никого не обидеть и не ущемить. Во всем и у всех найти и отметить что-то хорошее, за что-то похвалить, помочь и ободрить, примирить противоположные взгляды и позиции» [22].

Практиологический аспект медицинской культуры — это и способность постоянно расширять, углублять полученные теоретические знания самостоятельно, совершенствовать свое профессиональное мастерство. Медик постоянно пребывает между прогрессистскими тенденциями и традиционным консерватизмом. Выбор оптимальной линии зависит во многом от его личностных качеств: креативности, трудолюбия, ответственности, бескорыстия, критичности и самокритичности. А такие качества, как гипертрофированная самоуверенность, упрямство, некритичность, чреватые пагубными последствиями как для пациентов, так и для врача. Ю.Н. Штейнгарт приводит курьезный случай из собственной практики, когда он, будучи аспирантом, «на обходе профессора обнаружил, что до сих пор всегда совершал одну и ту же грубую ошибку — выслушивал звуки клапанов аорты там, где выслушиваются звуки клапанов легочной артерии, и наоборот» [22]. Молодой специалист, не отягощенный грузом предрассудков и чрезмерного самомнения, смог одолеть ошибку, изменить привычный стереотип. Крити-

ческое отношение к своему опыту является важнейшим условием сведения к минимуму серьезных профессиональных ошибок врача.

Клинический эффект зависит не только от научных знаний, эрудиции врача и возможностей инструментального исследования, но и от культуры общения врача с пациентом, от его владения искусством психологического взаимодействия, с одной стороны, и «готовностью» организма пациента и потенциала его защитных сил к выздоровлению, желанием самого больного выполнять комплекс врачебных предписаний, с другой стороны. Наиболее приемлемой в демократическом обществе и в той социокультурной атмосфере России, которая всегда характеризовалась традициями профессионального (в частности, медицинского) и просто человеческого общения, является диалогическая модель взаимодействия. Диалог как экзистенциальная коммуникация, основанная на взаим-

открытости общающихся субъектов, их обоюдной заинтересованности, стремлении понять другого, желании разделить с ним горе и радость, подставить плечо, — это, по существу, основополагающий принцип всей гуманитаристики. В диалоге врач имеет возможность не только вникать в историю дискомфорта и боли пациента, но также и историю его сокровенной любви и безмерного разочарования, непоколебимой веры и безграничного отчаяния, непреодолимого страха и чуть теплящейся надежды, т.е. не только грамотно прочитывать текст, но и принимать во внимание контекст, что существенно облегчает их взаимодействие, благоприятствует решению поставленных задач.

Общезвестны четыре базовые модели взаимодействия врача и пациента Р. Витча [8].

Техническая, наиболее монологичная модель взаимодействия, смысл которой составляет скорейшее исправление наиболее действенными средствами путем манипулирования с телом — организмом пациента «поломки живого механизма», приемлема в случаях острого заболевания, серьезной травмы и в отношении находящегося в коматозном состоянии больно-

го. Пациент в данном случае выступает в качестве пассивного субъекта, и не только потому, что он пребывает в беспомощности и «его тело «отстранено» от него собственным невежеством» [21], но и потому, что ситуация диктует необходимость незамедлительных профессиональных действий. Специфика острого заболевания состоит в том, что оно является временным нарушением функций организма, и при умелом медицинском вмешательстве (с помощью терапевтических или хирургических методов) привычные для страдающего способы жизнедеятельности могут быть в той или иной мере восстановлены. Монопольное право врача, «асимметричная структура био-власти» (П.Д. Тищенко) здесь не являются произволом одной стороны, а основаны на критичности ситуации, требующей немедленного действия, и на профессиональном знании и умении врача оказать действенную помощь страдающему. Врач вполне может обойтись в данном случае без помощи пациента. Выбор метода лечения, принятие жизненно важных решений определяются в значительной степени лечащим врачом и консилиумом специалистов. Но даже в самой критической ситуации не должно избегать суждений морального и иного ценностного характера. Кроме того, законодательство предполагает и в этой ситуации получение информированного согласия от законных представителей больного, защищая тем самым интересы личности, находящейся в бессознательном состоянии.

Пасторская (патерналистская) модель врачевания — это уже не обезличенная манипуляция с объектом, но все же ограничивающая активность личности стратегия поведения. В коммуникативном пространстве голосу пациента отводится здесь лишь узкая щель для жалоб и стонов его. Как и в технической модели, подчиненность, послушность голосу врача являются здесь неременными условиями его спасения — исцеления. Но пассивное, почти «животное» состояние пациента все-таки должно быть дополнено, по соображениям эффективности предпринимаемых действий, предельным напряжением, выдержкой и самодисциплиной его. По мнению Р. Витча, патернализм ущемляет права

пациента как автономной личности свободно и самостоятельно принимать жизненно важные для нее решения, контролировать свое состояние. В случаях когда пациент в состоянии вести себя как автономная личность, с моральной точки зрения патерналистское нарушение его прав недопустимо. В то же время патернализм является самой адекватной формой отношения врача к больному ребенку, вполне морален по отношению к пациентам с существенно ограниченной дееспособностью. Данная модель возлагает исключительно на врача всю систему этических предписаний практической медицины: приносить пользу и не наносить вреда пациенту; защищать его личностную свободу; охранять его человеческое достоинство; соблюдать справедливость (равное право для всех на охрану здоровья и его восстановление). Это требует от него высочайших моральных качеств.

Коллегиальная модель врачевания, максимально диалогичная, предоставляющая большие возможности для реализации ценностей автономной личности, — наиболее приемлема в случаях длительно текущих хронических заболеваний, а также к патологии старческого возраста. Объем знаний, приобретенных таким пациентом, может превосходить знания начинающего специалиста и в некоторой степени приближаться к уровню информированности опытного доктора. Этот больной в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся его лечения, по сути, действуя как коллега лечащего врача. Чтобы в полной мере выполнять эту свою социальную роль, пациент должен получать от врача достаточный объем правдивой информации о своем состоянии, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т.п. Врач, исходя из возможностей организма данного пациента, может сориентировать его на объем допустимых физических нагрузок, способ изменения структуры пищевого рациона, выбор места и формы отдыха или целесообразности изменения чего-то в его привычном образе жизни. Важно четко обосновать пациенту, почему из спектра возможностей предпочтительнее является именно эта. Взаимодействие врача и

пациента, основанное на диалоге, блестяще работает, когда решаются задачи реабилитации больного. Целями реабилитационной терапии являются: приспособление больного человека к условиям инвалидности, максимизация его компенсаторных возможностей, возвращение к полноценной жизни в обществе. При реабилитационной терапии пациент должен быть активно включен в реабилитационный процесс, стать в нем основной действующей фигурой (П.Д. Тищенко). Врач становится в этом процессе его консультантом и советчиком, руководствующимся принципом предельного уважения автономии личности. И оба они вырабатывают стратегию поведения, в основе которой лежит не принцип борьбы с болезнью, а принцип «мирного сосуществования» с целью выработки нового способа жизни — иного онтологического проекта и адаптации личности больного к нему. От врача требуется высочайшая тактичность в плане ориентации пациента на этот новый, например инвалидный, способ жизни. Используя его, человек может решать свои социальные, экономические, психологические и другие проблемы, доходя до крайней степени меркантилизма. Способствуя адекватной социальной и культурной самоидентификации пациента, важно соблюсти соразмерность его нового социального статуса, с одной стороны, и объема притязаний и возможности общественно полезной самореализации, с другой стороны.

Контрактная модель общения, или «этос мирного морального сообщества» (П.Д. Тищенко), более всего соответствует реальным условиям рыночных отношений. Понятия «гражданская сделка», «сговор», «социальный контракт» становятся в этой модели доминирующими, и больного чаще называют «потребитель услуг», «клиент», а не «больной», «пациент». Она более реалистична и позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства, свойственного модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на «контракте», врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой. Если же врач, вступив в такие отношения, не сможет жить в

согласии со своей совестью, то контракт либо расторгается, либо не заключается вовсе. Врач и пациент в такой модели взаимодействия играют равную по значимости, но разную по содержанию роль [21], а правовые принципы и нормы регулирования отношений между ними становятся более значимыми, чем нравственные.

Особая модель взаимодействия врача и пациента — **экзистенциальная**, позволяющая преодолеть позицию невнимания к субъективности пациента, к его жизненному миру, всегда включающему не только индивидуализированные соматические и психические, но также и социокультурные реалии человеческого бытия, различные в состоянии здоровья и болезни, и переживаемому нездоровым человеком как некую деформированную целостность. Экзистенциальная модель получила ныне довольно широкое распространение в связи с возникновением и развитием специфической формы медицинской помощи — *паллиативной медицины*. Для нее характерно открытие особой фигуры — фигуры умирающего больного, также нуждающегося в оказании ему медицинской помощи. В ситуации терминального страдания путь человека к себе «выходит за рамки наличной жизненной ситуации в пространство смерти». Больной постигает свою экзистенциальную конечность. «Содействие страждущему здесь как бы сдвигается в экзистенциальный промежуток между жизнью и смертью» [21]. Медицина встает перед необходимостью заботы о человеке, пребывающем в страхе и трепете пред лицом разверзшейся бездны НИЧТО, заботы о его человеческом умирании. В отличие от религии, способной оказать духовную помощь с помощью веками отработанных приемов, медицина не располагает стандартными предписаниями: каждый умирающий в своей ситуации нуждается в особых словах, способах невербального общения. И практически каждый человек имеет возможность в меру своей общей и философской культуры уйти от власти инстинктов.

Надо иметь в виду, что в реальной практике, в конкретных ситуациях ни одна из этих моделей не реализуется в чистом виде, ибо пато-

логический процесс и любое заболевание эволюционируют, и состояние больного меняется так же. Кроме того, модели взаимоотношения врача и пациента несут на себе печать этнокультурной специфичности. Е.И. Кириленко обращает внимание на зависимость модели врачевания от содержания слова «пациент» в разных этнокультурных традициях: русское слово «больной» означает — тот, «кто испытывает боль, страдание» и соответствующий ему тип врача — опекун, наставник. Европейское слово «пациент» несет на себе иной смысловой оттенок — «тот, кто терпит», и, возможно, оптимальной для него является котрактная модель с предварительным согласованием условий. Носитель талмудической культурной традиции нуждается в коллегиальной модели взаимоотношения врача и пациента. Для восточной традиции естественна ситуация особой доверительности и, очевидно, более приемлема экзистенциальная модель. Выбор модели взаимодействия зависит от характера заболевания и состояния больного. Профессионализм, культурологическая образованность, совесть и практический опыт подсказывают врачу, как следует подойти к пациенту в каждой уникальной ситуации и как использовать элементы различных моделей врачевания для того, чтобы с их помощью осуществлять совместный дрейф в направлении выздоровления пациента или скрасить последние мгновения его пребывания в этом мире.

Правовая культура медика

Правовая культура медика — это грамотная ориентация (знаниевая и практическая) профессионала в современном медицинском праве. Правовые основы этой системы заложены в ст. 41 Конституции РФ: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [14]. Это положение детализируется в Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г.

№ 5487-1 (с изменениями в последующие годы). Спецификой современной российской системы здравоохранения является параллельное существование бесплатной и платной медицины.

Принятие важных решений, касающихся состояния здоровья и жизни нуждающегося в медицинской помощи человека, ныне все более настоятельно требует комплексного участия «нескольких разных специалистов, даже иной профессии, нередко связанных функционально, иерархически, морально, юридически, административно и общей ответственностью» [22]. И все-таки основное бремя нравственной и юридической ответственности лежит на лечащем враче. По определению Всемирной организации здравоохранения, врач — это лицо, которое, будучи принятым в установленном порядке в медицинское образовательное учреждение, должным образом признанное в стране, успешно завершило предписанный курс медицинских наук и получило квалификацию, дающую юридическое право на медицинскую практику [19]. Статья 68 Основ специально посвящена ответственности за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей. Но многие факты, относимые к разряду несчастных случаев, и ошибки, объясняемые «добросовестным заблуждением» (И.В. Давыдовский) в процессе диагностики и лечения и приведшие к негативным последствиям для больного, не подлежат юридической ответственности. В ряду причин врачебных ошибок 30–40% приходится на долю объективных факторов [15]. К сожалению, многие ошибки, погрешности в работе медиков бывают связаны с несоблюдением ими или ненадлежащим соблюдением установленных норм, методов диагностики и лечения, правил, инструкций, методических рекомендаций, что нередко обусловлено недостаточной квалификацией их, отсутствием необходимого уровня навыков и умений. Случай заражения в 1998 г. палестинских детей СПИДом, произошедший по вине болгарских врачей, стал предметом серьезного юридического разбирательства. В Уголовном кодексе РФ отсутствует

определение врачебной ошибки, хотя в юридической литературе имеется вполне обоснованное разведение ошибки и других дефектов врачебной деятельности, заслуживающих дисциплинарного или административного взыскания либо уголовной ответственности. Отличие врачебной ошибки состоит в «исключении умышленных преступных действий» [1].

Процессы модернизации России нередко усугубляют негативные явления в сфере российского здравоохранения. Серьезнейшая проблема, рожденная рыночной экономикой, — включение (прямое или косвенное) врачей в реализацию стремительно растущей контрафактной медицинской продукции: в 1999 г. Минздравом России было зарегистрировано 29 серий подделок лекарств, а в 2000 г. — 105. В Уголовном кодексе эта проблема пока еще не нашла прямого отражения [15]. Разумеется, не дело врача определять соответствие препарата названию его на упаковке, к тому же не всегда ухудшение здоровья или отсутствие положительной динамики в состоянии больного находится в прямой причинно-следственной зависимости от назначенного препарата. Но, бесспорно, пациент при любых назначениях должен находиться под постоянным наблюдением лечащего врача. Негативные последствия приватизации здравоохранения — явление не только сугубо российское. Х. Армстронг, рассказывая о канадском здравоохранении, делает вывод: «Приватизация здравоохранения проблематична по причинам увеличения расходов, искусственности, нестабильности агентств, занимающихся этой деятельностью, нарушений, хаотичности самого рынка услуг, неудовлетворительности заработной платы и условий труда для работников... фактически система здравоохранения изменилась вопреки желанию большинства канадцев» [2]. Ряд российских специалистов, обеспокоенных демографической ситуацией в стране, направили в 2006 г. в адрес Государственной думы РФ обращения о необходимости радикального пересмотра стратегии реформирования системы здравоохранения в стране. Лауреат Государственной премии СССР В.П. Кнодель настаивает на «необходимости

перевода здравоохранения, фармацевтической промышленности, сети розничной продажи лекарств в государственную собственность с одновременным введением монополии внешней торговли фармацевтическими товарами...» [12].

Понятие «пациент» хотя и употребляется в законодательстве (наряду с понятием «гражданин»), но дефиниция его отсутствует. Это является пробелом закона [19]. Правовое положение пациента регламентировано в ст. 30 Основ. В том числе уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям [17]. Это не исключает предоставления пациенту в меру комфортного жизненного пространства. Незамысловатая, строго специализированная структура интерьера хирургического отделения, где больные пребывают относительно непродолжительное время, совершенно неприемлема в психиатрических и онкологических клиниках, многие пациенты которых вынуждены проводить в них продолжительные, не исключено, последние отрезки своей жизни.

Пациент имеет право на получение информации о его состоянии (ст. 30, 31). Но декларируемые в официальных документах принципы и нормы, гарантирующие пациенту получение достоверной, даже неблагоприятной и психологически травмирующей информации, не являются безусловными. Они «могут и должны выполняться в зависимости от конкретной клинической и жизненной ситуации, причем в соответствии деликатной, тактичной, щадящей и профессиональной форме с учетом возможных последствий в отношении здоровья больного». «...В некоторых случаях информация, в том числе и о возможности неблагоприятного исхода болезни, может быть необходима больному или близким для своевременного решения важных деловых и личных проблем» [22]. Высокая нравственность как личностное качество врача позволяет ему определить границы той информации, которая может быть сообщена пациенту и его родным, и которая позволит мобилизовать волю к жизни больного. Врач призван бороться

до конца за жизнь больного. Когда же любые попытки вылечить или хотя бы стабилизировать его состояние становятся бессмысленными (опухоль стала нечувствительна к различным видам терапии), важно помочь ему **достойно расстаться с жизнью**. Речь не идет об эвтаназии — в ст. 60 Основ содержится запрет на нее. Помимо терапии больной в терминальном состоянии нуждается в человеческом участии, в дополнительном уходе, который может квалифицированно обеспечить лишь специально подготовленная медицинская сестра, сиделка, обладающие такими личностными качествами, как милосердие, любовь, сострадание, внимание, терпение, заботливость. Существует проблема организации различных форм паллиативной медицины.

Основой юридического статуса пациента является его право на **информированное согласие**. Пациент ныне имеет право выбора и смены лечебного учреждения и лечащего врача; право узнать мнение и получить заключение другого врача; право на сохранение врачебной тайны, кроме случаев угрозы общественному благополучию; право присутствия родных у его постели. Только с согласия пациента могут быть проведены различные лечебные и диагностические, в особенности инвазивные, действия при условии предоставления ему или близким полной информации, включая данные о прогнозе и степени риска как самой болезни, так и отдельных врачебных действий. Тем более необходимо согласие больного на проведение экспериментов (лечебных или исследовательских), испытание лекарственных препаратов и методов, полезный эффект которых не всегда превышает возможность отрицательного, на использование его крови, костного мозга и иных тканей в целях, не связанных непосредственно с его лечением. Наконец, любой находящийся в полном сознании, умственно дееспособный человек имеет право отказаться от лечения на любой стадии, даже если это может привести к неблагоприятному исходу. Страдающие психопатологией в интересах эффективной их реабилитации могут быть ограничены в правах на условиях, строго определяемых законом.

Правила проведения медико-биологических экспериментов на человеке регламентирует Нюрнбергский этический кодекс. Исходная нравственная и правовая норма кодекса гласит: «Прежде всего, необходимо добровольное согласие испытуемого, которое означает, что лицо, вовлеченное в эксперимент, имеет право дать такое согласие и обладает свободой выбора без какого-либо элемента насилия, обмана, мошенничества, хитрости и других форм принуждения; обладает достаточными знаниями, чтобы понять сущность эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до представления согласия испытуемый был информирован о его характере, продолжительности и цели; методе и способах, с помощью которых он будет проводиться; обо всех возможных неудобствах и рисках; о последствиях для его здоровья и морального благополучия, которые могут возникнуть в результате участия в экспериментах» [21]. Вызывает недоумение, почему Нюрнбергский кодекс длительное время не работал ни на Западе, так много пекущемся о правах человека, ни у нас. До середины 60-х гг. XX в. в США и СССР проводились негласные медицинские исследования влияния радиационного облучения на состояние здоровья людей. И сегодня порой без особой надобности для лечения пациентов осуществляется взятие образцов крови, спинно-мозговой жидкости, биопсий и т.д. [6].

Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964) не только подтвердила необходимость соблюдения принципов Нюрнбергского кодекса **для всех стран**, но и сформулировала базисный принцип врачевания в мирное время: «**интересы испытуемого всегда** (и в повседневной медицинской практике, и в перспективных научных медико-биологических исследованиях. — Н.Х.) **должны превалировать над интересами науки и человечества в получении новых знаний**». В законодательстве РФ дан перечень оснований для принудительного медицинского вмешательства, т.е., без согласия граждан [17].

В настоящее время принят еще ряд международных документов, касающихся правового

регулирования в сфере медицины в связи с внедрением в нее новейших небезопасных для человечества технологий и расширением бизнес-проектов (в области генетики, эмбриологии, трансплантации органов и т.п.). В их числе — Конвенция Совета Европы по правам человека и биомедицине (Страсбург, 1996), дополненная протоколом «О запрете на клонирование человеческих существ» (Париж, 1998.). Конвенция, первый юридически обязывающий международный документ, утверждает в качестве основополагающего принцип верховенства человеческого существа, чьи «интересы и благо должны иметь преимущество перед интересами исключительно общества и науки». Иначе говоря, «перспектива получения даже самых заманчивых научных результатов не дает оснований для проведения исследований или экспериментов на человеке без его согласия и вопреки морально-этическим нормам». Кроме того, в Конвенции «подтверждается принцип равного доступа для всех к медицинской помощи и услугам приемлемого качества в соответствии с международными стандартами и профессиональными требованиями» [10].

К сожалению, современное реформирование российской системы здравоохранения поставило и пациентов, и медиков в жесткие условия финансового дефицита. Известный хирург профессор З.С. Вайнберг с негодованием говорит о создании схемы «увода денег», при которой миллиарды рублей из бюджета, предназначенные для здравоохранения, «оседают и по сей день в страховых компаниях». «Фонд медицинского страхования на самом деле есть блеф». В итоге «почти полностью ликвидировано своевременное общедоступное оказание бесплатной медицинской помощи» [5]. Вторжение рыночных отношений в медицинскую практику изначально ставит в неравное отношение граждан состоятельных и мало- или вовсе не-обеспеченных. Врач по определению не может не быть гуманистом вне зависимости от того, коммерческий или «бесплатный» пациент перед ним, занимающий важное положение в социальной иерархии или обитатель «социального дна», друг или враг.

Медицинская культура как культура здоровья

Организм человека, не будучи абсолютно здоровым в принципе, все же в состоянии поддерживать равновесие с окружающей средой, осуществляя присущую ему от природы необходимость самосохранения. До тех пор пока не возникнет поломки в нем, вызванной болезнетворными агентами или внезапным травмированием, человек может взять свое собственное здоровье в свои руки и научиться целенаправленно и квалифицированно управлять им. «Проникнуться идеей активного менеджмента здоровья, — пишут В.Л. Бакштанский и О.И. Жданов, — значит обеспечить себе возможность выбора успешной жизни», сделать ее направленной на «реализацию своей жизненной миссии», постараться «каждый день свой превратить в шедевр» [3]. Авторы представляют своеобразный практикум по валеологии, науке об индивидуальном здоровье человека, о способах увеличения уровня общей резистентности организма, обеспечивающей незаболеваемость его.

Культура здоровья — это мера овладения человеком своим потенциалом здоровья, способность активизировать позитивные для здоровья факторы и способность преодолеть или уменьшить факторы риска для здоровья. Это такое отношение к себе, при котором норма «не вредить своему здоровью» становится осмысленной и одной из наиболее значимых, поскольку без соблюдения ее окажется недостижимой личностная независимость и свободная личностная самореализация. Творческое применение современных мировоззренческих и методологических принципов к осмыслению путей достижения своих жизненных целей и основополагающих целей обустройства общества позволит обеспечить безопасность бытия личности, *гармонизацию ее тела с ее же духовным миром* и бесконфликтность ее взаимодействия с окружающими. Есть смысл говорить о своеобразной пролонгированной биовласти человека как форме заботы о качестве своей жизни — о здоровье и эффективности, предполагающей практики контроля, нормализации и совершен-

ствования человеческого тела и духа на протяжении всей жизни.

Умение властвовать собой, управлять своим потенциалом здоровья — неотъемлемый компонент культуры врача. Учитывая специфику медицинской деятельности, смеем предположить, что здоровье медика более уязвимо, чем многих других специалистов. «Формирование приоритетов здорового образа жизни в системе ценностей обучающихся» [16] необычайно актуально в педагогическом процессе медицинских учебных заведений.

Любому человеку под силу самому осуществлять **оздоровительные мероприятия**: регулярные физические упражнения, рациональное питание без явных излишеств, расслабляющий выдох, ритмическое дыхание — и тем самым «восстановление израсходованного ресурса, противодействие синдрому хронической усталости» [3] без помощи алкоголя и наркотиков или азартных игр. Это позволит продлить срок полноценной жизни, упредить преждевременную старость и смерть.

Санитарно-гигиенические мероприятия повседневности: не только чистота тела, волосных покровов, гигиена полости рта, иных слизистых оболочек, но также и «очищение своего воображения» [3], коррекция процессов мышления («позитивное мышление — это мысли о том, что вы хотите (быть здоровым, успешным, красивым), а не о том, чего вы не хотите» [3]).

Культура здоровья затрагивает, соответственно, и **способы поведения человека в его интимной жизни**. Сфера отношений между полами — это не только биологическое взаимодействие — фрейдовский эрос, но и эрос сублимированный — возвышенный и одухотворенный. Любовь как экзистенциальное чувство делает секс действительно радостным, человеческим, приносящим истинное удовольствие, глубочайшую релаксацию, творческое вдохновение. Медицинская культура в этом контексте не сводится к контрацепции и профилактике СПИДа и венерических заболеваний. Речь идет о необходимости овладения комплексом специальных знаний, позволяющих гармонизировать сексу-

альную составляющую человеческих отношений.

Грамотность в отношении деятельности гормональной системы, связанная с репродуктивными функциями (период полового созревания, беременность, климакс).

Знание некоторых симптомов, при которых требуется немедленно обращаться к специалисту (появление признаков кожно-венерических заболеваний, аппендицита и др.).

Владение простейшими способами оказания первой медицинской помощи: пережать сосуды, чтобы остановить кровь, промыть кишечник при отравлении, наложить шины в случае перелома конечности и т.п.

Разумное отношение к шарлатанству от медицины под видом альтернативной медицины. Парадоксальная ситуация наблюдается в наше время, когда высочайший уровень развития медицинской науки и техники «соседствует с ростом влияния в здравоохранении тех идей и практик, которые еще пару десятилетий назад пренебрежительно назывались донаучными, ненаучными и даже антинаучными». Профессор А.А. Задорожный рассказывает о пациентах с многочисленными рубцами на животе диаметром до 1–1,5 см, лечившихся, как они заявляли, по методике «восточной медицины», но не получивших ожидаемого эффекта. По утверждению профессионала, «ни в одном случае не встречался положительный эффект от этих множественных прижиганий». Между тем подобная негативная практика описана академиком А.Г. Савиных применительно к условиям севера Томской области в 1920-е гг., когда профессиональная медицинская помощь была малодоступной или недоступной вовсе. На вопрос врача, отчего возникли такие рубцы («чаще всего звездчатые, втянутые, на передней средней и нижней трети бедра»), следовал ответ: «Садил ядно, помочи никакой нет, пришел к тебе». В соответствии с языческими представлениями осясков и старожилото русского населения о сущности болезни как скоплении «дури» технология лечения состояла в выведении этой «дури» из организма изуверским методом. «Берут кусочек трута, изготовленного из базаль-

ного гриба, растущего на пнях, из которого курильщики готовят зажигательные труты, кладут его на переднюю поверхность бедра и зажигают. Трут, сгорая, выжигает кожу, нередко подкожную клетчатку площадью до двух и более сантиметров. После этого обычно краснеет и припухает бедро, а в образовавшееся на коже отверстие идет в большей или меньшей мере гной — «дурь» [9]. Применявшийся в случаях ревматизма и всех хронических заболеваний этот метод, конечно, не приносил облегчения.

Вместе с тем некоторые архаичные смыслы и практики врачевания входят в комплекс медицинского знания и медицинской практики, в частности представления о роли природных стихий (вода, земля, огонь, ветер), дикорастущих растений (подорожник, спорыш, хвощ, золотой корень, багульник и т.п.), закрепленные в культурной традиции [11]. Высокообразованный профессионал А.Г. Савиных не гнушался использования методов и средств народной медицины и просто домашнего обихода, когда они не шли вразрез со здравым смыслом, не угрожали здоровью человека. Столкнувшись с массовым заражением северян описторхозом и другими глистными заболеваниями и не имея практически глистогонных средств, он организовал массовый сбор корневищ мужского папоротника, которого было много вблизи населенного пункта. «Из корней папоротника после высушивания на солнце и измельчения в металлической ступке получали порошок. Больным давали 10—12 граммов такого порошка. Положительный эффект получали во всех случаях» [9]. В 1919 г., работая на Крайнем Севере, он, испытывая острый дефицит перевязочного материала, особенно ваты, сумел приспособить утлоп — тальниковую стружку, которую остяки широко употребляли в своей повседневной жизни в качестве подстилки, подвертки, вехоток. По гигроскопичности утлоп превосходил во много раз вату. Так был получен неограниченный запас самодельного лигнина [9, 20].

Критичное отношение к издержкам рыночного тоталитаризма, к участию в сетевом маркетинге по распространению брендовой продукции: биодобавок, медицинских услуг, «чудодей-

ственных» средств омоложения, обретения красоты и здоровья [7]. В этом же ряду и **реклама экстраординарных методов и средств диагностики и лечения.** Здоровье и болезнь стали главным бизнесом столетия. «Никогда еще в здоровье не вкладывалось так много капитала... Все больше экспертов указывают на то, что разница между возможностями современной медицины и способностью оплатить ее услуги увеличивается». Случается, что за определенную мзду (оплата поездок за границу для знакомства с соответствующей фирмой и ее производством, для участия в якобы научных форумах, за высокий заработок) некоторые медики участвуют в испытании и апробации каких-то лекарственных и иных лечебных средств, допуская подтасовку результата с целью увеличения спроса на те или иные препараты. Прямое или косвенное включение во всевозможные «медицинские лохотроны» профессиональных медиков подрывает профессиональную репутацию, порочит профессионально-этический облик медика [7, 22, 23].

Систематическое духовное очищение — «ментальная уборка» (В. Бакштанский, О. Жданов) и **духовное возрастание.** «Душа обязана трудиться и день, и ночь». Рефлексируя, человек способен переосмысливать свои поступки и изменять представление о происходящем, осуществлять переоценку ценностей, менять иерархию потребностей. И в соответствии с изменившимися духовными параметрами (характеристиками) он возвышает свою телесность, гармонизирует связь духа и тела, свою связь с другими людьми. Особенную значимость приобретает сегодня противостояние всем антигуманным тенденциям и попыткам подменить гуманизм суррогатными формами его, когда, например, потребность заботиться о ком-то удовлетворяется через подчеркнутую трепетную заботу о животных, изощренные способы содержания их при игнорировании действительно нуждающихся в помощи людей. Не следует поддаваться муссируемым сомнениям в том, унижает или не унижает человеческое достоинство сострадание, милосердие и благотворительность.

Заключение

В системе человеческой культуры медицинская культура предстает как определенная — гуманитарная в чистом виде сфера жизни общества, как предметный мир воплощенных и воплощаемых в практической медицинской деятельности ценностей, как поле смыслов (здесь человеческая значимость определяет буквально все) и как совокупность профессиональных качеств, а также личностных характеристик врача (медицинского работника любого ранга). Одним из важнейших направлений в формировании медицинской культуры является усвоение интегрального характера методологии медицины, включающей в том числе философские методы диалектики, герменевтики, рефлексии.

В условиях глубокого системного кризиса цивилизации, кризиса современной культуры, антропологического кризиса, во избежание гибели человеческой цивилизации, чрезвычайно важно в медицинской деятельности исходить из принципов новой антропологической парадигмы, порывающей с частичным, нецелостным пониманием человека в его ставшести. Медицинская культура — это деятельность, основанная на понимании человеческого бытия как постоянного становления в единстве со всегда заново становящимся универсумом, в котором мир человека, его высшие ценности — жизнь, здоровье творятся прежде всего им самим... со значительной помощью медицины.

Медицинская культура основывается на идеологии гуманизма, его приоритетных принципах: уважения к человеку, справедливости и альтруизма, бережливости и щедрости, милосердия и сострадания, стремления к новому, уважительного отношения к настоящему и почетительного — к прошлому.

Литература

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. М., 2000. 208 с.
2. Армстронг Х. Социальные связи и приватизация в канадском здравоохранении // Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. научных трудов / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. 472 с. С. 77—84.
3. Бакштанский В.Л., Жданов О.И. Менеджмент вашего здоровья. М.: ПЕРСЭ, 2000. С. 4—6.
4. Бажутина Т.О. Пропедевтика философии и философские основания медицины. Новосибирск, 2004. С. 176—184, 186—193.
5. Вайнберг З.С. «О знал бы я, что так бывает...» // Литературная газета. № 28. 9—15 июля 2008 г.
6. Вакцинопрофилактика и права человека: Доклад РНКБ РАН / Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Ин-т человека, 1994. С. 181.
7. Винсент Л. Легендарные бренды: раскрученные рекламные мифы, в которые поверил весь мир. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2004.
8. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3.
9. Задорожный А.А., Сакс Ф.Ф. Хирург А.Г. Савиных. Томск: Изд-во «Красное знамя», 1996. 229 с.
10. Йорыш А.И. Правовые и этические проблемы клонирования человека. // Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. научн. тр. РАН ИНИОН / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. 472 с. С. 245—264.
11. Кириленко Е.И. Феномен медицины в горизонте культуры: теоретические основания анализа и этнокультурная спецификация. Томск: Изд-во ИОА СО РАН, 2008. 330 с.
12. Кнодель В.П. Здравоохранение: национализацию — на референдум // Философская и экономическая газета. 2007. № 7.
13. Коновалов В.В. Интегральная системная медицина — медицина будущего // Вита. 1995. № 4. С. 20—23.
14. Конституция Российской Федерации. М.: Проспект, 2003. 32 с.
15. Король И.Г. Уголовный закон и ответственность медицинских и фармацевтических работников // Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. научн. трудов РАН ИНИОН / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. 472 с. С. 37—40.
16. Куликова Н.В. Роль педагога в формировании здорового образа жизни // Культура педагога. Современный цивилизационный контекст / Под ред. Л.С. Сысоевой. Томск: Изд-во ТПУ, 2007. 300 с. С. 265—299.
17. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан // www.consultant.ru
18. Першина А.Г., Сазонов А.Э., Мильто И.В. Использование магнитных наночастиц в биомедицине // Бюл. сиб. медицины. 2008. Т. 7. № 2. С. 59—69.
19. Рёрихт А.А. Совершенствование медицинского законодательства: путь к преодолению коррупции // Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. научных трудов РАН ИНИОН / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. 472 с. С. 53—77.
20. Тетенев Ф.Ф. Как научиться профессиональному комментарию клинической картины (Клинические лекции): Учебное пособие. Томск: Чародей; СибГМУ, 2005. 176 с.
21. Тищенко П.Д. Жизнь и власть: био-власть в

Научный и учебный процесс: методический семинар

современных структурах врачевания // Мир психологии. 2006. № 2. С. 182.

22. *Штейнгарт Ю.Н.* Жизнь, откровения и крамольные мысли старого томского профессора. Томск:

Изд-во ТГУ, 2003. 182 с.

23. *Элерс А.* Рынок и мораль. Современная медицина не может отстраниться от этических вопросов // Современное медицинское право. С. 16—18.

Поступила в редакцию 15.01.2007 г.

Сведения об авторах

Н.А. Хлыстова — канд. филос. наук, доцент кафедры философии с курсами культурологии, биоэтики и отечественной истории СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Хлыстова Нелли Александровна, тел. (3822) 41-29-63, e-mail: khl-nehlli@yandex.ru