

Д.П. АЛЕКСАНДРОВА*магистр, философский факультет, Орловский государственный университет
E-mail: arnold71@inbox.ru***D.P. ALEXANDROVA***Master, Philosophy Faculty, Orel State University
E-mail: arnold71@inbox.ru***СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ****MEDICAL ETHICS FORMATION**

В статье предпринимается попытка изложить суть этики медицинской деятельности; предлагается краткий обзор принципов и этапов её становления.

Ключевые слова: этика, профессиональная этика, медицинская этика, биоэтика.

The attempt to explain the essence of medical activities ethics has been made in the article; a brief survey of its principles and formation stages is suggested.

Keywords: ethics, professional ethics, medical ethics, bioethics.

Человечество нуждается в соединении биологии и гуманистического знания, из которого предстоит выковать науку выживания и с ее помощью установить систему приоритетов.

В.Р. Помтер

Путь любой науки сложен, а медицины – особенно. Ведь она, как ни одна другая область знаний, затрагивает саму жизнь людей. Зачастую медицинские открытия не только успешно излечивают конкретных больных, но и влияют на мировоззрение общества в целом.

На взаимоотношения медицины и общества существуют две противоположные точки зрения. Сторонники первой считают, что косное общественное мнение тормозит прогресс медицины. Сторонники второй убеждены, что развитие медицины нарушает гармоничное единство природы и человека, является основной причиной ослабления человечества в целом и даже может привести его к вырождению. В самом деле, с одной стороны, люди стали здоровее – увеличилась продолжительность жизни, современный человек по сравнению с древними предками крупнее, крепче. С другой стороны, лекарства и вакцины «отучили» организм самостоятельно бороться с болезнями.

Однако, находясь в сложном взаимодействии, медицина и общество не противостоят друг другу. Медицина вольно или невольно влияет на общество, изменяя его. От соблюдения медицинских норм в разных сферах деятельности людей зависят жизнь и здоровье каждого, и общество заинтересовано их учитывать.

Нужно сказать и о гуманизирующем влиянии медицины. Достаточно вспомнить, сколько усилий понадобилось приложить врачам, чтобы объяснить обществу,

казалось бы, очевидные вещи: ВИЧ-инфицированные люди не должны быть изгоями, психические расстройства – болезни, а не пороки и они требуют лечения, а не наказания.

Однако и общество диктует медицине свои требования. Они тормозят ее развитие, но в разумных пределах – ведь результат любого процесса, если он протекает бесконтрольно, непредсказуем, а порой трагичен. Развитие гинекологии поставило задачу ограничения абортов. Успехи реаниматологии поставили перед обществом и врачами вопрос, до каких пор нужно продолжать оживление уже неспособного к жизни организма. Достижения генетической медицины вызвали споры о той грани, которую не должны переступать ученые в экспериментах с клонированием. Под давлением общественности врачи уже в XX в. начали с особой строгостью подходить к внедрению в лечебную практику новых лекарственных препаратов. В результате появились законы «медицины доказательств», которым теперь следуют медики всего мира. Повышение ценности человеческой жизни повлияло на современную медицинскую этику, привело к законодательному закреплению прав пациента.

В связи с этим в статье предпринимается попытка изложить суть этики медицинской деятельности, что предполагает рассмотрение принципов и этапов её становления.

«Медицинская (врачебная) этика – отрасль прикладной профессиональной этики, выступающая составной частью биомедицинской этики и регулирующая «человеческие отношения» в медицине «по вертикали» (врач – больной) и «по горизонтали» (врач – врач) на основе традиционных установок медицинской деонтологии. Носит корпоративный характер. Преобладающее внимание уделяет правам и обязанностям врача по от-

ношению к пациентам, а также нормативному регулированию взаимоотношений «внутри» медицинской профессии». [5: 23]

Таким образом, медицинская этика – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

Объяснение термина «медицинская этика», сформулированное в словаре по биомедицинской этике, подчеркивает важные аспекты, которые необходимо учитывать при изучении этой области.

Медицинская этика включает в себя такие два аспекты, как научный и практический: *научный* – раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников; *практический* – область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

Первые прогрессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубин веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюрведа» («Знание жизни», «Наука жизни»), в которой наряду с рассмотрением проблем добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообладания. Обязанности врача заключаются в постоянной заботе об улучшении здоровья людей. Ценой своей жизни медицинский работник должен отстаивать жизнь и здоровье больного.

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

Этика Гиппократата – это система морально-этических заповедей, требований, запретов, регулирующих практику врачевания, определяющих отношение врача к пациенту, отношение врача к другим врачам, а также к своей профессии в целом и отношению врача к обществу. Она оказала огромное влияние на моральное сознание медиков Древней Греции и Рима. [1:11] Медицинская этика прогрессивных врачей древности была направлена против стяжателей, шарлатанов, вымогателей, стремящихся нажиться за счет больного человека. Клятва Гиппократата оказала большое влияние на развитие медицинской этики в целом. Впоследствии студенты, оканчивающие медицинские учебные заведения, подписывали «факультетское обещание», в основу которого были положены нравственные заповеди Гиппократата.

В эпоху средневековья немалый вклад в становление медицинской этики внесли такие ученые Востока, как Авиценна (980-1037 г.г.) и его труд «Канон врачебной науки» и Маймонид (1135-1204 г.г.). Маймонид известен как автор произведения «Молитва врача» – это своего рода способ обретения врачом той душевной крепости, моральной силы, без которой невозможно выполнение им своего благородного дела. Вот некоторые изречения из него: «Не допусти чтобы жажда к наживе,

погоня за славой и почестями примешивались к моему призванию... Укрепи силу сердца моего, чтобы оно всегда было одинаково готово служить бедному и богатому, другу и врагу, доброму и злому... Внуши моим больным доверие ко мне и моему искусству... Отгони от одра их, всех шарлатанов... Даруй мне кротость и терпение с капризными и своенравными больными; даруй мне умеренность во всем – но только не в знании; в нем же дай мне быть ненасытным, и да будет далека от меня мысль, что я все знаю, все могу».

В эпоху Возрождения в центре внимания оказывается вопрос о том, какими моральными качествами должен обладать врач. Споры шли вокруг того, достигаются ли качества, необходимые хорошему врачу, в процессе академического обучения, либо они даются путем озарения, через интуицию и опыт, приходят, что называется, от Бога.

Последней точки зрения придерживался величайший врач эпохи Возрождения Парацельс (1493-1541): «Из сердца растет врач, из Бога происходит он, и высшей степенью врачевания является любовь».

В следующем столетии идея опытного изучения природы станет самым авторитетным философским руководством всей европейской науки Нового времени. Ярким представителем этого периода является Ф.Бэкон (1561-1626), автор фундаментальной работы «Этика, или наука о морали», в которой он обсуждает этические вопросы отношения к неизлечимым, умирающим больным.

Сильный импульс к своему дальнейшему развитию врачебная этика получила в эпоху Просвещения. В это время происходит переосмысление миссии медицины в обществе – целью медицины теперь становится не только индивидуальное, но и общественное здоровье. Врачебная этика оформляется как система развернутых конкретных моральных обязанностей врача, регулирующих его профессиональную деятельность.

В 1803 г. Т. Персиваль опубликовал трактат «Медицинская этика», идеи которого во многом предопределили последующее развитие этой области знания в англоязычных странах. В трактате были выдвинуты такие моральные стандарты поведения врача, которые резко контрастировали с атмосферой взаимных нападок, ссор и свар, характерных для взаимоотношений врачей того времени.

Опираясь в целом на гиппократовскую традицию, Т. Персиваль уделял особое внимание требованиям этикета во взаимоотношениях между врачами: «Медики любого, благотворительного учреждения являются в какой-то степени ... хранителями чести друг друга. Поэтому ни один врач или хирург не должен открыто говорить о происшествии в больнице, что может нанести вред репутации кого-нибудь из его коллег... Следует избегать непрошеного вмешательства в лечение больного, находящегося на попечении другого врача. Не следует задавать никаких назойливых вопросов относительно пациента..., нельзя вести себя эгоистично, стараясь прямо или косвенно уронить доверие пациента

к другому врачу или хирургу». Следует отметить, что этический кодекс Т. Персиваля был обращен не только к собственно врачам, но и к фармацевтам, больничному персоналу. Таким образом, прежде всего с именем Персиваля следует связывать расширение предмета врачебной этики и ее превращение в медицинскую этику.

Что касается отношения к пациентам, то врач у Персиваля выступает как филантроп, несущий им благо и получающий от них соответствующую признательность. Врач должен вести себя с пациентами «деликатно, уравновешенно, снисходительно и авторитетно». Персиваль был первым, кто начал признавать обязательство врача по отношению не только к пациентам, но и к обществу. [1:12-13]

Характерной особенностью развития медицинской этики в эпоху капитализма является скрупулезная детализация норм поведения медицинских работников.

Многие выдающиеся отечественные медики оказали большое влияние на развитие медицинской этики в нашей стране. Так, М.Я. Мудров считал, что нужно воспитывать медицинских работников в духе гуманизма, честности и бескорыстия. Он писал, что приобретение врачебной профессии должно быть делом не случая, а призвания. Вопросы медицинской этики получили дальнейшее развитие в трудах Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, И.П. Павлова и многих других ученых. Развитие революционно-демократических идей в России в начале XX века нашло отражение и в вопросах медицинской этики. Это касалось понимания врачебного долга. Врач – общественный деятель, по словам В.В. Вересаева, должен не только указывать, он должен бороться и искать пути, как провести свои указания в жизнь.

Великий древнегреческий врач Гиппократ утверждал: «Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного». За 2500 лет, прошедших со времен Гиппократа, к трем названным им слагаемым медицины добавилось четвертое – медсестра.

«Врач – служитель искусства и больной должен бороться с болезнью с самого ее начала на стороне врача», – считал Гиппократ. Очевидно, что и медсестра вправе ожидать, чтобы больной видел в ней своего союзника в борьбе за здоровье.

Историко-этимологический анализ древнерусского (славянского) слова «врачъ» свидетельствует, что так называли людей, умеющих «врать», т.е. заговаривать боль, колдовать, предсказывать судьбу.

В современном русском языке врачом называют человека, окончившего высшее медицинское учебное заведение. После введения высшего сестринского образования адекватного названия новой профессии еще не придумали. В связи с тем, что на факультетах высшего сестринского образования стали в первую очередь готовить руководителей, организаторов сестринских служб, пока ограничились заимствованием из английского термина «менеджер сестринского дела».

Клятва врача – моральное обязательство, принимаемое перед государством. Во времена Гиппократа

клялись перед богами: «Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, призывая их в свидетели...».

В 1983 г. выпускники сестринской школы в Мичигане впервые давали «Клятву Флоренс Найтингейл», названную именем основоположницы научного сестринского дела. Ее текст был сформулирован комитетом под председательством медсестры Листры Гриттер. В клятве говорилось: «Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности.

Я буду воздерживаться от всего вредного и пагубного и никогда сознательно не использую и не назначаю лекарство, которое может причинить вред. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в тайне всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентом и его родными.

Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящая себя неустанной заботе о благополучии всех введенных мне пациентов».

Если сравнить текст этой клятвы с Клятвой Гиппократа, то нетрудно обнаружить много схожего. В этом нет ничего удивительного. Точно так же схожи по сути клятвы врачей Древней Индии и средневековые факультетские обещания. Присяга врача Российской империи и Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, которая гласит: «Здоровье моего пациента – моя первейшая забота». Так было во все времена, сколько существует медицина.

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

Эти требования в одинаковой степени могут быть предъявлены и врачу, и медсестре, и в 21 веке они столь же значимы, как и 2000-3000 лет назад.

В настоящее время в России работает более 800 000 врачей 81 специальности (по номенклатуре Минздравмедпрома РФ). Остаются верными слова Гиппократа о том, что «многие себя называют врачами, но немногие ими являются в действительности... Лучшие из врачей те, которые причиняют меньше зла. В наши дни мы можем убедиться в справедливости слов М. Я. Мудрова: «Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку... Врач посредственный более вреден, чем полезен».

Если познакомиться с правилами, сформулированными в книге Т. Персиваль «Медицинская этика, или свод установленных правил применительно к профессиональному поведению врачей и хирургов» (хирурги в

те времена к врачам не относились), то можно убедиться, что их вполне можно использовать для служебных инструкций врачам и медсестрам XXI века.

В современном здравоохранении понятия уважения личности, самостоятельности пациента и самоопределения являются первостепенно важными; они находятся в центре любых отношений между медицинским работником и пациентом.

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

Очень важным этическим принципом, на котором базируются отношения между медицинским работником и пациентом, является непричинение вреда.

В основе медицинской профессии лежит и уважение к жизни, включающее принцип священности человеческой жизни и принцип качества (осмысленности) жизни. Для медицинского работника любая жизнь обладает одинаковой ценностью, она священна.

Медицинская этика требует от специалиста не только непричинения зла, но и свершения благодеяний. «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного», – говорится в Клятве Гиппократ.

Благодеяние – моральный долг медицинских работников, основа деонтологии (учение о должном). Долг, должность и должное – слова одного корня, хотя каждый понимает их по-своему.

Благодеяние в медицине может иметь различные формы. Это не только умело проведенная операция, назначение эффективного лекарства, старательный уход за больным. Благодеянием могут быть и продуманные рекомендации, касающиеся образа жизни пациента, вовремя сделанная прививка против инфекционной болезни, борьба за чистоту воздуха в районе, акции протеста против военных конфликтов (движения «Врачи мира против ядерной войны», «Врачи мира против насилия», «Врачи без границ» и др.).

Если заботу о здоровье пациента и ответственность

за него берет на себя не один специалист, а несколько, то мы имеем право говорить о коллегиальной модели взаимоотношений. Она весьма распространена в современном здравоохранении, но не всегда бывает самой лучшей с позиций медицинской этики. В условиях специализации, профилизации, бригадных методов лечения, когда с пациентом работает несколько врачей, медсестер, имеющих разный уровень профессиональной и нравственно-этической подготовки, происходит деформация взаимоотношений в системе медицинский работник – пациент.

Автор книги «Врач, сестра, больной», известный венгерский психотерапевт И. Харди пишет, что безличность в хирургии, проявляющаяся в выдвигании на первый план работы хирургических бригад, приводит к обезличиванию больного, анатомическому подходу (хирурги говорят «Прооперируем эту язву» или «Удалим эту злокачественную опухоль»).

Профессор Н. Эльштейн, автор неоднократно переиздававшейся книги «Диалог о медицине» и многих других работ по проблемам медицинской этики, считает, что специализация, фетишизация лабораторных, инструментальных исследований обусловили отход от классических приемов врачевания и привели к потере доверия больных к медицине. Необходимость контактов больного с большим количеством медицинских работников делает проблематичным соблюдение врачебной тайны.

Мы не можем отрицать необходимость специализации в современной медицине. Она определяет высокий уровень квалифицированной медицинской помощи, обеспечивает точность диагностики, эффективность лечения, профилактики, реабилитации. Вместе с тем, если не будут приняты соответствующие меры, она может быть причиной негативных явлений, привести к утрате преимущественности в лечении, индивидуального подхода к каждому пациенту, запутать врача, медсестру, пациента в сложном лабиринте современной медицины.

Сущность контрактной модели взаимоотношений пациента и медицинского работника ясна из названия. Они заключают между собой контракт, договор, соглашение, в котором определяются рамки их взаимоотношений. Моральная сторона в контракте не находит отражения, но легко догадаться, что большим успехом у пациентов пользуется специалист, сочетающий высокий профессионализм с тщательным соблюдением норм и правил медицинской этики.

Существует модель взаимоотношений, точно и образно названная «моделью автомеханика», при которой пациент встречается с медицинским работником только для «устранения поломки» в своем организме. Однако и для автомехаников существуют какие-то моральные нормы и гарантийные обязательства. При «модели автомеханика» в медицине медицинский работник не проявляет заботы (патернализма) о своем пациенте после завершения «ремонта». Вместе с тем, если этот «ремонт» будет плохо сделан, вряд ли кто-нибудь обратится к нему вторично или посоветует сделать это своим

друзьям, знакомым, родственникам.

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

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

В то же время этот кодекс устанавливал ряд запретов в отношении оказания медицинской помощи: «Не следует лечить того, кого ненавидит властитель, или тех, кто ненавидит властителя, или кого ненавидит народ, или тех, кто ненавидит народ. Точно так же не следует лечить того, кто крайне ненормален, зол, отличается плохим характером или плохим поведением, не доказывает свою честность, находится при смерти, а также женщин, которых не сопровождают мужья или опекуны...».

При таком избирательном подходе всегда можно было отыскать причину для отказа в помощи.

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

Обсуждение проблемы справедливости требует принятия решений о макро- и микрораспределении. Проблемы макрораспределения товаров и услуг (в условиях рыночных отношений лекарства и медицинская помощь являются товаром) решаются на уровне социума, становятся сферой социальной политики и неразрывно связаны с экономическими проблемами. Они включают в себя финансирование научно-исследовательской работы, профилактических и лечебных программ различных уровней и сестринского образования, массового просве-

щения и иных форм массовой оздоровительной работы. Однако более насущны для медицинских работников проблемы микрораспределения ограниченных ресурсов нашего здравоохранения. В этих ситуациях, возникающих ежедневно в работе любого врача или сестры, только медицинские показания не могут служить единственно верным критерием распределения дефицитных лекарств или услуг. В связи с этим возникла и стала весьма острой в наших условиях проблема дистрибутивной справедливости в здравоохранении. Очень часто врач или сестра не могут решить эту проблему самостоятельно. В таких случаях на помощь им приходят коллеги, этические комитеты (там, где они существуют).

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

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

В современных условиях медицина играет очень важную роль в жизни общества. Поэтому отношения между медицинскими работниками и их пациентами выходят за рамки обычных бытовых или производственных отношений между людьми. Они требуют знания и соблюдения изменившихся принципов этики врача и больного, некоторых правовых аспектов регулирования их взаимоотношений, а для того чтобы успешно применять полученные знания на практике, нужно знать и историю их возникновения.

Сегодня все более актуальным становится утверждение о том, что XXI век – это век гуманизации науки и культуры. Этическое знание занимает одно из централь-

ных мест в гуманитарной и мировоззренческой подготовке современного студента. Таким образом, основное предназначение медицинской этики (преимущественно современного этапа её развития – биоэтики) состоит в систематическом анализе действий человека в медицине и биологии в свете нравственных ценностей и принципов, разработке новых гуманистических и моральных ориентиров научного исследования в таких сферах, как

генная инженерия, клонирование человека, защите прав и достоинств человека при проведении биомедицинских исследований, нравственном контроле над экспериментальной деятельностью с животными, формировании морально-правовых и социально-этических основ решений в области трансплантации органов, эвтаназии, психиатрии и др. [2:6]

Библиографический список

1. *Авходиев Г.И., Кот М.Л., Беломестнова О.В.* Биомедицинская этика: Учебно-методическое пособие. Чита, 2009. 216 с.
2. Биомедицинская этика: Практикум. Под общ. ред. С.Д. Денисова, Я.С.Яскевич. Мн.: БГМУ, 2011. 255 с.
3. *Власов В.В.* Основы современной биоэтики. Саратов, 1998. 96 с.
4. *Иванюшкин А.Я.* Введение в биоэтику. А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнат'ев, Р.В. Коротких. М. : Медицина, 1998. 384 с.
5. Словарь по биомедицинской этике для студентов всех факультетов высших медицинских учебных заведений. Ставрополь, изд-во СтГМА, 2011.
6. *Чеботарева Э.П.* Врачебная этика. М., 1984.

References

1. *Avkhodiev G.I., Kot M.L., Belomestnova O.V.* Biomedical Ethics: Study guide. Chita, 2009. 216 p.
 2. Biomedical Ethics: manual / Ed. S.D. Denisova, Ya.S.Yaskevich. Minsk: BSMU, 2011. 255 p.
 3. *Vlasov V.V.* Basics of modern bioethics. Saratov, 1998. 96 p.
 4. *Ivanyushkin A.Ya.* Introduction to Bioethics / A.Y. Ivanyushkin, V.N. Ignat'iev, R.V. Korotkykh. Moscow: Medicine, 1998. 384 p.
 5. Dictionary of biomedical ethics for students of all faculties of higher medical schools. Stavropol, Publishing house StSMA, 2011.
 6. *Chebotarev E.P.* Medical ethics. M., 1984.
-
-