

И. А. АШИМОВ

---

# Биофилософия риска

КУМУЛЯТИВНЫЙ ДИАЛОГ



И. А. АШИМОВ

**Биофилософия риска.  
Кумулятивный диалог**

«Издательские решения»

**Ашимов И. А.**

Биофилософия риска. Кумулятивный диалог / И. А. Ашимов —  
«Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-645642-6

**НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.** Монография посвящена прикладным аспектам биофилософии — методологическим и философским проблемам биомедицины. Диалоги касаются вопросов проблематизации этики разрешения рискованных ситуаций как объекта биофилософии, спорных биоэтических проблем хирургической агрессологии и рискологии. Риск характеризуется как объект системно-методологического исследования. В книге приводятся сведения о методологии разрешения риска, об акцентах и соотношениях оперативного, анестезиологического и этического рисков.

ISBN 978-5-00-645642-6

© Ашимов И. А.  
© Издательские решения

## Содержание

От автора	6
Введение	8
Глава 1	12
Диалог о природе ситуативных проблем в ракурсе неонеклассической науки	13
Глава 2	26
Диалог о комплексах ощущений субъектов и об изменениях подходов к разрешению спорных проблем профессиональной деятельности	27
Глава 3	35
Диалог о философских и методологических аспектах рискологии	36
Глава 4	44
Диалог о выборе решений и о морально-этических дилеммах при запредельной травматической агрессии	45
Конец ознакомительного фрагмента.	49

# **Биофилософия риска Кумулятивный диалог**

**И. А. АШИМОВ**

© И. А. Ашимов, 2024

ISBN 978-5-0064-5642-6

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

## От автора

Следует подчеркнуть очевидную важность формирования клинической рискологии и рассмотрения проблем неотложной хирургии тяжелых повреждений организма с ее позиции. На наш взгляд, в ее задачу должна войти не только характеристика риска в широком плане, но и снижение его вероятности и улучшение результатов его разрешения. Целью данного научного труда было освещение сугубо познавательных, методологических и биофилософских аспектов ситуации риска, крайней необходимости и эксперимента. Проблема выбора решений рассмотрена нами с позиции биофилософии, оптимологии и системологии. По нашему мнению, эти научные направления, сопоставимые по уровню общности с кибернетикой и синергетикой, предлагают свое, особое, оптимизационное мышление, особый подход к разрешению указанных ситуаций.

Логика заставляет нас обратить внимание на процессуальные аспекты выбора оптимального решения как способа разрешения ситуации риска, крайней необходимости и эксперимента в медицинской практике. В этой связи мы, впервые опираясь на результаты современной методологии, принимая во внимание многообразные свойства ситуации риска, крайней необходимости и эксперимента, проанализировали их на базе расчленения и группировки свойств, признаков и отношений по признакам сходства и различия, объединив сходные свойства в следующие группы: системно-организационные или программно-базовые; структурно-функциональные; случайные и функционально-ролевые, ситуативные; элективно-аксиологические; интегрально-поведенческие.

В указанном аспекте следует акцентировать внимание читателей на существование двух механизмов оценки качества организационно-методических и лечебно-тактических мер: сопоставление результатов, достигнутых лечебным учреждением или здравоохранением в целом за некоторый период с моделью конечных результатов; оценка соблюдения стандартов обследования, лечения и качества. Так, на наш взгляд, актуальными являются составление системно-информационного представления о проблеме в целом и построение действий хирурга на этой основе, а также разработка «Территориальной базовой программы» действия хирургов, предполагающей стандарт качества с нормативным значением.

На основании собственных исследований впервые построена шкала оценки наборов решений различных хирургических ситуаций. «Научившись» оценивать качество, мы попытались изучить суть ситуации риска в хирургии. Нами предложены обобщенные критерии оценки свойства риска, крайней необходимости и эксперимента: критерий альтернативности (когда хирург имеет возможность выбора вариантов операции в пользу операции с малым риском); угрозомерический критерий (когда у хирурга есть возможность избежать или снизить угрозу неблагоприятного исхода или осложнения); критерий неопределенности (когда хирург все же имеет возможность разрешить возникшую неопределенность ситуации); прогностический критерий (когда есть возможность предвидеть и разрешить неопределенность ситуации).

С нашей точки зрения, о ситуации эксперимента следует говорить тогда, когда по критерию альтернативности хирург вообще не имеет каких-либо вариантов операции; по угрозомерическому критерию угроза реализована в высокой степени, а хирург не имеет шансов на возможность снизить эту угрозу; по критерию неопределенности хирург находится в полной неопределенности и у него нет возможности ее разрешить; по прогностическому критерию хирург не в состоянии сделать прогноз ситуации. Хотелось бы заметить, что к стратегическому познанию ситуации риска как объекта системно-методологического исследования целиком относится процесс формирования математической модели тяжелых повреждений организма.

Следует отметить существование двух типов моделей: с одной стороны, это модели-механизмы, опирающиеся на причинно-следственные связи наблюдаемого явления (факторная модель), а с другой – модели-экстраполяторы, которые позволяют нам, не зная механизма явления, прогнозировать (экстраполировать) реакцию субъекта на определенные ситуации, важные для субъекта (вероятностные модели). Хирургу важно в своей познавательной деятельности опираться на модели обоих типов, и поскольку они важны при решении тактических задач, которые связаны с достижением текущих целей. Безусловно, неопределенность всегда воспринимается тягостно, а потому естественной реакцией субъекта является активизация программы поиска, которая, как правило, сопровождается чувством страха, неуверенности, тревоги, сожаления. Именно отсутствие модели в этой ситуации (речь идет о территориально-базовой программе действия хирурга при ситуации риска, крайней необходимости и эксперимента) делает поведение хирурга крайне осторожным, замедленным, неоптимальным.

Риск – это «деятельность, связанная с преодолением неопределенности в ситуации неизбежного выбора, в процессе которой имеется возможность количественно и качественно оценить вероятность достижения предполагаемого результата, неудачи и отклонения от цели». Мы считаем нужным заострить внимание на двух моментах: роли количественной характеристики патологии в разрешении ситуации риска, крайней необходимости и эксперимента; роли оптимизации принятия решений как способа минимизации эмпирического риска. Для хирурга и анестезиолога-реаниматолога важно оценить степень сложности хирургической ситуации, определяющую как хирургическую, так и анестезиологическую тактику. В этой связи целесообразно ориентироваться на такой интегральный показатель, как степень сложности хирургической ситуации (I – II – III ст.), учитывающий зависимость конкретной ситуации от степени неопределенности, степени реализации угрозы, степени прогнозирования последствий выбора той или иной альтернативы оперативного вмешательства.

В ситуациях вынужденного расширения параметров операции хирургическая бригада должны использовать адекватную тактику лечения, направленного на ликвидацию опасных последствий, стабилизацию кризиса. При этом необходимо ориентироваться на интегральные показатели функций жизненно важных органов и систем как показатель изменения когнитивного статуса больного. Книга может привлечь внимание философов, интересующихся как биоэтической проблемой, так и методологической проблематикой клинической медицины, научных работников, интересующихся вопросами теории познания и социализации врачебной деятельности, а также врачей всех специальностей и студентов.

## **Введение**

### **Проблематизация этики разрешения рискованных ситуаций как объекта биофилософии**

Существует выражение: «Есть правила для выбора решения, но нет правила для выбора этих правил». Ход мысли в жизни любого ученого либо мыслителя вновь и вновь будет осмысливаться, но вновь выработанные на основе осмысления правила снова и снова окажутся недостаточными для решения тех или иных проблем следующего уровня. И так до бесконечности. В этом суть процесса бесконечного познания, когда «... всякая деятельность исходит из знаний, содержащих пробелы. При такой неуверенности можно воздержаться от действий либо действовать с риском» [В.Н.Сагаатовский,1972].

Человек по своей природе всегда субъективен и конформичен, бессознательно приспосабливается к любым требованиям или условиям. Между тем правильное решение требует от человека прежде всего критической оценки ситуации и мужества сказать: «можно сделать лучше». Следует отметить, что рассудочные знания и умения могут противоречить друг другу [И.Т.Фролов,1981]. Объединение рассудочных знаний в разумную систему направляется не стандартом мышления и действия, не сиюминутным интересом, а более высокими целями добра и человечности. В этом случае человек поднимается на уровень заботы о Человеке и только с этой высоты следует решать дилеммы о том, каким – хорошим или плохим – будет результат такого выбора [В.Н.Сагаатовский,1972].

Хотелось бы отметить то обстоятельство, что медицина как никакая область человеческой деятельности насыщена дилеммами [Н. Ардашева,1995]. Это и понятно, поскольку речь идет о сохранении человеческой жизни. Проблема хирургической агрессии во имя спасения жизни больного представляет собой столь многоаспектную проблему, что разрешить ее только на уровне конкретной области невозможно. Необходимо прибегнуть к помощи науки, которая оперировала бы данными на более высоком уровне обобщения, абстрагируясь от частных конкретных явлений [И.А.Ашимов,2002]. Такой наукой выступает биофилософия, предоставляющая другим наукам методы объяснения, понимания и предсказания явлений, связанных с феноменом жизни [В.Г.Борзенков,1998]. Как же хирургам могут помочь философы? Прежде всего выполнением социально-философского анализа и выработкой способов разрешения многочисленных дилемм прежде всего морально-этического плана.

Имеющиеся данные, в том числе собственные, убеждают автора в том, что одной из причин все еще недостаточно оптимальных результатов разрешения клинических ситуаций является отсутствие до настоящего времени подробных исследований методического характера, проясняющих мотивацию диагностических и тактико-технических решений, в особенности при множественных и сочетанных травмах и ранениях органов грудной и брюшной полостей [Б.Э.Альтшулер и соавт.,1974; Б.А.Вагнер и соавт.,1980; Р.П.Аскерханов и соавт.,1987; М.М.Абакумов и соавт.,1989; Jenkinson S.G.,1985, Lewis F.R.,1986]. Восполнить этот пробел в рассматриваемой проблеме автор ставит своей целью в данной работе, а потому думается, что с монографией с интересом ознакомятся как начинающие, так и опытные хирурги.

Хочется надеяться, что, прочитав данную монографию, хирург, травматолог, нейрохирург, реаниматолог, организатор здравоохранения вновь переосмыслит свой личный опыт, а также опыт многих авторов и с честью выйдет из сложной ситуации. Допускаю, книга многих смутит и озадачит. Здесь и клиника, и философия, а значит конкретика и абстракция вместе, отсутствие ясности и четкости. Миссия данной книги – способствовать умению размышлять над знаниями, для того чтобы они могли послужить выработке правильного решения во имя жизни Человека. В этом и заключается миссия данной книги.

Следует подчеркнуть, что развитие биофилософии связано прежде всего с общей тенденцией поступательного движения знания от прежнего, традиционно-классического, идеала науки к новому нетрадиционному, неклассическому и далее – к неонеклассическому. Если классический подход ориентирован на исследование замкнутой, самодостаточной системы, характеризующейся определенной однородностью строения, равновесностью состояния и линейностью развития, то неонеклассический идеал познания направлен на представления о процессуальности, разнородности, неравновесности и нелинейности бытия.

Безусловно, в связи с постепенной сменой научной рациональности известные трансформации претерпевает и философия. В ней также происходят значительные подвижки, характеризующиеся все большим синтезом философского и научного знания в целом. Развитие биофилософии при этом осуществляется по пути более глубокого взаимопроникновения философии и биологии. Причем биомедицина своим мощным развитием на рубеже XX и XXI веков оказалась самой важной при формировании биофилософии.

До того времени философия, мучительно преодолевавшая односторонность и ограниченность своей методолого-гносеологической ориентации, остро нуждалась в новом ключевом понятии, способном стать центром кристаллизации новых метафизических и мировоззренческих построений. И вот в этих условиях, без слов, биомедицина оказалась мощным эвристическим началом в развитии философско-мировоззренческих исканий.

На наш взгляд, в медицине такой проблематикой является ситуация риска, крайней необходимости и вынужденного эксперимента. Полагаю, в этом аспекте данная монография состоялась как труд, имеющий системно-методологический характер. Допускаю различное восприятие и оценку данного произведения. Счел бы цель достигнутой, если высказанные суждения найдут отклик, стимулируя со-размышления и совместный поиск. Монографии дано название «Рискология: дилеммы, суждения, решения». Методом развертывания мышления выбран диалог. Действительно, осмысление своей науки и сферы профессиональной деятельности и есть постоянный диалог с самим собой. В монографии «Введение в литературоведение» [Г.Н.Поспелов,1983]. подчеркивается: «...диалог с максимальной активностью, риторической „заданностью“ выявляет положения данного момента в их повторимости, „материализует“ ход мыслей и динамику соразмышлений». «Для диалога характерны непринужденный и иерархический характер, отсутствие социальной и духовной дистанции между соразмышляющими» (в нашем случае – хирурга и человека; хирурга и ученого; хирурга и непрофессионального философа).

Общеизвестно, что хирург, травматолог, нейрохирург, как летчики-испытатели, разведчики или диспетчеры крупного аэропорта, вынуждены принимать жизнеопасные решения при остром дефиците времени, а иногда и необходимой информации [В.А.Соколов и соавт.,1998; В.А.Охотский,1998; Haller J.A. et al.,1984]. В указанном аспекте риск есть одна из неотъемлемых сторон хирургической специальности.

Известно, что риск оперативного вмешательства зависит от многих факторов, обусловленных сочетанием разнообразных патофизиологических, биохимических и клинических отклонений, возникающих в результате хирургической патологии, сопутствующих заболеваний, операции, наркоза и послеоперационных нарушений. При множественных и сочетанных ранениях важным и основополагающим является принцип взаимоотягощения, а потому риск операции во многом зависит от характера сочетания повреждений, сроков взаимоотягощения и пр. [А.Н.Нагнимбеда и соавт.,1986; Г.Д.Никитин и соавт., 1986; Н.В.Лашина и соавт.,1988; Ж.М.Маманазаров и соавт.,1999; Lee K.F. et al.,1984].

Подчеркивается, что одни факторы более определены (характер заболевания, объем операции, возраст больного), другие могут возникнуть или выявиться в процессе самого вмешательства, а поэтому их нельзя учесть заранее (кровотечение, непереносимость наркотических препаратов, острая интраоперационная декомпенсация жизненно определяющих

систем и др.) [М.И.Кузин,1963; А.Н.Кишковский и соавт.,1986; З.М.Мамедов и соавт.,1989; Allen J.V.,1981; Vodal B.J, et al.,1983]. Именно при множественных и сочетанных травмах и ранениях непредсказуемость последних бывает особенно выраженной.

Мы переживаем время активного наступления новой научной рациональности – неонеклассической науки. Уже давно идут дискуссии о самой рациональности этой науки. То есть решается вопрос: принимать эту научную рациональность либо ограничиться неклассической наукой? Итак, дилемма существует на таком уровне научной организации, как определение современной научной рациональности. В этой связи нахожу целесообразным изложить сущность новой научной рациональности в первой части данной книги.

На научном симпозиуме «Неонеклассическая наука – наука XXI века» (2006), организованном мною был обсужден круг вопросов становления неонеклассической науки в республике (на примере медицинской науки), связанных с включением субъекта деятельности в схему рациональности и производства теоретического знания. Во всем мире идет поиск ответов на вопросы: чем характеризуется современная мировая наука? насколько идеалы, нормы и методология познания соответствуют современным типам научной рациональности? Реальность такова, что хирургия оказалась методически перегруженной, а методологически – недогруженной. Необходимо сместить акцент в сторону повышения общетеоретического уровня и методологической нагруженности ее парадигм – таково мнение докладчиков и участников симпозиума.

Говорилось и о том, что, когда свободное общество предполагает равные права традиций, важна предсказуемость ценностной ориентации и целеполагающая характеристика науки и хирургии. Нас не может не интересовать вопрос: насколько наша хирургическая наука современна? Отвечает ли она современным идеалам неонеклассической науки? Неонеклассическая наука характеризуется качественным отличием от предыдущих этапов развития науки (классического и неклассического) [В.В.Ильин,1993]. Осмысление особенностей неонеклассического миропонимания представляет собой фундаментальную научно-методологическую проблему, результаты решения которой актуальны для неонеклассического обществоведения, культуры, естествознания, включая медицину, в частности, хирургию.

Мы солидарны с теми, кто утверждает, что назрела необходимость соразмерного развития морального сознания и хирурга, и его пациентов, а также активная гуманизация общества с наращиванием «положительного» баланса во взглядах на ценности [Н. Моисеев,1995]. Программные доклады содержат тезис: новый неонеклассический этап развития науки характеризуется переходом к поиску ценностно-целевого содержания научных работ и ценностно-целевой сопряженности в научной деятельности. Такой подход дает возможность рассмотреть смещение мировоззренческой парадигмы в хирургии в самых широких аспектах: философии, биофилософии, методологии, синергетики, математики, неонеклассического образования, социологии, медицины, религии, психологии.

Хотелось бы отметить следующее: мы не абсолютизируем неонеклассическую науку и не призываем ученых сиюминутно придерживаться ее Канонов. Однако следует понять: мы опаздываем со сменой научных взглядов, хотя по осмыслению методологических проблем хирургической науки и практики занимаем передовые позиции (!). И это благодаря тому, что мы вовремя отреагировали на запросы новой научной рациональности, имя которой – неонеклассическая наука. «Хирургия слишком серьезная специальность, чтобы ею занимались сугубо хирурги» (курсив – наш), поэтому не стоит заикливаться на банальном прикладном характере этой специальности.

Выстраивая диалог, надеюсь, что научное сообщество сможет верно оценить, до какой степени вышеизложенные взгляды противоречат тому, очень обкатанному и согласованному кругу представлений, которые заслужили право называться классической наукой. Как важно быть понятым в стремлении передать свое убеждение в том, что благодаря осмыслению этого

противоречия удастся со временем открыть во благо нашего научного сообщества гармонию неонеклассической науки – науки XXI века.

# Глава 1

## Диалог о природе ситуативных проблем в ракурсе неонеклассической науки

Мы живем в XXI веке. Это важный аргумент для того, чтобы ученый, научный коллектив или общество провел бы своеобразную ревизию своей научной стратегии: насколько наши познания соответствуют современным типам научной рациональности? чем характеризуется современная мировая наука? Между тем, нас в лучшем случае интересует – насколько наши научные методы и результаты соответствуют уровню мировой науки. К слову сказать, этим озабочено абсолютное большинство ученых, которые убеждены в том, что именно их методы и результаты научных исследований «догоняют» уровень мировой науки. Между тем они безнадежно отстали в отношении осмысления и внедрения в сознание ученых Канонов новой научной рациональности.

Не секрет, что при оценке научных исследований, в особенности диссертационных, у каждого из нас возникали и скепсис, и сомнения, и неудовлетворенность. Допускаем, что их было немало по диссертациям, выполненным с методологических позиций. Это ряд работ, вышедших из стен Проблемной лаборатории клинической и экспериментальной хирургии НХЦ. Между тем они выполнены с позиции новой научной рациональности и направлены на повышение общетеоретического уровня, фундаментальности и методологичности медицинской науки. Многим, возможно, до сих пор кажется, что мы «изобретаем» проблемы, что решаемые нами «такие» проблемы далеки от запросов медицинской науки и практики, что медицинская наука – сугубо прикладная, призванная решать, «как разрезать, зашить и заштопать?». Это ведет к принципиальному неприятию нашей науки. Справедлива ли такая ортодоксальная позиция наших ученых? Мы уверены в том, что смены научных взглядов уже давно продиктована необходимостью. Со сменой научных взглядов в хирургии «напряженка» во всем мире [И.А.Ашимов,2002]. В этом смысле в условиях постепенного диктата глобализации – расширения и увеличения масштаба и интенсивности научных, экономических, культурных связей во всем мире – когда наш мир становится все более единым, бесспорно, актуален призыв осмыслить запросы современного рационального типа науки.

В Концепции по реформированию науки в Кыргызской Республике в качестве основных мер определена адаптация современной республиканской науки к новым экономическим и методологическим условиям для полноценного участия в глобальных интеграционных процессах в сфере научной деятельности. В этой же концепции в качестве основных мер определена и разработка новых стандартизованных методов экспертизы научных исследований, оценки их качества, создания четких индикаторов эффективности и востребованности результатов НИР [И.А.Ашимов, Ж.И.Ашимов,1999]. В 2009 году на научной части годичной сессии Общего собрания НАН КР был заслушан блестящий доклад академика И.Т.Айтматова «О влиянии остаточных напряжений в горных породах на развитие динамических процессов их разрушения». Квинтэссенция его теоретического обобщения заключается в том, что масштаб разрушаемости геологических образований зависит от степени остаточного напряжения в объекте. По мнению автора, эта закономерность универсальна в природе и ее проявления можно экстраполировать даже на социальный процесс, когда постепенное накопление напряжения в обществе даже при минимуме внешнего воздействия может привести к социальному взрыву и последующему переустройству общества.

Исследования И. Т. Айтматова, бесспорно, выполнены в лучших традициях фундаментальной науки с выходом на уровень экоэтики и биофилософии и самое главное, затронутая им проблема осмыслена с позиции неонеклассической науки. Выводы автора подтверждают жизненность такого принципа этой науки, как формирование «организмического» понимания

природы. Согласно указанного принципа, в настоящее время природу следует рассматривать как целостный живой организм, а не как конгломерат изолированных механических объектов [А.Л.Никифоров,1998]. При этом изменения в этой системе происходят в определенных пределах, а запредельные изменения ее означают переход в качественно иное состояние, приводящее в конечном итоге к необратимому разрушению целостности системы [И. Пригожин, И. Стенгерс,1994].

Неонеклассическая наука зародилась (конец 70-х и начало 80-х годов XX века) в результате очередной, четвертой по счету, научной революции. Понятие было введено академиком В.С.Степиным, для того чтобы обозначить качественно новый этап в развитии науки, связанный со становлением нелинейного естествознания [В.С.Степин,1992]. Проблема научной рациональности исследовалась многими авторами, среди которых К.-О. Апель, П. Рикер, Р. Гароди, Ю. Хабермас, Р. Рорти, Г. Хакен, К. Хьюбнер, Н. Моисеев, К. Поппер, Гемпель, Карнан, Лаудан, Ньютон Смит, Хессе и др. В настоящее время происходит закономерный процесс постепенной смены исследовательских стратегий, задаваемых ее основаниями [В.В.Ильин,1994,1993]: идеалы и методы исследования; научная картина мира; философские идеи и принципы, обосновывающие цели, методы, нормы и идеалы научного исследования [П.П.Гайденок,1991]. Надо признать, что со сменой научных взглядов и научной рациональности во все времена и во всем мире всегда была «напряженка». Как и все новое, она с трудом пробивает себе дорогу и постепенно находит свое законное место под солнцем. В условиях наращивания диктата глобализации, когда наш мир становится все более единым, особенно актуализируется призыв ученых и к ученым более быстро и более полно осмыслить запросы этого современного рационального типа науки [В.С.Швырев,1997].

Сейчас никто не сомневается в том, что изменился облик современной науки, ее идеалы и нормы. Она стала не только более политеоретичной, полидисциплинарной, полисинтетичной, но и «человекообразной» [Р. Рорти,1997]. В этой связи, вполне понятно, что на исходе первого десятилетия XXI века, безусловно, наступает актуализация соответствующей ревизии взглядов и убеждений каждого ученого, научного коллектива или научного сообщества касательно научной стратегии [К.А.Свасьян,1990]. Как отмечалось выше, мы не отдаем отчета тому, насколько наши научные методы и результаты соответствуют уровню мировой науки; конкурентоспособны ли они в мировой практике; сопоставимы ли с теоретическими и методическими подходами, принятыми в научных центрах стран СНГ и мира? Если, по их мнению, они «догоняют» уровень мировой науки, то этим они безусловно горды и это для них большое утешение. На таком фоне приходится констатировать, что мы пока отстаем в плане осмысления и внедрения в сознание канонов новой научной рациональности. А между тем в настоящее время классическая и неклассическая наука все чаще становится не адекватной для исследования сложных процессов протекающих в природе, человеке, обществе [В.В.Ильин,1993].

Начиная с 2001 года по нашей инициативе (Проблемная лаборатория клинической и экспериментальной хирургии) был проведен ряд научных конференций и симпозиумов под общим лозунгом: «Неонеклассическая наука – наука XXI века». Говорилось о том, что неонеклассический этап развития науки характеризуется переходом к поиску ценностно-целевого, то есть аксиологического содержания научных работ и ценностно-целевой сопряженности в научно-практической деятельности. Была попытка убедить нашу научно-медицинскую общественность в том, что назрела необходимость внедрения подхода, позволяющего рассмотреть сдвиг мировоззренческой парадигмы в науке и медицине в самых широких аспектах: философии, методологии, синергетики, математики, неонеклассического образования, социологии, медицины, религии, психологии и пр. Многим кажется, что мы «изобретаем» проблемы, что решаемые нами «такие» проблемы далеки от запросов современной науки и медицины. Между тем не может не насторожить тот факт, что ученые-медики, которые имеют дело со сложней-

шей системой – больным человеком, ученые-биологи, которые заняты исследованиями биосферы, пока проявляют неприятие к новой научной рациональности в своей науке.

Из стен нашей лаборатории вышла серия работ, выполненных с позиции новой научной рациональности и направленных на повышение общетеоретического уровня, фундаментальности и методологичности медицинской науки, мы и сегодня не можем с уверенностью сказать, приживается ли эта наука в медицине Кыргызстана. На наш взгляд, выполненные нами исследования отвечают традициям и требованиями именно неонеклассической науки, так как впервые «медицинская» начинка медицинской науки приобретает новый облик, новое ценностное значение, а это и есть знание-инструмент, способный постичь не только природу конкретной болезни, «душу» пациента, но и самого себя, свое профессиональное сообщество, внутри которого мы работаем и действуем [И.А.Ашимов,2002].

Для многих из ныне работающих докторов наук неонеклассическая наука является ровесницей их научной жизни. По логике вещей, если мы уважаем свое время и свою научную жизнь, должны реагировать на запросы этой науки. К сожалению, реальность такова, что мы оказались в плену старых традиций и сложившихся стереотипов. Между тем на дворе XXI век, а это серьезный аргумент для пересмотра своей позиции. Неонеклассическая наука имеет дело с системами особой сложности, требующими принципиально новых познавательных стратегий [Н. Моисеев,1995]. Это касается многих наук, но прежде всего наук, объектом которых является человек как сложнейшая биосоциальная система [М.А.Розов,1977; Р. Рорти,1997]. Но кто может утверждать, что такая комплексная интегрированная наука, как экология или биотехнология «заняты» менее сложными объектами познания? В этой связи, нам надо уяснить, что классическая и неклассическая науки уже не могут претендовать на адекватность в познании объектов большинства современных наук [В.С.Швырев,1997]. На наш взгляд, именно неонеклассическая наука должна реализоваться во всех без исключения современных науках как более эффективная рациональность. Без осмысления принципов и основ этой науки нам угрожает безнадежное отставание в осмыслении таких научных направлений, как клонирование, крионика, нанороботизация, сеттлерика, фантоматика, цереброматика, пантокреатика и пр.

Хотелось бы отметить отличия и своеобразную эволюцию основ и принципов классической, неклассической и неонеклассической науки. Если познавательными принципами классической науки были однозначный характер научных законов и эмпирическая проверяемость научного знания; логическая доказательность научного знания, то познавательными принципами неклассической науки являются: субъективность научного знания; гипотетичность научных законов и теорий; частичная эмпирическая и теоретическая верифицируемость научного знания; антифундаментализм [Современная западная философия. Словарь. – М., 1989. – С.210; Философия и методология истории. – М., 1977. – С.37]. Таким образом, появляются некоторая размытость границ науки, политеоретичность знаний, интегрируемость различных теорий. В настоящее время речь идет о формировании Сверхнаучного знания, уточнения его критериев: «если установлено, что знание, содержащееся в источнике, будучи достоверным, не соответствует знаниям своей эпохи, то его можно отнести к сверхнаучному знанию» (Л.М.Гиндилис).

Познавательные принципы неонеклассической науки имеют кардинальные отличия: проблемность; коллективность научно-познавательной деятельности; контекстуальность научного знания; полезность; экологическую и гуманитарную направленность научной информации. То есть любой научный факт приобретает проблемный характер, содержит ряд подтекстов, имеет ценностное значение [Б.С.Грязнов,1982]. Аналогично происходит и с методологией наук. Если методологической основой классической науки являются: количественные методы исследования; эксперименты; математическая модель объекта; дедуктивный метод построения научных теорий; критицизм, то методологическая основа неклассической науки – отсутствие универсального научного метода; плюрализм научных методов и средств; интуиция; когнитивный

конструктивизм [И. Лакатос, 1978]. На таком фоне методологические основания неонеклассической науки имеют кардинальные отличия: методологический плюрализм; конструктивизм, коммуникативность и консенсуальность принятия научных решений; эффективность и целесообразность научных решений [История современной зарубежной философии: компаративистский подход. – СПб.: Лань, 1997. – С.71]. По сути имеет место синкретизм, когда наряду с достоверно-фундаментальным знанием ставка делается и на социально-прикладное работоспособное знание. Это направление науки обозначено инновацией и инновационной деятельностью. Речь идет об экономике знаний, получающей все большее признание во всем мире [И. Пригожин, И. Стенгерс, 1994].

В доступной форме классика – это когда цели и ценности науки, определяющие стратегии исследования и способы фрагментации мира, обусловлены доминирующими в культуре мировоззренческими установками и ценностными ориентациями [М. Хайдеггер, 1991]. Однако классическая наука не осмысливает этих детерминаций, она лишь констатирует. Между тем в отличие от классики, неклассика учитывает связи между знаниями об объекте и характером средств и деятельности [Ж. Делез, 1998]. Между тем, для нее предметом научного анализа не является связь между внутринаучными и социальными ценностями и целями.

Неонеклассика же учитывает соотнесенность получаемых знаний об объекте с ценностно-целевыми феноменами, то есть раскрывается связь внутринаучных целей с вненаучными, социальными ценностями и целями. В этом аспекте неонеклассика знаменуется тотализацией познаваемости природы, человека и общества [В.В.Ильин, 1993]. В настоящее время много говорится о том, что «новый исследователь признает психическую энергию, знает и понимает ее законы, свойства и качества. Он понимает, что все материалистично и познаваемо – жизнь миров, скрытые энергии, мысль. Законы духовного знания бесконечно шире известных материалистических законов и включают их» [Э. Левинас, 1998].

Если говорить о специфике, объектах, признаках неонеклассической науки, то прежде всего следует отметить изменение характера объекта исследования, когда заметно усилились место и роль комплексных подходов в его изучении. Если специфика неклассики была ориентирована на изучение изолированного фрагмента действительности, выступавшего в качестве предмета конкретной научной специальности или отрасли, то специфику неонеклассики все более определяют комплексированные научные программы, в которых принимают участие специалисты различных областей знания, то есть исследования отличаются полидисциплинарностью и многоаспектностью [В.В.Ильин, 1993]. К примеру: в настоящее время при разработке машин, помимо инженеров-конструкторов, принимают участие дизайнеры, психологи, социологи, бионики, экологи, биомеханики, биофизики и пр.

Если объектом классической науки являются простые системы, то объектом неклассической науки – системы сложные. В этой связи внимание ученых все больше привлекают исторически развивающиеся системы, которые с течением времени формируют все новые уровни своей организации [И. Лакатос, 1978; А. Койре, 1985;]. Причем возникновение каждого нового уровня оказывает воздействие на ранее сформировавшиеся, меняя связи и композицию их элементов. Новые научные направления зарождаются в недрах различных наук и, как правило, формируются на стыке научных отраслей. Безусловно, выигрышными оказываются именно уровни полученных новых знаний [В.Н.Порус, 1997]. Объектом же современной науки становятся – и чем дальше, тем чаще – так называемые «человекообразные» системы, в числе которых и в первую очередь биомедицинские объекты (экология, включая биосферу, биотехнологии, нанотехнологии, искусственный интеллект и пр.). В настоящее время обсуждается вопрос о построении науки будущего. При этом на первый план выдвигается задача создания такого учреждения (институт человека, институт природы, институт жизни и пр. созданы и создаются во многих странах мира).

Облик современной неонеклассической науки определяют системы, характеризующиеся открытостью и саморазвитием, а это требует новой методологии их познания. Хотелось бы отметить следующие признаки самоорганизующихся систем: открытость (для вещества, энергии, информации); нелинейность (множество путей эволюции системы и возможность выбора из данных альтернатив); когерентность (сцепление, связь, согласованное протекание во времени процессов в данной системе); хаотический характер переходных состояний в них; непредсказуемость их поведения; способность активно взаимодействовать со средой, изменять ее в направлении, обеспечивающем наиболее успешное функционирование системы [В.И.Аршинов и соавт., 1999]; гибкость структуры; способность учитывать прошлый опыт [В.В.Ильин, 1994]. Уместно напомнить о том, что в настоящее время ученые-нанотехнологи в ракурсе синергетических систем заняты «обучением» молекул вести себя так, а не иначе. Это подлинно прорывное направление науки, которое, безусловно, потребует пересмотра многих теоретических воззрений, идеалов и норм науки.

Бесспорно, мы переживаем время интеграционных, междисциплинарных, транстеоретических, полисинтетических наук. Активно развиваются такие синтетические науки, как экобиомедицина, физхимия, химфизика, медхимия, биогеохимия, биогеомеханика, биоматематика и пр. Объектами этих наук являются сложнейшие системы, не «подвластные» одной отрасли науки. Кроме того, все чаще внимание ученых привлекают такие исторически развивающиеся системы, как мораль, нравственность, этика [А.Л.Никифоров, 1998]. Получают свое развитие биоэтика, экоэтика, биофилософия, философия науки и техники и пр. При этом идет тотальная оценка динамики этих категорий в зависимости от социально-природного фона [Р. Рорти, 1997]. К примеру, изучение динамики морали нравственности в зависимости от уровня социокультурной ситуации в конкретном обществе. Между тем это актуальнейшая проблема современности, когда речь идет о научной и социальной ответственности ученых за те новшества, которые они привносят в общество, культуру, науку.

Как уже подчеркивалось выше, объектом неонеклассической науки являются «человеко-размерные» системы. Внимание ученых все больше привлекают такие глобализационные проблемы, как экобиология, эко- и энергомедицина, биотехнология, трансплантология, системы «человек-компьютер», искусственный интеллект, геновая инженерия и пр. Идет широкомасштабное изучение последствий технологизации человеческой жизни, когда облик науки определяют системы, требующие новой методологии их познания [М. Хайдеггер, 1993]. В частности, речь идет о проблемах жизнеобеспечения, биобезопасности, понятийным аппаратом которых являются вопросы резерва организма, компенсации систем, биопротезирования, конструирования человека. Помимо клеточного клонирования, появляются и другие методы, нацеленные на воспроизводство органов: создается биомеханический каркас нужного органа из полимерных материалов, а затем производится напыление на него нужных клеток. Здесь играют роль возможности нанотехнологии. Вероятно это направление окажется не менее перспективным, чем трансплантация целого органа или его части.

Как известно, в настоящее время постулируется возможность таких манипуляций с человеком, как компьютеризация (нанороботизация), копирование сознания на синтетические носители (сеттлерика), «синтетические радости» (фантоматика и цереброматика) и, наконец, полная переделка конструкции человека и его окружения (пантокреатика). Перечисленные феномены являются новейшими в качестве объектов научных исследований. По мнению ученых-нанотехнологов, – в 30-е годы нынешнего столетия с помощью нанотехнологии будет оживлен умерший человек, а с помощью крионики тело живого человека, введенного в состояние анабиоза, можно будет сохранить на века с возможностью последующего возвращения к жизни [И.А.Ашимов и соавт., 1999].

Впечатляющие результаты получены в области «искусственного интеллекта». Если в 70-е годы XX века вопрос «может ли машина мыслить?» казался парадоксальным, то сейчас, когда

некоторые программные продукты по результатам своей деятельности оказываются эффективнее деятельности человеческого мозга, дело идет уже к моделированию человеческого сознания. Seriously обсуждаются вопросы соотношения искусственного и естественного в биокомпьютерах, когда головной мозг человека рассматривается в качестве модели биокомпьютера. В этой связи естественно возникает вопрос: насколько наши познания «догоняют» эту проблему и отвечают ли стратегии новой научной рациональности? Готово ли наше общество к восприятию такой перспективы?

На сегодня можно отметить более десятка стратегий постнеклассической науки, которые условно можно сгруппировать в зависимости все большего: внедрения философии, математики, синергетики; внедрения идей целостности, коэволюции, диалектизации, эволюционизма и «организмического» понимания природы; осмысление методологического плюрализма, вне-рационального компонента, разрыва объекта и субъекта, «порядок-хаос» в природе.

1-я стратегия – «философизация» наук, то есть все более широкое применение философии и ее методов во всех науках. В том, что философия как органическое единство своих двух начал – научно-теоретического и практически-духовного – пронизывает современное естествознание, – сегодня никто не сомневается [А. Койре, 1985]. В естествознании еще более активно, чем на предыдущих этапах, «задействованы» все функции философии – онтологическая, гносеологическая, методологическая, мировоззренческая и др. Предметом активного обсуждения сегодня являются вопросы о самой философии как таковой; ее месте в современной культуре; о специфике философского знания, его функциях и источниках; о ее возможностях и перспективах; о механизме ее воздействия на развитие научного познания и иные формы деятельности людей [М.К. Мамардашвили и соавт., 1996].

Предметное поле современной философии, безусловно, расширилось. Это связано с тем, что проблемные поля практически всех наук предельно деформированы и напряжены, в результате создалась «проблемная сверхситуация» во многих отраслях науки, разрешение которой возможно только на базе философского и методологического осмысления [А.Л. Никифоров, 1998]. Мы уже упоминали о том, что практически все науки оказались методически перегруженными, а методологически – недогруженными, что является мотивом пересмотра взглядов в пользу смещения акцентов внимания в сторону повышения теоретического и методологического уровня [И.А. Ашимов, 2002].

Сейчас много говорится о философском основании каждой науки. Она востребована для многих форс-мажорных ситуаций в науке – это и кризис теорий, это и проблемы концепций, это и вопросы интеграции наук [А.В. Смирной, 1995]. Темпы прогресса таковы, что уже нынешнее поколение увидит, как по улицам будут ходить клонированные двойники, трансгенные люди, претендующие на правосубъектность, появляются киберорганизмы, кочующие по сети Интернета с одного сервера на другой. Велика вероятность появления биороботов. В настоящее время активно развивается так называемая НФ-философия – философия, предметом и объектом осмысления которой являются новые технологии, отраженные в многочисленных произведениях научно-фантастического жанра. Между тем явления, основаниями которых являются множество шокирующих кинофильмов, остаются малоосмысленными или односторонне осмысленными [Dietrich E., 1994]. Ученые предлагают пофантазировать, в том числе на предмет того, что отличия «человек-робот» постепенно стираются из-за насыщения человеческого организма кибернетическими микро- и наноустройствами. В такой ситуации естественно возникает вопрос: к кому тогда применять, а к кому не применять общечеловеческие представления и духовные ценности? Можно ли говорить о юридической оправданности применения тех или иных гражданских воздействий или решения вопросов их правопользования?

2-я стратегия – «синергетизация» наук, то есть более широкое распространение идей и методов синергетики – теории самоорганизации и развития сложных систем любой природы. В синергетике показано, что современная наука имеет дело с очень сложноорганизованными

системами разных уровней организации, связь между которыми осуществляется через хаос [В.И.Аршинов и соавт.,1999]. Каждая такая система предстает как «эволюционное целое». Надо отметить, что синергетика открывает новые границы суперпозиции, когда сборка частей не сводится к их простому сложению, а целое уже не равно сумме частей, то есть оно качественно другое [В.Н.Порус,1997].

Принимая синергетический подход, современные исследователи стремятся осуществить комплексное, системное рассмотрение всей совокупности факторов, определяющих изменение роли науки в процессах постиндустриальной трансформации [И. Пригожин и соавт.,1994]. К числу таких факторов относятся: модернизация научной методологии; роль фундаментального теоретического знания; модернизация общенаучной парадигмы; достаточно широкий спектр анализируемых научных направлений; перспективы снятия барьера между естественнонаучным и гуманитарным научным знанием; уточнение роли и места науки в культуре, а теоретического знания – в социокультурной динамике.

Синергетика утверждает, что система в своем развитии проходит через точки бифуркации и в эти моменты она имеет веерный набор возможностей выбора направления дальнейшего развития. Причастность ученого к реализации этих путей бесспорна, что накладывает на него огромную ответственность [А.Г.Сpirкин,1972]. Между тем на пути к регулированию прогресса существуют два неустранимых дефекта – нравственный и практический. Нравственный дефект – когда борьба против «неэтичных научных исследований» ведется невзирая на то, что более миллиарда людей вынуждены жить в труднейших условиях именно из-за того, что эти исследования тормозятся и не доводятся до стадии технологий, способных устранить причины бедствий. Можно допускать, а возможно, есть смысл считать, что исследования и сомнительны с точки зрения общепринятой этики, но тормозить их – это неправильно с гуманистической точки зрения, – так рассуждают ученые-прогрессисты [Э.В.Ильенков,1991]. Другая группа ученых, также считающих себя прогрессистами, требуют прекращения заведомо социально опасных исследований. Кто из них прав? Здесь нельзя применить общеизвестную практику разрешения спора, когда судья объявляет правым и заявителя, и ответчика, и самого себя.

Практический дефект – это когда исследования, которые востребованы миллиардом беднейших жителей мира (поскольку нужны им для выживания) и миллиардом богатейших жителей мира (поскольку они нужны им для еще большего обогащения), невозможно сдерживать. Если их запретить международным законом, то они будут развиваться в обход закона. Между тем речь идет о востребованных технологиях генной инженерии, микробиологии, биотехнологии и пр.

Особняком стоит вопрос: каковы формы и варианты возможной «существенной трансформации» морали и этики в обществе под давлением таких требований? Каковы будут ближайшие и отдаленные последствия кардинальных изменений морали и этики в результате индустриализации нашей жизни? Какова будет суть новых норм морали и этики? Следует подчеркнуть, что этика является достаточно устойчивой в своих суждениях наукой, ибо в основе ее лежат общепринятые, общепризнанные, а потому почти незыблемые моральные законы, регулирующие взаимоотношения людей, и вечные моральные ценности [И.А.Ашимов и соавт.,2005]. Но как быть, когда основы этики оспариваются принципами трансгуманизма? Настолько ли принятая мораль и этика незыблемы? Сошлемся на пример.

Сейчас ряд международных нормативно-правовых документов категорично исключают «продажу-покупку» донорских органов в трансплантологии. Между тем возможности преимущественного, коррумпированного доступа к «листу ожидания» или к получению органа в зависимости от финансового или социального статуса больного никто не может гарантировать. Вопрос «продажи-покупки» органа – лишь вопрос времени, считают ученые [И.А.Ашимов и соавт.,2008]. Как быть человечеству в этих случаях? Тезис о том, что каждый должен выполнять свою работу без всестороннего осмысления проблемы в целом, сейчас постепенно

должен изживаться. Именно с этой позиции мы пока «не торопимся» с трансплантацией органов и тканей в Кыргызстане, а продолжаем наращивать опыт всестороннего анализа проблем, касающихся современной трансплантологии, – научного, научно-организационного, нормативно-правового, этико-деонтологического, методологического, социологического, религиозно-философского [И.А.Ашимов и соавт.,1999].

3-я стратегия – «математизация» наук, то есть широкое применение математики в научных теориях. Эта особенность современной науки привела к тому, что работа с ее новыми теориями из-за высокого уровня абстракций вводимых в них понятий превратилась в новый и своеобразный вид деятельности. Компьютеризация, усиление альтернативности и сложности науки сопровождается изменением и ее «эмпирической составляющей» [Dietrich E.,1994]. В науке резко возросло значение теоретической и прикладной математики, так как ответ на поставленную задачу часто требуется дать в числовой форме, в виде модели, в виде многовариантного прогноза. Что касается современной формальной логики и разрабатываемых в ее рамках методов, законов и приемов правильного мышления, то она расплавилась в разнообразных исследованиях математики, а также в таких новых дисциплинах на научной сцене, как информатика и когнитология, кибернетика и теория информации, общая лингвистика, – каждая с сильным математическим уклоном [В.В.Ильин,1993].

Развитие науки убедительно показывает, что математика – действенный инструмент познания, обладающий непостижимой эффективностью. Вместе с тем стало очевидным, что эффективность математизации зависит от двух основных обстоятельств: от специфики данной науки, степени ее зрелости и от совершенства самого математического аппарата [А.Л.Никифоров,1998]. При этом недопустимо как недооценивать последний, так и абсолютизировать его («игра формул»; создание «клеток» искусственных знаковых систем, не позволяющих дотянуться до «живой жизни»). Следует сказать, что впервые попытка математизации процесса медицинских решений была предпринята в стенах нашей лаборатории, как, впрочем, и попытки индустриализации лечебно-диагностических процессов, социологизации медицинской деятельности, философизации медицинских проблем.

4-я стратегия – принятие диалектики целостности, то есть осознание необходимости глобального всестороннего взгляда на мир. В чем проявляется парадигма целостности? во-первых, в целостности общества, биосферы, ноосферы, мироздания и пр. Одно из проявлений целостности состоит в том, что человек находится не вне изучаемого объекта, а внутри его. Он всегда лишь часть, познающая целое. Во-вторых, сейчас характерной является закономерность, состоящая в том, что естественные науки объединяются, усиливается сближение естественных и гуманитарных наук, науки и искусства [А. Койре,1985]. Естествознание длительное время ориентировалось на постижение «природы самой по себе», безотносительно к субъекту деятельности, а гуманитарные науки – на постижение человека, человеческого духа, культуры. Для них приоритетное значение приобрело раскрытие смысла, не столько объяснение, сколько понимание, связь социального знания с ценностно-целевыми структурами [В.Н.Порус,1997]. В-третьих, в выходе частных наук за пределы, поставленные классической культурой Запада. Все чаще ученые обращаются к традициям восточного мышления и его методам. Тема «Восток—Запад» сегодня активно обсуждается в литературе. Разительное несходство двух типов культур пронизывает всю жизнь современной цивилизации, оказывает огромное влияние на происходящие процессы во всех сферах общественной жизни и на пути осмысления возможных перспектив развития человека. Сейчас биосферу рассматривают как единый организм, как своеобразную биологическую пленку, натянутую на твердый шар. В этой системе человек выступает всего лишь как часть, познающая целое [М. Фуко,1996].

5-я стратегия – коэволюционный подход, укрепление и все более широкое применение идеи коэволюции, то есть сопряженного, взаимообусловленного изменения систем или частей внутри целого [В.С.Степин,1992]. Понятие коэволюции охватывает сегодня обобщенную кар-

тину всех мыслимых эволюционных процессов. Если самоорганизация имеет дело со структурами, состояниями системы, то коэволюция – с отношениями между развивающимися системами, с корреляцией эволюционных изменений, отношения между которыми сопряжены. Полярные уровни коэволюции – молекулярно-генетический и биосферный. Сейчас коэволюция совершается в единстве природных и социальных процессов. Идет совмещение различных убеждений, представлений, идеологий [Современная западная философия. Словарь. – М., 1989. – С.210]. При осмыслении новых и сверхновых технологий попытка «тормозить пятками в полете», которую предпринимают международные организации приведет лишь к тому, что новые технологии будут вторгаться в человеческую жизнь внезапно, потребляться массово, бесконтрольно и нелегально, а их распространение будет идти криминальными путями. Такая ситуация сейчас с фармакологическими препаратами, органами и тканями для пересадки и пр. В настоящее время многие ученые солидарны с тем, что с каплей здравого смысла и разумным регулированием клонирование человека не есть нечто, чего нужно опасаться.

6-я стратегия – «диалектизация» науки, то есть внедрение времени во все науки, все более широкое распространение идеи развития, идеи историзации. В последние годы особенно активно развивается идея «конструктивной роли времени», его «вхождения» во все области и сферы специально-научного познания [Э.В.Ильенков, 1974]. Мы находимся на пути к новому синтезу, новой концепции природы, к новой единой картине мира, где время – ее существенная характеристика, считают ученые [История современной зарубежной философии: компаративистский подход. – СПб.: Лань, 1997. – С.71]. Историзм определяется тремя минимальными условиями, которым отвечает любая история: необратимость, вероятность, возможность появления новых связей.

7-я стратегия – стремление построить общенаучную картину мира на основе принципов универсального эволюционизма. В свое время в обосновании универсального эволюционизма сыграли роль три важнейших концептуальных направления в науке XX века: во-первых, теория нестационарной Вселенной; во-вторых, синергетика; в-третьих, теория биологической эволюции и развитая на ее основе концепция биосферы и ноосферы [А.В.Смирной, 1995]. Глобальный эволюционизм характеризует взаимосвязь самоорганизующихся систем разной степени сложности и объясняет генезис новых структур; рассматривает в диалектической взаимосвязи социальную, живую и неживую материю; создает основу для рассмотрения человека как объекта космической эволюции, закономерного и естественного этапа в развитии нашей Вселенной, ответственного за состояние мира, в который он «погружен»; является основой синтеза знаний в современной науке; служит важнейшим принципом исследования новых типов объектов – саморазвивающихся, целостных систем, становящихся все более «человекообразными». Важно отметить, что человека – это объект космической эволюции, ответственный за состояние мира, в который он «погружен», – это позиция современной науки [М. Хайдеггер, 1993]. Ему нужна духовность. И, на наш взгляд, духовность – это и есть приобщение человека к глобальному эволюционизму. Именно исходя из этой позиции должно быть построено изучение человеческого феномена.

8-я стратегия – формирование «организмического» понимания природы. Как отмечалось выше, природа все чаще рассматривается как единый живой комплекс, изменения которого могут происходить в определенных пределах, нарушение которого может сопровождаться критическим изменением состояния, приводящим к ликвидации целостности самой системы [Э.М.Чудинов, 1977]. Так как многое в природе обусловлено человеческой деятельностью, на него и накладывается глобальная ответственность за будущее цивилизации [П.П.Гайдено, 1991]. Проблема ответственности человека перед цивилизацией – вопрос архиважный, а гарантом всеобъемлющего исследования этого вопроса является неонеклассическая рациональность.

9-я стратегия – методологический плюрализм, осознание ограниченности, односторонности любой методологии, в том числе рационалистической, включая диалектико-материалистическую. Для постижения действительности нужно использовать любую возможность, используя все дарованные нам органы, считают ученые. Поэтому, нет смысла в том, чтобы ограничивать методы своего мышления одной единственной философией [А. Койре, 1985]. Недопустимо, чтобы какой-либо метод объявлялся «единственно верным», принижая или вообще отказывая, неважно по каким основаниям, другим методологическим концепциям, что имело место в нашей недавней истории. В современной науке нельзя ограничиваться лишь логикой, диалектикой и эпистемологией, сейчас как никогда, нужны интуиция, фантазия, воображение и другие подобные факторы, средства постижения действительности [Э. Левинас, 1998]. В частности, при попытке объяснить трудные вопросы эволюции ученые не отбрасывают, как раньше, доводы креационизма, учения противоположного теории эволюции Дарвина. В настоящее время некоторым исследователям не чужды исследования сверхкатегориальных проблем, в частности абсолютного зла или абсолютного добра, не чуждо всерьез рассуждать об их проявлениях и соотношениях.

В современной науке все чаще говорят об эстетической стороне познания, о красоте как эвристическом принципе применительно к теориям, законам, концепциям. В настоящее время трансгуманизм подвергает сомнению некоторые основы гуманизма, а между тем, это свидетельствует о том, что, поскольку трансгуманизм исходит из рационального взгляда на человека [В.С.Степин, 1992], то значит, разногласия находятся там, где гуманизму недостает рациональности. То же самое происходит в области пограничной психологии, когда оспариваются проявления нормы и патологии в самой сути. Итак, сейчас ученые не избегают метафизических методов, если они приемлемы в познании [А.Г.Спиркин, 1972]. Поиски красоты, то есть единства и симметрии законов природы и общества, являются примечательной чертой современных наук.

10-я стратегия – постепенное и неуклонное ослабление требований к жестким нормативам научного дискурса – логического, понятийного компонента и усиление роли внерационального компонента, но не за счет принижения, а тем более игнорирования роли разума. В этом аспекте надо признать факт: все чаще в строгих естественнонаучных концепциях применяются «туманные» общефилософские и общемировоззренческие соображения, интуитивные подходы и другие «человеческие компоненты» [В.Н.Порус, 1997]. К примеру: современные астрофизики расценивают молчание Вселенной на многочисленные сигналы с Земли как вызов человечеству со стороны внеземной цивилизации. Или же по-своему интерпретируются многие необычные явления как факт существования и проявления параллельных миров и пр. Правда такова, что нынешнее научное сообщество еще строго относится к нарушениям принятых в науке норм «поведения». Однако попытки введения некоторых нетрадиционных новых положений в содержание научного знания становятся все более распространенным явлением [Р. Декарт, 1989; Ж. Делез, 1998]. Между тем это ставит под сомнение утверждения о незыблемости рациональных норм и принципов. В этом можно убедиться, пролистав современные научные сообщения ученых, ознакомившись с тематикой многочисленных научных форумов, проанализировав научные факты и выдвигаемые научные гипотезы.

Анализ показывает, что сейчас ученые опираются не только на строгую логику и систематику, но и на явления, логикой не охватываемые. Речь идет об интуиции, вдохновении, озарении. В исследованиях ученых все чаще звучат общефилософские суждения и внимание уделяется общемировоззренческим компонентам научных результатов. Так, серьезно обсуждаются вопросы о не абсолютности нынешних моральных категорий и общепринятых вечных ценностей, о том, что это всего лишь условности культуры, а не явления объективной реальности. При экстраполяции таких суждений можно заключить то, что многие страхи и предрассудки

уйдут в небытие, а их место займут новые моральные категории, отдельные проявления которых нами пока воспринимаются в негативном свете и даже категорично осуждаются.

11-я стратегия – соединение объективного мира и мира человека, преодоление разрыва объекта и субъекта. Сейчас следует уже говорить не о картине природы, складывающейся в естественных науках, а о картине наших отношений с природой. Поэтому разделение мира на объективный ход событий в пространстве и времени, с одной стороны, и душу, в которой отражаются эти события, уже не может служить отправной точкой в понимании науки XXI века, считают исследователи [К.А.Свасьян,1990]. Все чаще оправдывает себя тезис о том, что научное исследование – не монолог, а диалог с природой, «активное вопрошание природы», неотъемлемая часть ее внутренней активности. Тем самым объективность в современной науке «обретает более тонкое значение», ибо научные результаты не могут быть отделены от исследовательской деятельности субъекта.

Соединение объективного мира и мира человека в современных науках – как естественных, так и гуманитарных – неизбежно ведет к трансформации аксиологического компонента исследований. В науке XXI века сформировался и получает все более широкое распространение так называемый «антропный принцип» – один из фундаментальных принципов современной космологии, устанавливающий связь существования человека с физическими параметрами Вселенной [А.В.Смирной,1995].

Существует две разновидности антропного принципа: слабый и сильный варианты. Слабый вариант – наше положение во Вселенной является привилегированным в том смысле, что оно должно быть совместимо с нашим существованием как наблюдателей. Сильный вариант – Вселенная должна быть такой, чтобы допускалось существование наблюдателей. Иначе говоря, человек мог появиться лишь во Вселенной с определенными свойствами, то есть наша Вселенная выделена фактом нашего существования среди других Вселенных. Человека – «единственного наблюдателя» – невозможно вычленишь из окружающего мира, сделать его независимым от его собственных действий, от процесса приобретения и развития знаний. Вот почему многие исследователи считают, что сегодня наблюдается смыкание проблем, касающихся неживой природы, с вопросами, поднимаемыми в области социологии, психологии, этики. Вполне серьезно рассматривая человека как центр мироздания, для которого специально подобраны физические параметры Вселенной, его следует признать фактором смыкания проблем, касающихся неживой природы, с социологическими, психологическими, морально-этическими вопросами. Между тем люди хотят чего-то, что они себе не очень внятно представляют. Некоторые придерживаются учения о бессмертии (иммортализм), о метемпсихозе, реинкарнации, палингенезисе, переселении душ, клонированного двойника и т. д.

12-я стратегия – понимание мира не только как саморазвивающейся целостности, но и как нестабильного, неустойчивого, неравновесного, хаосогенного, неопределенностного. При исследовании развивающегося мира надо «схватить» два его взаимосвязанных аспекта как целое: стабильность и нестабильность, порядок и хаос, определенность и неопределенность [И. Пригожин, И. Стенгерс,1994,1999]. А это значит, что признание неустойчивости и нестабильности в качестве фундаментальных характеристик мироздания требует соответствующих методов и приемов исследования, которые не могут не быть по своей сущности диалектическими.

Неустойчивость может выступать условием стабильного и динамического саморазвития, которое происходит за счет уничтожения, изъятия нежизнеспособных форм; устойчивость и неустойчивость, оформление структур и их разрушение сменяют друг друга. К сожалению, наука «работает» на негативном фоне – усиление роли желания, воли и власти. Если раньше интерес к предмету, необходимый для совершения научных открытий, выводился за рамки исследования, а познание истины считалось абсолютной ценностью, то сейчас ситуация изменилась. Несмотря ни на какие нравственные запреты, формулируемые, скажем, противниками

клонирования человека, воля как сочетание желания и власти делает эти исследования неизбежными, точно так же, как многие другие медицинские и биологические исследования тормозятся фармацевтическими компаниями, не заинтересованными в выходе из употребления каких-либо препаратов.

Корпоративная логика часто приводит к перекосам в промышленных разработках и фундаментальных исследованиях. Важной чертой научных исследований стала мода на те или иные темы, которая может определяться в том числе, а то и в основном, вопросами конъюнктуры и финансирования. Таким образом, ценностный подход в познании вовсе не означает единого и цельного представления об антропологизации, гуманизации и гуманитаризации в науке. Напротив, центр тяжести решений о том, чему быть в науке, а чему нет, перемещается от конкретных ученых и академических институтов к властным структурам, к уполномоченным органам этой власти, могущим оказать влияние на науку настолько она обладает этой властью (скажем, в научно-инновационной и научно-индустриальной сфере, где она часто может открыто диктовать свои условия).

Антропологизация научных подходов означает не их опору на идею абстрактного человека или человечность вообще, а, напротив, на диверсификацию и распределение научного целеполагания между субъектами желания и силы как в смысле потенции, так и в смысле власти. Единый «храм науки» уступает место познавательному мегаполису с напряженным и разнообразным обменом, своего рода рынком познания, который обладает всеми чертами рыночности: свободой или регулируемостью, ликвидностью, насилием и хаосом, распределенной властью.

Когда человеческое познание оказывается ограниченным силой воображения, способность и воля к которому становится решающей, то извращенное воображение ученых может привести просто к истреблению человечества [М. Хайдеггер, 1993]. В этом плане досадно то, что несмотря ни на какие нравственные запреты, скажем, в отношении клонирования человека, воля как желание плюс власть делают эти исследования неизбежными. Очень многое способна решить власть, в том числе власть той или иной науки. Многих может заинтересовать вопрос о том, насколько биотехнология обладает властью? Власти больше у биохимии или нанотехнологии? Здесь следует отметить, что власть больше у той науки и сферы профессиональной деятельности, у которой выше общетеоретический уровень, методологическая вооруженность, крепкое философское основание и стабильные нравственные принципы.

Но есть и позитивный фон «работы» неонеклассической науки – это свобода критики, недопустимость монополизма и догматизма. Значение конструктивной критики в науке возрастает и предполагает высокую методологическую культуру ученого и его критическое сознание [А.Г.Спиркин, 1992]. Нет места ни монополизму, ни догматизму. Сложился ли такой фон у нас в науке Кыргызстана? Однозначного ответа не будет, ибо, все мы грешим откровенным неприятием критики в любой форме, «подобрали» под себя отдельные разделы и проблемы и считаем, что мы единственные «знатоки игры» в этой области науки, нисколько не задумываясь о том, насколько правильно ориентированы, в том числе в плане своего потенциала. Здесь, безусловно, методологическая культура и критическое сознание наших ученых требует серьезной модернизации.

Прогнозируя будущее науки, можно сказать, что статус доминирующего и определяющего принадлежит неонеклассической науке. В эпоху техногенной цивилизации определение стратегии научного поиска с необходимостью должно включать гуманистические ориентиры, то есть вопросы, связанные с человеком и его жизнью на планете. В целом социальным основанием неонеклассической науки является необходимость экологического и гуманитарного контроля над научно-техническим развитием, уменьшением его негативных последствий для настоящего и будущего человечества [В.С.Швырев, 1997]. Есть основания считать, что именно последователи неонеклассической науки должны помочь человечеству войти в новый мир,

предоставив научные доказательства существования параллельных и обитаемых миров, бес-предельности пространства, времени, познания, проявлений психической энергии, а также дать прогноз, как будет изменяться сам человек в будущем. В этой деятельности имеет смысл научное обоснование важности пребывания человека на земле, его роли как локомотива планетной эволюции. А последователи – это прежде всего ученые, открытые к новым знаниям, способные консолидировать их, не впадающие в суеверия, стремящиеся к синтезу, не занимающейся самообманом и не утопающие в воображениях. Новый ученый осознает единство вселенной и путей познания неповторимости явлений природы признает и понимает законы мироздания. Но прежде чем исследователи, вооруженные новым научным подходом, начнут свои изыскания, необходимо, чтобы такие исследователи прежде появились.

В заключение хотелось бы отметить: мы опаздываем со сменой научных взглядов. Современная мировая наука политеоретична, полидисциплинарна, полисинтетична по характеру и должна развиваться под эгидой неонеклассической науки, имеющей дело с системами особой сложности, требующими принципиально новых познавательных стратегий. В современных условиях все без исключения науки должны использовать весь свой объективно-субъективный потенциал для осознания новых теоретических воззрений «через философию», «через гуманитарий», «через технику». В этом аспекте актуализируется утверждение о том, что «центр перспективы – человек, одновременно и центр конструирования универсума» [Т. Шарден, 1987].

В целом есть основание заявить о том, что время и обстоятельство заставят многих ученых переосмыслить научную стратегию в пользу неонеклассической науки, и о том, что эта наука у нас безусловно приживется. Ярким примером могут служить исследования и обобщения А.Б.Бакирова [А. Бакиров, 2006], выполненные на основе стратегий неонеклассической науки. Философ А. И. Тишин в своем отзыве на труды А.Б.Бакирова высказывает предположение, что есть основание рассматривать Мир как триединство Природы, Общества и Человеческого Духа. Если же Мир – триединство, то и Человек как миниатюра Мира триедин. Он био-социо-духовное Существо, считает автор. Другими примерами благоприятного прогнозирования будущего неонеклассической науки являются результаты исследований Т.К.Койчуева, касающихся проблем экономической теории нравственности, а также исследований В.М.Плоских о проблемах клиодинамики. В указанных исследованиях учеными затронуты предмет и объекты изучения неонеклассической науки.

## **Глава 2**

## **Диалог о комплексах ощущений субъектов и об изменениях подходов к разрешению спорных проблем профессиональной деятельности**

Вначале о религии, рынке, общественном мнении и запросах трансплантологической практики. Социальным основанием неонеклассической науки является активная гуманизация науки, уменьшение негативных последствий научных нововведений. Вопросам указанной проблемы посвящена монография «Диалог с самим собой (2001). В свете неонеклассической науки мы переживаем время трансформации взглядов и теорий. Каково влияние рынка, религии, общественного мнения на трансформацию взглядов общества, те или иные морально-этические проблемы медицинской науки?

Социология медицины – раздел социологии, направленный на соединение социальной и медицинской практик, часть социологии, изучающей систему здравоохранения, социальные аспекты понятий «болезнь» и «здоровье», поведение людей в сфере медицины. Структура медицинской социологии в настоящее время состоит из нескольких направлений: социология лечебных профессий; социология болезни и поведения больного; социология институтов медицины и организации здравоохранения; изучение социальных факторов этиологии болезни; изучение социальных факторов рождаемости и смертности; анализ социальных факторов, влияющих на потребность в медицинском оборудовании и характер его использования; социология взаимодействия врача и пациента; изучение социальных последствий развития различных систем здравоохранения (таких, как частная или государственная); сравнительное исследование образцов болезни и служб здравоохранения в разных странах.

Становление социологии медицины тесно связано с достижениями не только медицинских (социальная гигиена, эпидемиология, организация здравоохранения и др.) и социологических наук (социология семьи, социальная работа, феноменология и т.д.), но и таких, как философия, психология, семиотика, культурология, антропология, экономика и др. С момента возникновения медицинской социологии (50-е годы XX в. в США, Великобритании, в 70-е годы в СССР) проявилась двойственность в терминологии, которая связана с двумя подходами: во-первых, медицинская социология, основанная на медицинской модели помощи и отражающая лидерство медицинских и общественно-политических структур в определении проблемных тем; во-вторых, социология медицины и здравоохранения – применение социологических подходов «к осмыслению опыта, распространения и лечения недуга» [Большой толковый социологический словарь. Т.2.-М., 1999.-С.261] с использованием модели образа жизни.

Медицинская социология как область научного знания включает широкий тематический спектр, в который входят, например, концепция роли больного (Т. Парсонс, 1951), концепция стигматизации (Гоффман, 1961); рассмотрение профессиональных особенностей здравоохранения (Фрейдсон, 1970), социальных установок к вопросам смерти (П. Хендел, В. Мерфи, 1965), медицины как института социального контроля (Д. Такетт, 1973). Наибольший вклад в развитие социологии медицины внесли Мертон и Беккер (медицинское образование и социализация), Глэйзер и Стросс (социальное отношение к смерти), Гоффман и Шефф (душевное заболевание), Фрейдсон (медицина как профессия).

В настоящее время появились новые отрасли и направления в медицинской социологии и медико-социальной работе. К ним следует отнести передачу информации, касающейся здоровья населения (социология коммуникации), социологию тела (М. Фуко), социологию жизни как концепцию исследования социальной реальности (Ж. Тощенко), отношение к жизни как социальную сущность человека (Л.Г.Кондратьева, 1997), парадигму экоантропоцентрической социологии (Т. Дридзе), и др.).

В настоящее время социология приходит к пониманию множественности интерпретаций социальных феноменов. Болезнь и здоровье могут рассматриваться как варианты социального соглашения (договора), в котором учитываются социальные ожидания и роли в процессе самосоздания (self-constitution) [Bauman Z., 1991]. Социология как самостоятельная отрасль знаний реализует все присущие общественной науке функции: теоретико-познавательную, критическую, описательную, прогностическую, преобразовательную, информационную, мировоззренческую. Основная из гносеологических функций социологии – теоретико-познавательная, критическая. Речь идет об оценке познаваемого мира с позиций интересов личности. Реализуя критическую функцию, социология дифференцированно подходит к действительности. С одной стороны, показывает, что можно и нужно сохранить, упрочить, развить – ведь не все надо менять, перестраивать и т. п. С другой стороны, выявляет то, что действительно требует радикальных преобразований.

Теоретико-познавательная, критическая функция, естественно, состоит в том, что социология накапливает знания, систематизирует их, стремится составить наиболее полную картину социальных отношений и процессов в современном мире. Что же касается прикладной социологии, то она призвана обеспечить надежную информацию о различных процессах, происходящих в разных социальных сферах общества. Очевидно, что без конкретных знаний о процессах, происходящих внутри отдельных социальных общностей или объединений людей, обеспечить эффективное социальное управление невозможно. Степень системности и конкретности знаний социологии определяет эффективность реализации ее социальной функции.

Сошлюсь на близкую мне область – трансплантологию. В ней возникла опасная тенденция, отдающая приоритет «частному интересу и пользе» перед «универсальным благом». Понятие «частный интерес» представляет заинтересованность реципиента и трансплантолога в получении донорского органа, а понятие «универсальное благо» – сохранение такого условия человеческих взаимоотношений, как «смерть служит жизни». Насколько нравственен этот аргументационный стиль? Нет ли здесь негативной трактовки морально-этических установок человечества?

Религия достаточно терпимо объясняет обществу то, что при пересадке трупных органов нарушается нравственный принцип «не укради!» «В обществе, где ценится достоинство личности, должно контролироваться, что происходит с нашими телами не только при жизни, но и после ее окончания», – пишет философ Витч. Во многих государствах, включая и РФ, отсутствие факта несогласия («презумция несогласия») врачи автоматически трактуют как согласие на изъятие органа или тканей. Между тем изъятие органов без получения согласия умершего человека, насильственно превращенного в донора, есть нарушение основного принципа нравственных взаимоотношений между людьми. Получается, что при изъятии органов и тканей медики «крадут» их у трупа.

На наш взгляд, отвержение Христианством и Исламом к трансплантации основывается именно на отрицательном отношении этих вероучений к факту «нарушения свободы человека». В этом плане в отличие от заинтересованных лиц (врач, реципиент и его родственники) именно христианская и мусульманская мораль выступает гарантом соблюдения этических принципов и нравственного закона человеческих взаимоотношений. Именно эта мораль способствует сохранению памяти о заветах и желаниях человека, а не «абстрактное общественное мнение», которое сегодня утверждает одно, через некоторое время – совсем противоположное. Наше мнение таково, что именно медиков должна отличать от других людей нравственная неспособность нарушить заветы и права человека.

Теперь о возможной коммерциализации в области трансплантологии. В обществе существуют полярные точки зрения на проблему создания рынка донорских органов и его право на существование. Противники создания рынка подчеркивают, что коммерциализация пагубно отразится на принципе добровольного пожертвования органов, послужит одной

из форм косвенного давления на доноров и членов их семей, да и вообще, противоречит понятиям о гуманизме и нравственности. Сторонники создания рынка полагают, что все опасения могут быть сведены к минимуму, что здесь сыграет гораздо более важную роль польза, если поступление донорских органов возрастет благодаря рыночной конъюнктуре. Они заявляют, что финансовые стимулы помогут донорам и их близким преодолеть колебания и принять решение о пожертвовании органов и что все опасения по поводу антигуманного характера продажи органов, в сущности, лишены оснований.

Поскольку хирурги «продают» операции по пересадке органов, то, как считают сторонники рынка, нет ничего противоестественного в продаже органов, которая обеспечивает возможность «продажи» таких операций. В продаже органов впереди планеты всей Китай. На сегодня он занимает второе место по числу пересадок. Там практически нет проблемы с заготовкой органов для трансплантации от живых доноров, так как продажа органов поставлена на поток. Другой аспект, практически закономерный, – это «зверская» заготовка органов. В тюрьмах просто-напросто «забивают» здорового человека для изъятия у него органов и тканей. Может ли мириться с таким подходом цивилизованное человечество? Оказывается, может. И подтверждение тому – проведенный в Китае международный конгресс по биоэтике. Разве это человечно, и где же избирательность и ответственность ученых? Конференция министров здравоохранения стран Европы, Азии давно наложила запрет на коммерческое использование человеческих органов. Между тем нет гарантии того, что вопрос комерциализации этого раздела трансплантологии лишь вопрос времени. Как известно, человечество не смогло сдержать в свое время ни разработку в промышленном масштабе ни ядерного, ни бактериального оружия – это глобальный интерес финансовых и военных корпораций. Вопрос клонирования человека и многие другие научные открытия также выступают в прагматичном ключе. Таким образом, наряду с технологической стороной развития и совершенствования трансплантологии во всем мире остро стоит вопрос ответственности людей, осмысления развития и решения «проклятых вопросов» современной трансплантологии именно с позиции неонеклассической науки с четкой характеристикой морально-гуманистических аспектов, тенденций и динамики изменения нравственных принципов, идеалов и норм.

Теперь о человеческих качествах и хирургической практике. Отбор хирургов не должен быть подвержен субъективизму. Профпригодность прежде всего должна характеризоваться индивидуально-личностными чертами претендента. Полагая, что вторая природа мужчин и женщин почти целиком отражает характерологические черты, мы провели исследование по оценке их особенностей для профессиональной деятельности хирурга. Условно нами выделены четыре момента: мышление; поведение; поступки; действие. Они включают указанные черты характера. Специфика смещения оси оптимальности в ту или иную сторону, а также прогнозируемые последствия такого смещения – каковы они? Наши исследования свидетельствуют о следующем: в идеале ось решения находится посередине. Оптимальный тип хирурга принимает свое заключение как по диагностике и оценке патологии, так и при принятии решения об операции взвешенно, обдуманно. Однако в жизни хирурги бывают разными. В частности, решительными, импульсивными или же, наоборот, осторожными, тщательными. Их действия смещают ось решения в ту или иную сторону, увеличивая зону тревоги.

Смещение оси влево или вправо ведет к увеличению соответствующих зон промаха или ложной тревоги; оценка поступка хирургов также зависит от характерологических черт личности. При смещении оси влево можно говорить о чрезмерной прагматичности, а при смещении в обратную сторону – о чрезмерной милосердности. То и другое, к сожалению, не делают чести хирургу; при оценке стиля мышления. При смещении оси влево можно говорить об излишней абсолютизации, а в случае смещения вправо – об излишней конкретизации. Следствия того или иного стиля мышления неравнозначны. Один будет чрезмерно обобщать, другой – копаться в конкретике; при оценке поведения. При смещении вправо и влево отмечается недо-

статок или излишество конформности. В первом случае хирург чаще всего не находит общего языка с пациентом, тогда как во втором – он будет страдать от панибратства со стороны своих пациентов и коллег.

В настоящее время много хирургов-женщин. Среди них встречаются и такие, которые не могут справиться со своими весьма тяжелыми профессиональными обязанностями. В этих случаях говорят: «*ne gladium tollas mulier*» («Не поднимай меча, женщина»), что соответственно означает «Не берись за скальпель, женщина». На рубеже XX и XXI веков ситуация складывается таким образом, что как в СНГ, так и за рубежом удельный вес женщин имеет тенденцию роста. Одни исследователи полагают, что в условиях всеобщего дефицита милосердия в медицине эта тенденция сыграет позитивную роль. Существует мнение, что в век компьютеров женщины «гуманизируют» врачебную профессию. Однако касательно хирургической деятельности, это не столько профессия, сколько образ жизни, требующий полной отдачи делу. В этом плане реальные возможности мужчин и женщин неравнозначны. Бесспорно, их у мужчин больше, а потому профессионально они более надежны.

Таким образом, за любую предвзятость, будь то осторожность или решительность, активность или инертность, приходится расплачиваться хирургии ценой дискредитации ее методов, упущенными возможностями, тревогой. Отсюда вытекает законный вопрос: может быть, проблема заключается в нас самих? Каково влияние наших ментальностей на хирургическую деятельность и хирургию в целом? Согласно теории ментальностей, мы, кыргызские хирурги, также подвержены тем или иным наклонностям, вредным для хирургической деятельности: безразличию, безответственности.

О биоматематика как способе преодоления субъективности в хирургии. Хотелось бы заострить внимание на таком основополагающем принципе неонеклассической науки, как биоматематизация. Насколько востребована математика в хирургии? Каковы ее прикладные аспекты применительно к хирургической практике? Своими исследованиями по математическому моделированию некоторых функциональных состояний, в частности закономерности перераспределения циркулирующей крови, думается, мы в какой-то степени разрешили сомнения клиницистов в пользу этой науки. Главный вопрос, поставленный перед хирургом, – в какой мере цель оправдывает опасность, которой подвергается больной для ее достижения. В этом плане хирург был, есть и будет ответственен перед больным, обществом и собственной совестью за допущенные им «ошибки, которые невольно приносят ущерб больному». Речь идет о жизни и смерти.

В современных условиях при достаточно выраженном темпе формализации знаний, в частности, математизации, процесс принятия решений хирургами во многом эмпиричен и субъективен. Именно в силу того что решения всегда носят вероятностный, приблизительный характер, результаты лечения больных были и остаются малорезультативными. Мотивы и результаты принятия решений зависят от личностных качеств, опыта, стажа работы хирурга, а потому далеко неравнозначны в каждом конкретном случае. И здесь не вызывает сомнения безусловность того, что тактико-технические решения в современной хирургии должны быть математически точными, достаточно высоко прогнозируемыми. Таким образом, оптимальные решения всегда находят на основании вычислений, задачей которых является максимализация одних параметров и минимизация других. Для того чтобы сделать оптимальный выбор, необходимы глубокое изучение сущности явлений, определяющих условия решения, четкая формулировка целей и составление на этом основании формальной модели, адекватно отражающей наиболее существенные черты моделируемого процесса.

Пропагандируя теорию игр в хирургии, мы – в качестве биоматематиков, – считаем целесообразным рекомендовать найденные оптимальные стратегии как линию поведения любому хирургу. Между тем решения, принимаемые при неопределенности, не избавляет хирурга от ошибок и как любые вероятностные решения гарантируют либо определенные шансы

на получение желаемого результата для данного больного, либо устойчивое соотношение желательных и нежелательных исходов для множества больных. Цель принятия оптимального решения при неопределенности – обеспечить приемлемое соотношение различных исходов для тех ситуаций, когда на большее рассчитывать не приходится. В этом аспекте обращение хирургов за помощью к математикам по большей части вынужденное, но вполне закономерное. Для спасения жизни больного за счет ликвидации ситуации неопределенности в решениях все методы хороши, даже космологические. Следовательно, математизация хирургии не является излишней. Итак, на практике постоянно действует стихийная рандомизация. Одной из задач биоматематизации хирургии в аспекте принятия оптимального решения является перевод такой стихийной рандомизации на четкую, математически выверенную тактику. С позиции неонеклассической науки сама формализация ситуации неопределенности может оказать существенную помощь, показав, какие сведения нужны и какие бесполезны для того, чтобы решение стало наиболее эффективным.

О риске и возможности эксперимента над больным. Одной из важных стратегий неонеклассической науки является использование принципов синергетики. Именно на основе этих принципов неонеклассической науки нами разрабатывались вопросы клинической рискологии. Различные хирурги в одинаковых условиях принимают разные решения, одни видят то, что хотят увидеть, другие – то, чего более всего опасаются. Проявление так называемых «случайных факторов» и определяет реальное существование риска в хирургии. Хирург рискует всегда. Риск, по определению авторов, это деятельность по преодолению неопределенности в ситуации неизбежного выбора альтернативы, качественная и количественная оценка вероятности реализации неблагоприятных факторов, а также вероятности и степени достижения предполагаемого результата, неудачи и отклонения от медико-хирургической цели.

С точки зрения клинической рискологии критическую ситуацию в неотложной хирургии, в зависимости от степеней неопределенности, реализации угрозы, прогнозирования последствий выбора альтернативы следует квалифицировать как ситуацию риска, крайней необходимости и эксперимента с соответствующими обобщенными критериями оценки их свойств. Нами разработаны обобщенные критерии оценки свойств риска: критерий альтернативности (КА) – когда хирург имеет возможность выбора вариантов операции в пользу операции с малым риском; угрозометрический критерий (КУ) – когда у хирурга есть возможность избежать или снизить угрозу неблагоприятного исхода или осложнения; критерий неопределенности (КН) – когда хирург имеет все же возможность разрешить возникшую неопределенность ситуации; прогностический критерий (КП) – когда есть возможность предвидеть и разрешить неопределенность ситуации.

Впервые были выделены следующие обобщенные критерии оценки риска при ситуации крайней необходимости: КА – хирург не имеет возможности выбора вариантов операции в пользу операции с малым риском; КУ – угроза осложнения реализована, а хирург не имеет возможности избежать или снизить угрозу неблагоприятного исхода; КН – хирург не имеет возможности разрешить возникшую неопределенность ситуации; КП – когда нет возможности предвидеть и разрешить прогноз. Ситуация эксперимента является разновидностью ситуации крайней необходимости, и следует говорить о ней, когда вероятность того или иного события определить практически невозможно, возможные варианты снятия неопределенности трудно учесть, а потому действия хирурга четко не прогнозируются. На наш взгляд, вынужденный эксперимент над больным в критической хирургии возможен, и это следует расценивать как качественно новое понятие. О ситуации эксперимента следует говорить тогда, когда по критерию альтернативности хирург вообще не имеет каких-либо вариантов операции; по критерию угрозы – угроза уже реализовалась в высокой степени, а хирург не имеет никаких шансов снизить ее; по критерию неопределенности – хирург находится в полной неопределенности,

и у него нет возможности ее прояснить; по критерию прогноза – хирург не в состоянии сделать прогноз ситуации.

Удельный вес ситуации эксперимента зависит не только от грамотности, опытности, решительности хирурга, но и главным образом от того, имеются ли под его рукой факторные модели – вероятностные модели ситуации. Речь идет о территориально-базовой программе действий хирурга в этой ситуации. В этом плане, интеллектуальность хирургов следует рассматривать как важный субъективный фактор разрешения критических ситуаций, так как в основе ее лежит оригинальность решения тех или иных конкретных подзадач. Это и есть тот самый «человекоизмеряемый» феномен неонеклассической науки.

О девиантной природе человека и хирургии. Девиантная природа человека – это его склонность к неправильному образу жизни и, следовательно, к правонарушениям. В этом плане алкоголизация является специфическим показателем поведенческой природы человека. Мы изучили вопрос алкоголизации населения нашей республики и, по сути, впервые провели параллель между девиантным настроением больных и показателями конкретной хирургической практики. Надо отметить, что число больных с алкогольной интоксикацией в целом по республике составляет достаточно внушительную цифру, а если учесть тот факт, что любую цифру касательно злоупотребления алкоголем, наркотизации следует умножать на десять, то получится достаточно угрожающая цифра. Для Кыргызстана, согласно традициям, нравам и менталитету кыргызского народа, алкоголь как универсально отрицательный фактор жизненной среды имеет важнейшее значение, потому что мы отличаемся достаточно «злокачественными» на этот счет алкогольными обычаями. Этот факт заслуживает особой оценки со стороны ответственности.

Если обратиться к недавней нашей истории, следует заметить, что число больных с алкогольным отравлением в целом по республике за период с 2005 года уже составляло достаточно внушительную цифру, но если в те годы отечественная алкогольпроизводящая индустрия применяла тройную очистку, то в настоящее время, на протяжении десяти-пятнадцати лет, вся алкогольная продукция – на основе лишь двойной очистки «технического» спирта китайского завоза. Так распространился спиртовой алкоголизм. Несмотря на назойливую рекламу о качестве нашей водочной продукции с трудом верится, что алкоголь стал чище и качественнее. И как верить производителям алкогольной продукции, которые озабочены лишь сверхприбылью. Им нет дела до здоровья и жизни людей. Однозначно то, что наша республика в числе развивающихся стран стала жертвой избыточного производства и завоза алкоголя. В условиях переходного периода общества распространенность алкоголизма приобретает глобальный характер алкогольного «спаивания», чему способствуют местные «злокачественные» алкогольные традиции и обычаи.

Именно в группе алкогольных хирургических больных частота умышленных травм занимает первое место. Следовательно, структуру хирургической патологии, анализ летальности и осложнений в хирургии следует проводить в аспекте девиантного поведения людей. Девиантный характер людей имеет тенденцию к росту. Такой негативный феномен следует подвергнуть осмыслению. Это и есть тот самый «человекоизмеряемый» подход неонеклассической науки.

О хирургических законах и эндохирургии. Эндохирургия является ровесницей неонеклассической науки. Неонеклассическая наука – это, в нашем понимании, научное знание, предполагающее смысл, значение, прямую функцию. В этом аспекте, оперируя понятиями данной науки, можно осмыслить оправданность и применимость новых методов, в том числе и в первую очередь эндохирургию. Внедрение эндоскопической хирургии и принципов малоинвазивной хирургии – самое значительное явление в хирургической науке и практике конца XX века. Нет надобности перечислять очевидные ее преимущества перед традиционной хирургией. Между тем наблюдается эйфория хирургов от применения метода и чувствуется тенденция к ее абсолютизации.

Логика такова, что, зная и понимая возможности эндоскопической, малоинвазивной хирургии, надо отметить и отрицательные ее моменты, довести о них до сведения широких слоев хирургов. Ведь до сих пор отсутствуют четкие разграничения в применимости новых методов операции. Именно незнание методологических последствий необдуманного, повсеместного, директивного внедрения этих методов операций порождает заблуждения. Сошлемся на конкретику. Эндохирургия вторглась в панкреатодуоденальную область, колонопроктологию, пластическую урогинекологию. Оправдан ли этот метод, если масштабность самого оперативного приема сводит на нет значимость щадящего доступа? Надо понять одну вещь. Эндохирургия – не новая специальность, а только способ выполнения тех или иных хирургических операций; способ, имеющий свои ограничения и пределы разрешающей способности. Поэтому маловероятно, что эндохирургия со временем полностью заменит традиционные открытые операции. Так, чревосечение останется на вооружении хирурга в технически сложных ситуациях, при вариантах анатомии и развитии осложнений, возникших по ходу эндохирургических вмешательств. Конверсия или переход на лапаратомию – это неизбежный спутник эндохирургии.

Продолжая мысль, хочу сказать, что по мере усложнения операции, при необходимости рассечения обширных пластов тканей и формирования анастомозов преимущества эндохирургии теряются. В частности, при видеоскопической пульмонэктомии или панкреатодуоденальной резекции. Более того, по мнению одного из пионеров лапароскопии Ф. Муре, при выполнении обширных вмешательств видеоскопическая процедура более травматична, чем традиционная открытая операция за счет: увеличения продолжительности процедуры; увеличения длительности наркоза; отрицательного влияния напряжённого пневмоперитонеума; опасности развития общих хирургических осложнений.

Безусловно, при таких операциях, как комбинированная гастрэктомия при раке желудка или тотальная колэктомия при полипозе толстой кишки, травма, наносимая при создании доступа, минимальна по сравнению с травматичностью основного этапа вмешательства. Повсеместное распространение эндохирургических операций принесло несомненную пользу пациентам, открыло для хирургов возможность дальнейшего профессионального роста в рамках любимой специальности. Но... малотравматичная хирургия если и не породила новые, то обострила существовавшие и ранее в медицине проблемы. В частности, ятрогенные повреждения и напрасные хирургические вмешательства, проблемы этического плана.

Следует заметить, что эндохирургический метод в силу своей малоинвазивности позволил хирургу, владеющему этим методом, «по-новому» обосновать свой спекулятивно-прагматический, финансовый интерес. Именно с указанным феноменом связана повысившаяся активность хирургов в отношении торакоскопической стволовой ваготомии при лечении хронической дуоденальной язвы, фундопликации по Ниссену при функциональной недостаточности пищеводно-желудочного клапана, при неопределенных болях внизу живота. К сожалению, прагматико-спекулятивный подход к новым технологиям, по мнению ведущих хирургов, сохранится. И тому есть веские причины.

Другой аспект проблемы – это конверсия метода как показатель ограничения возможностей эндохирургии. Конверсия – неизбежный и естественный компонент эндоскопической хирургии, поэтому ее частота никогда не станет равной нулю. Если переход эндохирургии в открытую операцию произошел в первые 30 минут, операция мало отличается от «открытой». Если переход выполняется поздно, то в этом случае значительно возрастает продолжительность наркоза и вмешательства, что увеличивает опасность для больного. Последствия будут еще серьезнее, если конверсия обусловлена необходимостью устранить возникшие осложнения. Показатель частоты конверсии есть показатель самонадеянности эндохирурга. В нескольких исследованиях на примере лапароскопической холецистэктомии и фундопликации было показано, что по количеству осложнений и летальности результат лапароскопической операции

с последующей конверсией хуже результатов аналогичной операции, выполняемой с самого начала открытым способом.

Подводя итоги, хочу отметить, что не все, что можно делать, следует делать. Тем более если метод в определенной степени входит в противоречие с основными законами самой хирургии. В этом аспекте каждый хирург должен помнить, что малоинвазивная хирургия – не специальность, а только метод, имеющий свои ограничения и пределы разрешающей способности. Законы хирургии, оправданные практикой нескольких столетий, не должны быть забыты с появлением новых диагностических и лечебных методов. В погоне за новизной не должны забываться интересы самого больного – это и есть социально-работоспособное знание неонеклассической науки.

## **Глава 3**

## **Диалог о философских и методологических аспектах рискологии Риск как объект системно- методологического исследования**

Понятие риска в медицине с каждым годом привлекает все большее внимание. Для хирургии проблема риска особенно актуальна. Касательно хирургической деятельности есть выражение: «Нет трудных операций. Есть операции, плохо спланированные» (Роберт Гросс). Казалось бы, с развитием хирургии рискованных ситуаций должно было бы быть все меньше. По выражению известного терапевта: «мы переживаем время все больше безопасной хирургии и все больше опасной терапии». Так ли это на самом деле?

В предыдущей главе мы отмечали, что риск представляет собой действие, благоприятный исход которого сомнителен для самого лица, осуществляющего рискованное мероприятие, а также для объекта риска. В этом плане операционный риск – это степень предполагаемой опасности, которой подвергается больной во время операции, наркоза и на протяжении ближайшего послеоперационного периода. Как можно максимально снизить риск? Сложность клинической оценки операционного риска, отсутствие общепринятой методики определения данного критерия и его важное практическое значение объясняют тот большой интерес, который хирургическая клиника уделяет данному вопросу. Свою задачу мы видим в необходимой характеристике риска в широком плане с целью снизить его вероятность и улучшить результаты воздействия.

Из дидактических соображений вначале обратимся к терминологии, которую предполагаем использовать, и к методическому подходу, обеспечивающему лаконичное и достаточно точное изложение. В последнее десятилетие в периодической печати опубликован ряд работ по определению операционного риска в зависимости от характера хирургического вмешательства и дооперационного состояния больного. В частности, есть публикации А. Антанасова, П. Абаджиева, Г. П. Зайцева, В. А. Гологорского, Н.Н.Александрова, Dripps, Andriani, Meyerhoffer-Moussell, Sakland и других. Однако и до настоящего времени хирургическая клиника не располагает общепринятой классификацией степени операционного риска. Между тем все более частое осуществление обширных операций и расширение возрастных границ хирургического лечения ряда заболеваний повышают практическое значение оценки операционного риска.

В литературе рассмотрены следующие стороны проблемы: риск как понятие; рискованный человек или группа людей, осуществляющих рискованную акцию; рискованные действия (акция) или слова, приводящие к нежелательным последствиям; объект риска; результат или последствия риска; объективизация степени риска; снижение риска. Понятие «риск» имеет явно выраженную психологическую окраску. Именно это дает основание для широкого спектра его оценки. Можно привести множество достаточно полярных примеров: человек рискует своей жизнью ради спасения другого; человек рискует ради достижения излишнего; человек рискует ради самоутверждения; человек рискует, чтобы продемонстрировать свою волю или смелость; человек рискует своим положением или авторитетом ради спасения чести невиновного или его жизни. Первое и последнее непосредственно относится к хирургам, так как согласно специфике своей профессиональной деятельности он всегда рискует. Социальный подход к хирургическому риску наиболее важен, ибо при этом в результате риска хирурга пострадает больной человек. А между тем даже на сегодня незыблемыми моральными принципами хирурга являются – «Не навреди!», «Светя другим – стараю сам!».

Рискованная ситуация может возникнуть не только в результате действий, но и при общении хирурга с пациентом или его родными, когда, сообщая близким о жизнеопасном осложнении, возникшем после выполненной им операции, рискует встретиться с острой эмоциональной реакцией, подвергнуться оскорблениям и даже насилию. Поэтому, говоря о риске, нужно учитывать не только действие, но и слово. Сей момент особенно важен на территории Центральной Азии, Кавказа, где менталитет народа зачастую характеризуется недооценкой ситуации и неадекватным эмоциональным подходом. Риск может быть обоснованным (обдуманный или вынужденный) и необоснованным. К вынужденной операции можно отнести торакоцентез, выполненный любым колющим предметом больному с нарастающим пневмотораксом. Несмотря на риск кровотечения из раны это обоснованная операция, ибо пациент может погибнуть. Или же при осложненном раке кишечника или желудка хирург вынужден бывает резецировать часть кишечника или желудка для спасения жизни больного.

К разряду необоснованных операций можно отнести такие, когда во время экстренного вмешательства «попутно» выполняются операции, которые следует делать в плановом порядке. Примером необоснованного риска служат, к примеру, летальные исходы после эндовидеоскопических, эндоваскулярных вмешательств либо первых кардиохирургических операций, многие из которых предпринимались отнюдь не по абсолютным или жизненным показаниям, а когда амбиции хирургов опережали порой их возможности и условия. При рискованном действии перед каждым хирургом возникают вопросы: кто, когда и чем будет расплачиваться за ошибку? Рискованный человек подлежит рассмотрению в первую очередь в психологическом плане. В характере каждого человека в разных пропорциях соседствуют взаимоисключающие черты, однако в жизни одна группа черт преобладает над другой, что и дает основание одного считать рискованным, а другого — осторожным. Если проанализировать ситуацию, то можно заметить следующее: у первого доминирует решительность, смелость, отвага, а порой легкомыслие, авантюризм. Он склонен переоценивать свою личность и свои возможности. Его кредо: «Кто рискует – тот имеет»; «Кто не рискует, тот не пьет шампанское»; «Риск – благородное дело» и пр. У второго преобладают склонность к продумыванию вариантов действия, внимание к возможным препятствиям, осложнениям, непредвиденным затруднениям, стремление посоветоваться, прежде чем принять решение.

Анализ случаев внезапной смерти показывает, что больной может умереть от одного упоминания о необходимости операции, от запаха лекарств, вида хирургических инструментов, при введении в наркоз и прочее. Понимание всего этого постепенно формирует такой склад характера, при котором поведение врача нацелено на снижение риска вмешательства как такового. Со временем, с возрастом, с опытом приходит сочетание лучших черт человека рискованного и осторожного. Современная хирургия, особенно в крупных коллективах, строится на принятии коллективных решений. Показания к операции устанавливает консилиум, когда каждый из его участников привносит в обсуждение не только свои узкопрофессиональные знания, но и особенности своего темперамента и характера. Риск коллективный – серьезная сторона хирургической работы. Однако на практике зачастую возникает необходимость персонализации решений. Как тогда поступить? Принятие решения о длительной и травматической операции сегодня осложняется тем, что ответственность за больного несет хирург, а серьезное влияние на судьбу пациента оказывают службы интенсивной терапии и анестезиологическое обеспечение.

Типична ситуация, когда анестезиологи стремятся отсрочить операции, пока реаниматологи не обеспечат надлежащей подготовки и гладкого течения анестезии, а хирурги торопятся начать вмешательство, понимая, что каждая минута промедления ухудшает прогноз. Именно поэтому успех оптимального решения при коллективном обсуждении зависит не только от профессионального уровня его участников, но и от стремления каждого внимательно выслушать мнение коллеги и всесторонне обдумать собственное, прежде чем его высказать. Если говорить

об объекте риска, то надо заметить следующее: исходно больной находится в состоянии, когда любое воздействие оказывается рискованным. Ощущение предстоящего риска у хирурга при одном взгляде на больного возникает подсознательно и накладывает отпечаток на его дальнейшее решение и действие. Врачам хорошо известны пациенты и их родственники, истерически боящиеся не только операции, но даже простейшей манипуляции.

Оценка рискованных действий определяется достигнутым результатом: успех, отсутствие результатов или неудача (ухудшение состояния пациента, его гибель). В первом случае риск оправдан, во втором и в третьем – нет, это дает основание рассматривать результат как ятрогению или уголовно не наказуемое действие. Подобная оценка несколько упрощена, поскольку в хирургии бывают сложные ситуации, когда решение не может быть однозначным. Вылечивая больного, иногда спасая его от смерти, предотвращая болезнь, вмешиваясь в чужие судьбы, хирург, выполняя, казалось бы, свои узкопрофессиональные функции, наделен сакральной властью над жизнью. В то же время в обнаженном смысле хирург, спасая жизнь больному, расходует свою. Гиппократу принадлежит изречение «Светя другим – стораю сам» [Г.К.Лихтенберг, 1964; В.В.Кованов, 1977; Ф.И.Комаров и соавт., 1981].

Хирургическая деятельность, безусловно, нуждается в своде жестких правил. Это было понятно еще самым первым светским врачам – асклепиадам [П.Е.Заблудовский, 1960]. Клятва, которая лишь условно называется Гиппократовой, уходит корнями в очень далекое прошлое, позднее она была оформлена как документ и содержала пять основных требований к врачу, которые во все времена должен был прочувствовать каждый будущий врач. Среди них запрещение действий, способных нанести моральный или физический ущерб больному или его родственникам. Однако возникает вопрос: а защищает ли клятва, вернее соблюдение ее сегодняшних врачей? Не абсурдна ли она в век технизации медицины?

В 2000 году по нашей инициативе проведена научно-практическая конференция «Биоэтика: права пациентов». Оказалось, что существуют свыше 13 различных международных деклараций, регламентирующих права пациентов. Если ранее говорили о том, что прав у больных много и что они не имеют права лишь требовать невозможного, то сегодня они действительно требуют невозможного. Речь идет об активной эвтаназии. На фоне того, что так много прав у пациента, хирург выглядит почти бесправным, а это, между тем, порождает негативную ответную реакцию – резкость, грубость, бездушие. А.Д.Куимов защищая права врачей, часто беззащитных от агрессии родственников тяжелых пациентов, выписавшихся с улучшением и строчащих жалобы на доктора, забывшего поздороваться, все-таки стоит на своем: слово убивает, слово лечит и калечит. По его мнению, есть профессии, где врачи по принципу обратной связи с пациентами заражены бездушием [Lockwood M., 1980]. Деонтология предполагает свои этические нормы в хирургии, травматологии, психиатрии, онкологии, дерматовенерологии, акушерстве, педиатрии.

Есть ли логика в том, что сегодня наши хирурги копируют традиционные установки западной медицины? В частности, на Западе хирург обязан информировать пациента о риске операции, болезни, разъяснить ему прогноз, высказаться ему по поводу онкологической и другой настороженности, что для нашего человека не традиционно [Н.М.Амосов, 1990]. Почему такая поляризация в отношении врачебной тайны? Дело в том, что на Западе хирург и юридически, и экономически зависим от пациента, а его профессиональная деятельность регламентируется не только ассоциацией хирургов, требованиями хирургического госпиталя, но и положениями декларации, защищающей права пациента. Любое отступление от традиционных установок может повлечь за собой обращение больного в суд с последующим взысканием денежных средств у хирурга [Habeck D. et al., 1977]. А между тем тактика чрезмерного страхования хирургов, гипердиагностика заболеваний, игнорирование врачебной тайны и есть защита интересов хирурга. В новых условиях можно усомниться в том, что в любом случае состояние душевного комфорта больного есть главный критерий деонтологии, тест на ее

эффективность. На каком же основании защищать права хирургов? Является ли состояние душевного комфорта хирурга критерием деонтологии, тестом на ее эффективность?

Специальные законодательные акты по защите прав хирурга отсутствуют. К сожалению, нет даже проектов такого закона. Между тем защита прав хирургов на законодательном уровне назрела. Именно об этом шла речь на вышеназванном хирургическом форуме, инициаторами и модераторами которого были мы. По итогам обсуждения вопроса было принято решение создать «Территориальную базовую программу хирургической деятельности», «Правила хирургической деятельности», где было бы желательным оговорить условия оказываемой хирургической помощи, в случае невыполнения которых как пациенты, так и хирурги – застрахованные обществом члены имеют право на возмещение ущерба, причиненного им в результате оказания хирургической помощи и исполнения хирургической деятельности в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики.

Разработаны и практически апробированы три степени оценки операционного риска (операционный риск – степень предполагаемой опасности, которой подвергается больной во время операции, наркоза и на протяжении ближайшего послеоперационного периода): I – незначительная, II – умеренная, III – чрезвычайная степень риска. Причем определение степени операционного риска должно основываться на оценке следующих факторов: объем, травматичность и условия выполнения предстоящей операции; особенность хирургической патологии: характер заболевания, острота процесса, степень функциональных, метаболических и органических повреждений органов и тканей, обусловленных самой хирургической патологией или ее осложнением (например, острое нарушение кровообращения у больных с желудочным кровотечением, степень функциональных нарушений печени при механической желтухе, глубина метаболических и гемодинамических нарушений у больного с перитонитом); характер и тяжесть сопутствующей патологии; возраст оперируемого.

Таким образом, обычно риск понимается как возможная опасность и неудача, по-видимому, поэтому все хирурги стремятся избежать его либо свести к минимуму. Если обратиться к работам известного специалиста по риску А.П.Альгина, то становится понятным, что интерес к риску пробудился в середине прошлого века у математиков, экономистов, статистиков, юристов, специалистов, занимающихся страхованием и биржевыми сделками [А.П.Альгин, 1989]. В XX столетие им начинают интересоваться специалисты в области военных, экономических, демографических, медицинских и других наук. Во второй половине XX века риск исследуется уже на междисциплинарном уровне, возникает целое научное направление – рискология, философы приближаются к теоретическому обоснованию понятия «риск». Однако проблема риска ни в философском плане, ни на уровне определенной конкретной науки не решена.

Нам представляется полезным для наших целей обратиться к определению ситуации риска, которое дается А.П.Альгиным. Ситуация риска — это «сочетание, совокупность различных обстоятельств и условий, создающих определенную обстановку для того или иного вида деятельности» [А.П.Альгин, 1989]. Появлению ситуации риска способствуют наличие неопределенности, необходимость выбора альтернатив и возможность оценить вероятность осуществления выбираемых вариантов. В самом понятии «риск» отражается процесс «снятия» человеком ситуации риска, то есть процесс выбора той или иной альтернативы и реализации этого выбора, иначе говоря – практического разрешения противоречия противоположных тенденций в конкретных обстоятельствах.

В ситуации риска человек действует и принимает решение, учитывая следующие моменты: вероятность удачи, то есть получение желаемого результата; вероятность неудачи, то есть наступление нежелательных результатов; вероятность отклонения от желаемого результата как в лучшую, так и в худшую стороны; возможность оценить положительные или отрицательные последствия своих действий. Оценка этих моментов, определяющих поведение человека в ситуации риска, может быть осуществлена на основании статистических данных

(объективный момент), собственного опыта (субъективный момент) и того и другого одновременно. Итак, риск – это «деятельность, связанная с преодолением неопределенности в ситуации неизбежного выбора, в процессе которой имеется возможность количественно и качественно оценить вероятность достижения предполагаемого результата, неудачи и отклонения от цели».

Хирурги постоянно сталкиваются не только с ситуацией риска, но и с ситуацией крайней необходимости (хотя и реже). Но, чем ситуация крайней необходимости отличается от ситуации риска? Тем, что в ней отсутствуют два свойства рискованной ситуации – альтернативность (наличие вариантов) и неопределенность. Философами необходимость трактуется «как способ превращения возможности в действительность, при котором в определенном объеме имеется только одна возможность, превращающаяся в действительность» [Л.М.Бедрин и соавт., 1977]. Если ситуация риска характеризуется вероятностью возникновения угрозы здоровью и (или) жизни пациента, наличием для врача вариантов лечения и возможностью в ходе правильно выбранного лечения избежать вреда для пациента, то в ситуации крайней необходимости угроза для здоровья и (или) жизни пациента наступила (или вот-вот наступит), выбора вариантов лечения практически нет – обстоятельства навязывают врачу лишь один вариант лечения. Логика такова, что вреда, причиняемого больному в ситуации крайней необходимости, избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие не оказания врачебной помощи вообще.

В указанном аспекте важно, как юристы трактуют действие медицинского персонала в условиях крайней необходимости: прежде всего в ситуации крайней необходимости опасность для жизни и здоровья должна быть либо уже наступившей, либо реально угрожающей, причем эта опасность действительна, а не мнима (то есть существует реально); условием крайней необходимости также является невозможность устранения грозящей опасности в сложившейся клинической ситуации иными средствами, кроме примененных. Поэтому действия врача, не воспользовавшегося этим крайним средством, нельзя считать правомерными. Ситуация полной неопределенности возникает в том случае, когда вероятность того или иного события определить нельзя. Возможные варианты «снятия» неопределенности трудно учесть. При этом следствия действий хирургов четко не прогнозируются. В этих случаях мы имеем дело не с клинической (плановой или экстренной), а с экспериментальной хирургией.

Итак, ситуация риска подразумевает деятельность хирурга в условиях возможности выбора («оперировать – не оперировать», «обследовать до операции – оперировать сразу», «оперировать сейчас – отложить операцию на определенный срок» и т.д.) – это характерно для плановой хирургии. В этом случае выбор хирургом оптимальных альтернатив будет называться риском. В том случае, когда врач не может отказаться от операции, потому что такой отказ означает безусловную смерть больного, – налицо ситуация крайней необходимости. В подобных обстоятельствах о риске говорить неправильно. Здесь, в принудительной ситуации, сами обстоятельства как бы ведут хирурга и руководят им. Обязанность хирурга в этой ситуации состоит лишь в уменьшении вреда, который будет нанесен больному без лечения. Именно это и есть экстренная хирургия, где выделяют пять степеней операционного риска.

Оценка состояния оперируемых по степени риска позволяет с большей объективностью сравнивать результаты хирургического лечения на основании его объема и тяжести дооперационного состояния больного независимо от того, чем это состояние обусловлено: характером хирургической патологии, ее осложнением, сопутствующими заболеваниями или возрастом. Вновь хотелось бы подчеркнуть, что на практике оказания медико-хирургической помощи пострадавшим с множественными и сочетанными травмами и ранениями достаточно часто возникает ситуация, когда хирург не может отказаться от операции, потому что такой отказ повлечет безусловную смерть больного, не может он отказаться и от выполнения одномоментной операции и на другой области, причем четко понимая взаимоотношения

повреждений, предельную тяжесть состояния больного – когда налицо ситуация крайней необходимости. А потому хирург вынужден рисковать почти на всех этапах своей работы.

О ситуации риска, интерпретации понятий и факторов риска. А.В.Гуляев (1976) писал: «Хирург – это человек, вооруженный ножом, и как всякое вооруженное лицо он представляет опасность для окружающих, если применяет свое оружие не там, где это требуется, и не так, как это дозволено» [цит. – Петровский Б. В. Деонтология в хирургии (в 2-х томах). – М.: Медицина. – 1989. – 288 с.]. В этой связи, в хирургии всегда остро стоял и стоит вопрос: если невозможно избежать риска, то каким образом можно снизить его вероятность? Задача данной главы исследования – необходимая характеристика риска в широком плане с целью снизить его вероятность и улучшить результаты их разрешения на практике хирургии тяжелых повреждений организма.

В исследованиях ряда авторов затронуты лишь узкопрофессиональные моменты проблемы, тогда как существуют и следующие ее стороны: риск как понятие (в нашем примере – операционный риск, анестезиологический риск, факторы риск и пр.); рискованный человек или группа людей, осуществляющих рискованную акцию (в нашем примере – хирург, хирургический коллектив и пр.); рискованные действия или слова, приводящие к нежелательным последствиям (в нашем примере – этический риск, хирургическая, поведенческая, словесная ятрогения и пр.); объект риска (в нашем примере —пациенты, хирург); результат или последствия риска (в нашем примере – правовые, морально-этические, нравственные, телесные и пр.); объективизация степени риска (в нашем примере – моделирование ситуации, вычисление вероятностных критериев, максимализация численной характеристики не только патологии, но и процесса диагностики и принятия решений, оценка тяжести повреждения и тяжести состояния организма и пр.); снижение риска (в нашем примере – минимизация эмпирического риска, оптимизация организационных, диагностических, тактических и технических решений, оптимология и культурология принятия решений и пр.) [А.П.Альгин,1989; Л.М.Бедрин и соавт.,1977].

Во введении монографии подчеркнута то обстоятельство, что указанные моменты риска рассмотрены крайне отрывочно, исследования бессистемны и не в полной мере вносят ясность в проблему. По определению рискологии риск представляет собой действие, благоприятный исход которого сомнителен, вследствие чего возникает опасность для самого лица, осуществляющего рискованное мероприятие, а также зачастую для объекта риска. Отсюда следует, что понятие «риск» имеет явно выраженную психологическую окраску, в связи с чем интересно рассмотреть проблему выбора решений с психологической точки зрения. С указанной позиции интерес вызывают следующие противоречивые моменты: человек рискует своей жизнью ради спасения другого; человек рискует ради достижения излишнего; человек рискует ради самоутверждения; человек рискует, чтобы продемонстрировать свою волю или смелость; человек рискует своим положением или авторитетом ради спасения чести невиновного или его жизни.

Рискованная ситуация может возникнуть не только в результате действий, но и при общении хирурга с пациентом или его родными, когда, сообщая близким о жизнеопасном осложнении, возникшем после выполненной им операции, он рискует встретить острую эмоциональную реакцию, оскорбление и насилие. Поэтому, говоря о риске, нужно учитывать не только действие, но и слово, что представляется нам в особенности важным с учетом менталитета народа (в Центральной Азии, Кавказе): недооценка ситуации и неадекватный эмоциональный подход [М.Т.Джумабаев,1993]. Здесь следует упомянуть о так называемом «этическом риске», которым также богата практика тяжелых повреждений организма. Очевидно, что успех оптимального решения при коллективном обсуждении зависит не только от профессионального уровня его участников, но и от стремления каждого внимательно выслушать мнение коллеги и всесторонне обдумать собственное, прежде чем его высказать. Здесь вырисовывается понятие «стратегическая цель» и проблема «декомпозиции цели». Если первой (касающихся всех)

является – спасение жизни пострадавшего, то второй (касающегося каждого в отдельности) является для анестезиолога-реаниматолога – снизить степень анестезиологического риска; для хирурга – степень операционного риска, для организатора здравоохранения и всего коллектива – степень этического риска [П.П.Коротких и соавт.,1992].

Следует подчеркнуть то обстоятельство, что у отечественных хирургов изменилось отношение к принципу информированного согласия пациентов. В странах Запада хирурги обязаны информировать пациента об анестезиологическом и операционном риске, риске болезни и прогноза. Дело в том, что хирург юридически и экономически зависим от пациентов, а его профессиональная деятельность жестко регламентируют законами, положениями и требованием различных Комитетов по защите прав пациентов [Special issue on medical informatics // The Western Journal of Medicine. – 1986. – V. 145. – N 6. – P.230—241]. На этом фоне, тактика чрезмерного страхования у хирургов является «компенсаторным» механизмом защиты профессиональных интересов и социальных прав. Приходится лишь сетовать на отсутствие специальных законодательных (где будут указаны условия оказываемой хирургической помощи, в случае невыполнения которых как пациенты, так и хирурги, как застрахованные члены общества, имеют право на возмещение ущерба, причиненного им в результате оказания хирургической помощи и исполнения хирургической деятельности.

Таким образом, обычно риск понимается как возможная опасность и неудача, по-видимому, поэтому все хирурги стремятся избежать риска либо свести его к минимуму. Во второй половине XX века возникает целое научное направление – рискология, философы пытаются осмыслить понятие «риск». Однако, данная проблема ни в философском плане, ни на уровне определенной конкретной науки не решена. Ситуация риска – это «сочетание, совокупность различных обстоятельств и условий, создающих определенную обстановку для того или иного вида деятельности» [И.А.Ашимов, А.М.Маллаев,2002].

Если ситуация риска характеризуется вероятностью возникновения угрозы здоровью и (или) жизни пациента, наличием для хирурга вариантов оперативного приема и лечения, а также возможностью в ходе правильно выбранного лечения избежать вреда для пациента, то в ситуации крайней необходимости угроза для здоровья и (или) жизни пациента наступила (или вот-вот наступит), выбора вариантов операции или лечения практически нет – обстоятельства навязывают хирургу лишь один вариант оперативного приема и лечения. Логика такова, что вреда, причиняемого больному в ситуации крайней необходимости, избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие неоказания врачебной помощи вообще.

Проанализируем несколько примеров из хирургической практики с целью показать, с какими ситуациями мы имеем дело. У 80-летнего старца с «букетом» соматической патологии (ИБС, коронарокардиосклероз, сахарный диабет и пр.) наступило ущемление пахово-мошоночной грыжи. Операция с учетом его общего состояния имеет мало шансов на эффект, однако без операции смерть неминуема. Это и есть ситуация риска. На автобусной остановке у больного с признаками удушья, вызванного инородным телом в ротоглотке врач производит немедленную трахеостомию обычным перочинным ножом. Он решился на это несмотря на угрозу кровотечения из раны, возможность последующего стеноза трахеи в месте грубо наложенной трахеостомы. У врача не было выбора, а его вмешательство было единственным вариантом спасения жизни больного. Вред, нанесенный больному, все же меньший, чем предотвращенный, – это и есть типичная ситуация крайней необходимости.

Еще один пример ситуации крайней необходимости – когда участковый врач в труднодоступной горной местности, не имея возможности выполнить аппендэктомию, вынуждены проводить антибактериальную и симптоматическую терапию. Причем четко осознавая, что операция необходима, для чего он вынужден дожидаться санитарной авиации. Этим методом он выигрывает несколько часов для эвакуации больного в хирургический стационар. Из-за

несвоевременной операции вред больному, конечно, будет причинен (чаще отмечаются аппендикулярные инфильтраты и перитониальные осложнения), но он сравнительно меньший. Хотелось бы подчеркнуть, что хирурги при тяжелых повреждениях организма действуют не только в зоне ситуации риска, ситуации крайней необходимости, но и в зоне «эксперимента». Мы впервые выделили и охарактеризовали свойства риска при ситуации эксперимента. На наш взгляд, о ситуации эксперимента следует говорить тогда, когда по критерию альтернативности хирург вообще не имеет каких-либо вариантов операции; по угрозомерическому критерию – угроза реализована в высокой степени, а хирург не имеет шансов на возможность снизить эту угрозу; по критерию неопределенности – хирург находится в полной неопределенности и у него нет возможности ее разрешить; по прогностическому критерию – хирург не в состоянии сделать прогноз ситуации [И.А.Ашимов, А.М.Маллаев,2002].

Итак, ситуация эксперимента возникает в том случае, когда вероятность того или иного события определить нельзя. Возможные варианты «снятия» неопределенности трудно учесть. При этом следствия действий хирургов четко не прогнозируются. В этих случаях мы имеем дело не с проблемой и предметом клинической (плановой или экстренной) хирургии, а с проблемой и предметом экспериментальной хирургии. С точки зрения рискологии данное утверждение является важным моментом познания в сфере клинической хирургии. Таким образом, ситуации риска подразумевает деятельность хирурга в условиях возможности выбора («оперировать – не оперировать», «обследовать до операции – оперировать сразу», «оперировать сейчас – отложить операцию на определенный срок» и т.д.) – это характерно для плановой хирургии. В этом случае выбор хирургом оптимальных альтернатив будет называться риском. Если же хирург не может отказаться от операции, потому что такой отказ означает безусловную смерть больного, – налицо ситуация крайней необходимости. Как отмечалось выше, в подобных обстоятельствах о риске говорить неправильно. Здесь, в принудительной ситуации, сами обстоятельства как бы ведут хирурга и руководят им. Обязанность хирурга в этой ситуации состоит лишь в уменьшении вреда, который будет нанесен больному без лечения.

Итак, изучение течения послеоперационного периода у пострадавших с различной степенью операционного риска позволяет говорить о целесообразности и перспективности такого определения. Закономерное увеличение частоты осложнений и повышение летальности у пострадавших с операционным риском III – V степеней приводят к необходимости особенно тщательной дооперационной подготовки этих пострадавших, постоянному динамическому клинико-функциональному контролю за их состоянием во время операции и после ее окончания со своевременной коррекцией возникающих нарушений еще до развития осложнений на их основе. С точки зрения рискологии, на наш взгляд, необходимо III – V степени степень операционного риска выделить в особую категорию рискованной ситуации и условно обозначить как «чрезвычайную ситуацию» или как «хирургическую чрезвычайщину» с соответствующей психологией восприятия этого феномена клинической рискологии. Различия ситуации риска, крайней необходимости и эксперимента представлены в таблице 1 (см. приложения).

## **Глава 4**

## **Диалог о выборе решений и о морально-этических дилеммах при запредельной травматической агрессии**

Ситуации риска и крайней необходимости являются, по сути, обычными при политравме. В этих условиях деятельность неотложного хирурга (здесь и далее включает такие хирургические специальности, как травматология, нейрохирургия и пр.) определяют научно-практические, юридико-правовые, морально-этические факторы [В.В.Бояринцев,1995]. На наш взгляд, если практический аспект предполагает, что пострадавший является «носителем» тяжелых повреждений организма, которые надо эффективно устранить, корригировать, то научный – тяжелые повреждения организма являются качественно новыми видами сложной патологии, которую надо рассматривать и лечить с позиции того или иного теоретического обобщения [А.В.Вершигора и соавт.,1990]. Если юридический аспект определяет отношение организатора здравоохранения, хирурга и пострадавшего соответствующей законностью в обществе, то правовой – соответствующими правовыми механизмами, воплощающими правовой порядок [А.В.Гаркави,1999]. По нашему мнению, в отличие от них морально-этический аспект апеллирует лишь к духовной сфере, приоритету нравственности и морали с позиции: «все люди являются судьями друг друга».

Безусловно, моральный выбор является высшей формой управления, в том числе и профессиональными действиями хирургов, поведением их на уровне личности. В медико-этических кодексах закреплено, что хирургия – это свободная, творческая и самая ответственная профессия, проявляющаяся при использовании того или иного метода, научного знания, а также когда хирург совершает поступки, характеризующие нравственное достоинство [И.А.Кассирский,1970]. В указанном аспекте, по нашему мнению, объективная логика морального выбора хирурга такова, что самостоятельность, суверенность личности, свобода его действий уравновешены огромной ответственностью за жизнь пациента. Необходимость морального выбора определяется тем, что во всякой системе морали нравственные ценности существуют как иерархия ценностей, причем в разных жизненных ситуациях приоритетность различных нравственных ценностей может изменяться [Ф.И.Комаров и соавт.,1981]. В указанном плане, на наш взгляд, своеобразие иерархии ценностей, из которой исходит медицинская этика, заключается в том, что человеческая жизнь – это безусловная социальная ценность.

Учитывая диалектику цели и средств, можно полнее раскрыть нравственные аспекты хирургической деятельности, логику морального выбора при ситуации риска и крайней необходимости. Пострадавшие с тяжелыми повреждениями организма практически обречены на смерть, если не сделать им немедленную операцию, а у хирурга опыта проведения такой операции нет или его недостаточно. В таких случаях выбор особенно сложен, ибо касается сферы целей – выполнить с риском операцию либо отказаться от вмешательства [А.В.Дергунов и соавт.,1995]. В любом случае речь идет о преодолении границ невозможного, и перед хирургом стоит генеральная цель – спасти жизнь пострадавшего. Мы убеждены, что пострадавший может быть только целью, но средством – никогда.

Исключительную остроту этико-гуманистическая идея о человеке как «цели самой по себе» приобрела в хирургии тяжелых повреждений организма в связи с тем, что оказание медико-хирургической помощи в некоторых случаях имеет черты вынужденного эксперимента на людях [И.А.Ашимов,2002]. Мы полагаем, что со временем произойдет совершенствование этического контроля таких медицинских экспериментов с участием пострадавших с тяжелыми повреждениями организма, однако на сегодня эта проблема не разработана. В отношении хирургии тяжелых повреждений организма широко распространено упрощенное представление: все, что ведет к спасению жизни, должно применяться, то есть «цель оправ-

дывает средства» [А.Н.Горячев и соавт.,1988]. В этом плане, логика многих хирургов, попадая в «поле тяготения» этого суждения, как бы теряет свою целесообразность. Отдельные идеи приобретают сверхценный характер и самодовлеющий смысл: «а вдруг есть хоть какой-то шанс!» [В.Д.Братусь,1980]. На наш взгляд, хирург должен быть всегда в поиске указанного шанса, но абсолютизировать «сверхценность» идеи считаем неправильным. Однозначно, вынужденный эксперимент на людях должен преследовать две органически взаимосвязанные цели: во-первых, максимальное обеспечение предвидения и контроля возможного риска при вынужденном эксперименте на пострадавших с тяжелыми повреждениями организма; во-вторых, конкретизацию принципа сознательного отношения общества, родных и родственников потерпевших к действиям хирургов.

При рассмотрении отношения «цель – средства» в хирургии часто упускают из виду: во-первых, многоуровневость детерминации в системе «операция – спасение жизни», а во-вторых, нравственные аспекты [М.П.Брусницина и соавт.,1980]. Оперативное вмешательство, ведущее к спасению жизни не должно отвергаться хирургической практикой, ибо, не содержит в себе ошибки, но в таком априорном виде не содержит и истины [Е.А.Вагнер и соавт.,1998]. Думается, есть логика в том, что всякий раз еще надо доказывать то, что вмешательство, являющееся одновременно серьезной агрессией против организма, способствует сохранению жизни. Если хирург докажет это, то логично допустить, что он снизил риск в отношении самого себя как профессионал, обладающий сакральной властью над жизнью пострадавших.

Вопрос о целесообразности оперативного вмешательства является исключительно сложным. Есть опасность того, что формула «цель оправдывает средства», будь она принята в неотложной хирургии тяжелых повреждений организма, станет прикрытием поспешности использования операции, нецелесообразного ее применения, трансформации смысла оперативного вмешательства [А.И.Воробьев,1992]. Выбор оптимальных решений в неотложной хирургии все больше требует учета степени риска, сопровождающего хирургическое вмешательство. Однако главным является отношение к нему хирурга, это наиважнейший аспект проблемы морального выбора [М.И.Гульмая и соавт.,1985]. Безусловно, в сравнении с хирургами представители многих других врачебных специальностей еще не достигли соответствующей осторожности в отношении риска. Между тем, на наш взгляд, данная проблема актуализировалась в связи с внедрением «высоких» лечебно-диагностических технологий (лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия, ангиография, коронарография, ультрасонография, эмиссионная томография и пр.).

Понятие «операционный риск» отражает неполноту наших знаний о человеке, о природе или недостаток опытности врача, понятие же «этический риск» отражает область межличностных отношений хирургов с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей [П.П.Коротких и соавт.,1992]. Свести «этический риск» к минимуму можно в тех случаях, когда пострадавшего предельно объективно информируют о действительном и возможном риске, содержащемся в оперативном вмешательстве; если сократить до минимума «операционный риск». На наш взгляд, интересна теория соотношения «операционный риск» // «этический риск» в различных критических ситуациях хирургической практики.

Предметом современной медицинской этики является изучение содержания понятия «риск», исследование специфики риска в клинической практике. Понятия «риск» и «опасность» однопорядковые, но не тождественные. Опасность характеризует ту или иную жизненную ситуацию саму по себе [Г.В.Хай,1988], тогда как понятие «риска» отражает отношение субъекта к опасной жизненной ситуации. Мы воспринимаем понятие «опасность» преимущественно как онтологическое, а понятие «риск» – преимущественно морально-этическое, так как риск связан с выбором, с сознательным решением человека. Социальное и морально-этическое начало в профессии хирурга кардинально отличает хирургию от других направлений медицины, ибо целью хирургической деятельности является не «жажда риска», а про-

филактика риска, достаточно строгое соответствие операций требованиям науки и практики, а также профессиональной этики [К.К.Платонов,1974]. Медицинская этика имеет социальную функцию по контролю над недопустимостью профессиональных ошибок по части превышения риска для здоровья и жизни больных по причинам некомпетентности, самонадеянности, невнимательности или склонности хирурга к авантюризму [Б.В.Петровский,1989]. На наш взгляд, оправданием неизбежного риска в неотложной хирургии может быть только спасение жизни и достижение здоровья больного как высшей цели хирургических решений и действий.

Хотелось бы подчеркнуть, что к проблеме риска отношение достаточно неоднозначное, а между тем все признают, что риск сопутствует хирургии всегда. Традиционно подвиг космонавтов, летчиков-испытателей, полярников имеет принципиально иную социальную значимость, нежели дерзание хирурга-новатора, выполнившего качественно новую операцию, связанную с высоким риском для жизни больного с позиции: «Победителей не судят», «Надо использовать любой шанс для спасения жизни больного» и пр. История хирургии знает случаи, когда некоторые хирурги начинали оперировать на легких и сердце даже в условиях районных больниц [Ф.И.Комаров,1981]. В связи с этим «... за проявленную хирургическую решительность следовало не поощрять авторов, как они того ожидали, а серьезно одергивать, потому что такие действия – ущерб для больного и профанация науки», писал А.В.Гуляев (1970).

В современных условиях приходится, к сожалению, констатировать, что неизбежный риск в практике врачевания присутствует в каждом клиническом случае. «Всякое лечение – это прежде всего клинический эксперимент», пишет И.А.Кассирский. Следует заметить, что термин «клинический эксперимент» отражает планируемый и строго контролируемый опыт в целях исследования, подчеркивающий моменты непредсказуемости всех последствий лечения в клинической практике даже в современных условиях [И.А.Кассирский,1970]. Другой ведущий ученый-терапевт Е.М.Тареев пишет: «Не навреди!», отступает перед требованием современного принципа хорошо рассчитанного риска...» [цит. – М.Х.Титма [1975] При любой хирургической операции существует операционный риск, однако новая ситуация, сложившаяся в современной медицине, – это то, что нежелательный риск, сопровождавший раньше в основном хирургическое лечение, имеется теперь и при диагностических исследованиях, и в терапевтической практике [М.Х.Титма,1975]. По нашему мнению, значение указанной заповеди в качестве конкретно-деонтологической нормы повышается еще больше, ибо она противодействует возникновению равнодушного отношения к повышенной рискованности методов диагностики и лечения.

Моральный выбор – поступок определенного хирурга, деяние его личности. Иногда в одной и той же клинической ситуации хирурги следуют разным моделям выбора, одинаково оправдываемым медицинской этикой. Дерзание, стремление к приоритету, предпочтение большего риска – есть обязательное условие научного творчества и прогресса. В этой связи существует «психологическое измерение» риска: «Риск есть апелляция к резерву человеческих способностей» [М.И.Гульмая и соавт.,1985]. Моральный выбор раскрывает содержательность хирурга как человека, профессионала, от которого зачастую зависима жизнь пациентов. Вместе с тем мы должны хорошо представлять, чего стоит хирургу-новатору его «новаторство» (драматизм личности, мучительные раздумья, моральное одиночество и пр.) [В.Д.Братусь,1980]. Если иметь в виду те критические ситуации клинической практики, в которых теоретический анализ условий морального выбора допускал противоположные решения, то проверкой правильности совершенного выбора будет уже сам поступок в соотнесенности с тенденциями последующего развития медицины.

Если говорить о социально-этических аспектах вынужденного эксперимента на людях, то следует упомянуть, что в XVIII веке французские врачи подвергли ранению приговоренных преступников, чтобы иметь возможность изучить их раны. К. Бернар с позиции врачебной этики обоснованно отвергал медицинские эксперименты на людях: «Мы не можем экспери-

ментировать на больных, которые вверяют себя нам, потому что мы рисковали бы их убить вместо того, чтобы их вылечить...» [А.А.Гусейнов и соавт., 1987]. Однако со временем этот подход все чаще становился излишне однозначным и прямолинейным. В этом плане А. Молль писал: «рано или поздно клинические нововведения надо применять на первых больных. Медицинские опыты на людях с нарушением этических и юридических требований справедливо осуждаются и обществом, и большинством представителей врачебной профессии. Первым специальным эτικο-юридическим вердиктом, регулирующим проведение экспериментов на людях, был указ, изданный в Пруссии в 1900 г. В.В.Вересаев отразил исходные этические координаты проблемы медико-биологических экспериментов с участием человека в качестве объекта. Согласно «Нюрнбергского кодекса», врач имеет право на клинический эксперимент, но при известных условиях: добровольного и сознательного согласия самого больного [Г.В.Хай, 1988].

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.