1. **Здоровье человека – науч. Философская и медицин. проблема**

Теория медицины не может исчерпываться теорией патологии, т. к. в состав мед. реальности входит не только болезнь, но и здоровье. Более того, искомая теория медицины будет заведомо несовершенной, если она предстанет в варианте теории болезни и здоровья, ибо здоровье с фактической и логической точек зрения является первичным по отношению к болезни. Поэтому единая теория медицины должна открываться теорией здоровья.

Теория патологии вне теории здоровья была, есть и будет описательной концепцией, не способной подняться выше эмпирического обобщения. С оформлением же теории здоровья теория патологии может стать логически выводимой (дедуктивной) теорией и, следовательно, способной не только объяснять наличную патологию "задним числом", но и доказательно предвидеть возможность возникновения того или иного заболевания. Если, напр., ядром будущей теории здоровья окажется имеющееся в арсенале медицины понятие "должная норма", то из такой теории может выводиться, прогнозироваться и, следовательно, практически предотвращаться возможно-должная патология. И единственно надежным гарантом корректной постановки проблемы здоровья являются воззрения клин. медицины. Организованное нозологическим принципом клиническое мышление выводит к состоянию здоровья, не отождествляя его с болезнью. Оно предполагает генетическую связь болезни со здоровьем, да и со всем образом жизни индивида. Не следует забывать о том, что диагностические задачи клин. медицины не исчерпываются дифференциальным диагнозом болезней, а включают в себя и доказательный диагноз здоровья. В связи с этим следует отметить, что содействовать познанию явлений, наблюдаемых в клинике, призван не только обособившийся от нее раздел экспериментальной патологии, но и комплекс сан. -гиг. дисциплин с его ориентацией на познание нормативно-физиологических закономерностей.

Медицине хорошо известно, что состояние здоровья не исчерпывается отсутствием болезни или совокупности болезней. Поэтому принцип профилактики может развернуться в своей саногенетической полноте лишь тогда, когда ставится задача охраны здоровья здоровых.

Разработка теории здоровья совершенно необходима для практического обеспечения идеала профилактики, т. е. для укрепления и развития здоровья.

1. **Философ. как мировоззрение и методология медицины**

Мировоззренческие и методологические проблемы медицины.

В движении от философского к част-нонаучному знанию законы и категории диалектики должны гносеологически адаптироваться к объективно особенным по своему содержанию понятиям частных наук. Функция всеобщей методологии, к-рую выполняет материалистическая диалектика, не только не противопоставляется ее мировоззренческой функции, но логически вытекает из нее и находится в неразрывной связи с ней.

Современная медицина представляет собой обширную и глубоко дифференцированную отрасль научного знания. В объекте ее изучения - человека - как в своеобразном фокусе сходятся все формы движения материи. Познавательные интересы медицины простираются от молекулярного и клеточного уровня морфофизиологии человека до социально-политических и правовых норм человеческого общежития. Широта познавательных интересов медицины беспредельна; со времени возникновения экспериментирующего естествознания она в своем теоретизировании исходила из принципов механики, физики и химии; со второй половины 19 в. медицина в своих теоретических установках рассматривается как ветвь биологии. Поэтому наиболее распространенные воззрения в сфере философских вопросов современной медицины исходят из принципа теоретической и методологической общности биологии и медицины. Однако основополагающие понятия медицины - здоровье, норма, болезнь, этиология, патогенез, нозологическая единица и др. - пересекаются или стыкуются с целым рядом понятий биологии, но по своему содержанию не сводятся к ним и не поглощаются ими. Таким образом, история и современное состояние мед. знания выдвигают вопрос о научном статусе медицины. для каждой отрасли медицины непременным мировоззренческим и методологическим введением должны служить социальные или социально-исторические "измерения" жизнедеятельности человека.

**3. Модели возникновения болезней в истории медицины**

В древнем Египте Понятия о причине возникновения болезней жрецами связывались с религиозными верованиями: болезни — следствие вселения демона, они возникают по воле богов. Наряду с этим египтяне признавали и естественные причины болезней; была известна роль кишечных паразитов. По аналогии с изгнанием кишечных паразитов лечение рассматривалось и как изгнание невидимых червей

В медицине древней Индии Причинами болезней признавался не только гнев богов, но также изменение климата и погоды, нарушение диеты, правил личной гигиены.

На сегодня считается, что существует четыре модели развития заболевания, среди которых доминируют генетическая , онтогенетическая (развитие болезни, связанное с возрастными изменениями в человеческом организме), аккумуляционная (накопление в организме отрицательных компонентов, продуцируемые им самим) и экологическая (вредоносные агенты поступают в организм человека из внешней среды).

**4. "Философия оптимизма" Мечникова и проблема дисгармоничности человеческой природы**

Одной из центральных тем в научных исследованиях Мечникова был вопрос о дисгармониях в человеке. На эту тему написана книга "Этюды о природе человека" (дополнением к которой является вторая книга "Этюды оптимизма"); это признание дисгармоний в природе глубоко отклоняет его от линии дарвинизма (который он вообще горячо защищал). Мечников высмеивает мораль, которая призывает жить "сообразно природе", ибо в природе нет ничего постоянного[23]. В признании, что "человек... есть существо ненормальное, больное, подлежащее ведению медицины", Мечников, в сущности, приближается к христианскому учению о "поврежденности природы". Но как человек, преисполненный веры в мощь науки, Мечников глубоко убежден, что "человек при помощи науки в состоянии исправить несовершенства своей природы"[24]. Еще в начале своей научной карьеры И. И. Мечников обратился к исследованию проблем дисгармоний в природе человека75. С пессимистических позиций он рассматривает целый ряд антропологических задач, в которых объемно выступают дисгармонии как причины страданий человека и общества. Попытка сведения сложных проблем жизни человека и общества к изучению биологических сторон явления, его биологизация приводят Илью Ильича к ряду ошибочных заключений.

В конце XIX-начале XX в. И. И. Мечников впервые обращается к анализу самой поразительной дисгармонии человеческой жизни, которая сводится к отсутствию у человека инстинкта старости и естественной смерти как ее желанного завершения- В "Этюдах о природе человека", а затем и в "Этюдах оптимизма" Илья Ильич развивает одно из направлений своей фагоцитарной теории, имеющей приложение к нормальной и патологической физиологии любого животного организма, включая человека. Более ранние наблюдения ученого за процессами атрофии у различных групп животных подсказали мысль, что сущность процесса - в непрерывной борьбе фагоцитов (в данном случае "макрофагов") с остальными клетками организма. Макрофаги являются активными элементами соединительных тканей и противостоят "благородным тканям" - нервным, мышечным, почечным и пр.

В "Этюдах оптимизма" И. И. Мечников не ограничивается, как в ранних работах по дисгармониям, простой констатацией фактов, а "намечает с оптимистической уверенностью возможные пути исправления неудовлетворительной для нас стороны дела. План защиты организма от преждевременного старения сводится им, по сути, к изысканию способов и средств усиления благородных тканей в их способности к самозащите от агрессивных соединительнотканных элементов или, наоборот, ослабления фагоцитарной функции последних" 80.

У человека, не достигшего гармонического равновесия всех частей организма, это одна из причин кратковременности жизни. Но здесь следует подчеркнуть, что Мечников имел в виду только явление преждевременного, а не физиологического нормального старения.

Биологический анализ дисгармоний человека И. И. Мечников увенчивает теорией "ортобиоза"- "правильной жизни", основанной на всестороннем знании человеческой природы и поиске средств исправления ее дисгармоний. Согласно этой теории, идеал человека состоит в нормальном развитии и достижении им долгой и деятельной старости, а в конечном итоге - в развитии чувства насыщения жизнью.

**5. Сопричастность старости хроническим болезням. Дильман – "Четыре модели медицины"**

Дильман рассмотрел причины возникновения "главных болезней", сцепленных со старением (среди них болезни сердца, злокачественные новообразования, цереброваскулярная патология, метаболическая им-мунодепрессия, атеросклероз, сахарный диабет пожилых и ожирение, психическая депрессия, аутоиммунные заболевания, гиперадаптоз и другие), с позиции четырех моделей медицины: экологической, генетической, аккумуляционной и онтогенетической [Дильман, 1987]. В своей монографии он классифицировал старение как "самую универсальную болезнь", а точнее как сумму онтогенетических и аккумуляционных болезней.

существует четыре модели развития заболевания, среди которых доминируют генетическая , онтогенетическая (развитие болезни, связанное с возрастными изменениями в человеческом организме), аккумуляционная (накопление в организме отрицательных компонентов, продуцируемые им самим) и экологическая (вредоносные агенты поступают в организм человека из внешней среды).

**6. Детерминизм и причинность**

Одна из наиболее важных и трудных проблем в лечебной деятельности - определение причинности, или, как принято говорить в медицине, определение этиологического начала заболевания. Среди социологов и медиков принято считать, что примерно около 20% заболеваний вызвано генетическими особенностями (наследственностью) человека, около 35% - экологическим факторами, остальное же приходится на качество жизни.

Давайте посмотрим на причинность более детально. Если мы откроем любой учебник или серьезное руководство по медицине, то увидим: причинность (этиология) достаточно пестра. На сегодня считается, что существует четыре модели развития заболевания, среди которых доминируют генетическая (мы о ней сказали), онтогенетическая (развитие болезни, связанное с возрастными изменениями в человеческом организме), аккумуляционная (накопление в организме отрицательных компонентов, продуцируемые им самим) и экологическая (вредоносные агенты поступают в организм человека из внешней среды).

**7. Категории "часть" и "целое" Организм – диалектическое единство**

Диалектическое единство локального и общего в течение болезни проявляется в том, что степень локализации патологического процесса, его относительная автономность, характер протекания зависят от состояния организма как целого. Клиническая практика и эксперименты доказывают, что в организме нет как абсолютно локальных, так и абсолютно общих процессов: при ведущей роли общего в организме находят выражение и относительно локальные, относительно местные, относительно автономные процессы. Так, не всякий ожог вызывает ожоговую болезнь. Ограниченные по площади поверхностные ожоги не сопровождаются полным выпадением кожи как органа из целостной системы организма. Если же мы имеем дело с обширным и глубоким ожогом, связанным с омертвением кожи на значительной площади, то здесь уже существенно изменяется функция кожи как органа. В организме намечаются глубокие перестройки и нарушения жизнедеятельности всех систем и органов. Развивается комплекс ожоговой болезни. При площади глубокого ожога от 20% поверхности тела и выше наступает предел компенсаторно-адаптационных возможностей организма, что ведет к смерти. Так локальное (ожог) превращается в общее – ожоговую болезнь. Вместе с тем общее (ожоговая болезнь) продолжает сохранять связь с преимущественной локализацией заболевания кожного покрова (ожогом). Только благодаря целостности организма мы можем говорить об относительной локальности, самостоятельности и автономности патологического процесса. Учет сложной диалектики части и целого, общего и локального, единства и борьбы противоположностей и других диалектических принципов и оснований позволяет, применяя диалектический метод в медицине, подойти к проблеме болезни как к сложному противоречивому и взаимозависимому процессу; в работе практического врача применение диалектического метода во многих случаях является основой разработки правильной тактики лечения.

**8. Биоэтика: генезис и основные проблемы**

В целом поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины - защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и ущемлением свободы его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага.

Главная цель современной медицины - благополучие пациента, и восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов. Уважение автономии индивида является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно. Таким образом, сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением Биоэтика (принцип "уважения прав и достоинства человека") Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Некоторые проблемы, стоящие перед современным обществом, были упомянуты в самом начале данной работы. Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

**9. Принципы и правила биоэтики. Модели врачевания**

Для того, чтобы понять, какие морально-этические и ценностно-правовые принципы лежат в основе современной биомедицинской этики, следует хотя бы кратко охарактеризовать их развитие в различные исторические эпохи.

Модель Гиппократа ("не навреди" )Принципы врачевания, заложенные "отцом медицины" Гиппократом (460-377гг. до н.э.) , лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой "Клятве" , Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

Несмотря на то, что с тех пор прошли многие века, "Клятва" не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этические документов. Например, Клятва российского врача, утвержденная 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994, содержит близкие по духу и даже по формулировке принципы.

Модель Парацельса ("делай добро" )Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.) . В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

Деонтологическая модель (принцип "соблюдения долга" )В основе данной модели лежит принцип "соблюдения долга" (deontos по-гречески означает "должное"). Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой "кодекс чести" , несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

Учитывая право человека на охрану здоровья, исторически сложившиеся модели моральных отношений "врач-пациент" и состояние современного общества можно сформулировать следующие четыре синтетические модели отношений между врачом и пациентом.

1. Модель "технического" типа

Одно из следствий биологической революции - возникновение врача-ученого. Научная традиция предписывает ученому "быть беспристрастным" . Он должен опираться на факты, избегая ценностных суждений.

Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов, когда за испытуемым не признавалось ни каких прав (опыты, проводимые над заключенными концентрационных лагерей) , человечество осознало опасность подобной позиции. Ученый не может быть выше общечеловеческих ценностей. Врач в процессе принятия решения не может избежать суждений морального и иного ценностного характера.

2. Модель сакрального типа

Противоположной к описанной выше модели является патерналистская модель отношений "врач-пациент" . Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель как сакральную.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: "Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда" . В классической литературе по медицинской социологии в отношениях между врачом и пациентом всегда употребляются образы родителя и ребенка.

Однако, патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача. Следовательно, для сбалансированной этической системы необходимо расширить круг моральных норм, которых должен придерживаться медик.

Приносить пользу и не наносить вреда . Ни один человек не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Этот принцип существует в широком контексте и составляет только один элемент всего множества моральных обязанностей.Защита личной свободы . Фундаментальной ценностью любого общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Мнение какой-либо группы людей не может служить авторитетом при решении вопроса о том, что приносит пользу, а что наносит вред.Охрана человеческого достоинства . Равенство всех людей по их моральным качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами. Личная свобода выбора, контроль над своим телом и собственной жизнью содействует реализации человеческого достоинства - это этика, развиваемая по ту сторону идей Б. Ф. Скиннера."Говорить правду и исполнять обещания" . Моральные обязанности - говорить правду и исполнять обещания - столь же здравые, сколь и традиционные. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия могут быть сведены до минимума ради того, чтобы соблюсти принцип "не навреди" ."Соблюдай справедливость и восстанавливай ее" . То, что называют социальной революцией, усилило озабоченность общества равенством распределения основных медицинских услуг. Иными словами: если охрана здоровья - право, то это право - для всех.Отрицательной чертой данной модели является то, что соблюдение всех указанных выше принципов возложено исключительно на врача, что требует от него высочайших моральных качеств. К сожалению, сейчас подобный подход при оказании медицинских услуг труднореализуем вследствие высокого уровня дискриминации по различным признакам (расовому, материальному, половому и пр.) .

3. Модель коллегиального типа

Пытаясь более адекватно определить отношение "врач - пациент" , сохранив фундаментальные ценности и обязанности, некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели - к ликвидации болезни и защите здоровья пациента.

Именно в этой модели взаимное доверие играет решающую роль. Признаки сообщества, движимого общими интересами, возникли в движении в защиту здоровья в бесплатных клиниках, однако, этнические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми делают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, труднореализуемым.

4. Модель контрактного типа

Модель социальных отношений, которая более всего соответствует реальным условиям, а также принципам описанной выше "биоэтической" исторической модели, - это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридического смысла. Его следует трактовать скорее символически как традиционный религиозный или брачный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, личного достоинства, честности, исполнение обещаний и справедливости. Данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели "технического" типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на "контракте" , врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается вовсе.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, базируется на системе ценностей самого пациента, а множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными идеалами больного.

Кроме того, модель контрактного типа подразумевает морально чистоплотность и пациента, и врача. Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия. Если доверие утрачивается, то контракт расторгается.

**10. Социально-биологическая обусловленность здоровья и болезни человека**

Правильное понимание здоровья человека даёт представление о социально-биологической сущности человека. Ещё античные мыслители и врачи (Аристотель, Гиппократ и др.) в результате наблюдений за жизнью людей, их образом и условиям жизни отмечали, что социальные факторы наряду с природными составляют сущность человека и влияют на здоровье, Именно эти социальные черты человека (изготовление орудий труда, речь, мышление, сознание и т.д.) отличали человека от животных, добавляли в него новые качества. Человек-новое качество, новый сплав биологического и социального, в котором роль мастера, делающего этот сплав, принадлежит социальному. Однако черты "животности" никогда не исчезнут у человека и в определённых проявлениях сохраняются. Но не так выражено. В отличие от животных, способных в лучшем случае лишь добавлять средства к существованию, человек производит их для удовлетворения своих жизненных потребностей, т.е. активно (осознанно) преобразует мир и, изменяя его, преобразует и самого себя.

Итак, исходя из представлений о человеке как о социально-биологическом существе, мы утверждаем, что на уровне человека социальное оттесняет биологическое и поэтому состояние здоровья необходимо рассматривать с учётом социального благополучия и биологического компонентов. Именно так определяет здоровье ВОЗ: "Здоровье - состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов".

Чтобы укреплять и сохранять здоровье здоровых, то есть управлять им, необходима информация как об условиях формирования здоровья (характере реализации генофонда, состоянии окружающей среды, образе жизни и т. п.), так и конечном результате процессов их отражения (конкретных показателях состояния здоровья индивида или популяции).

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 80-х гг. XX в. определили ориентировочное соотношение различных факторов обеспечения здоровья современного человека, выделив в качестве основных четыре группы таких факторов. На основе этого в 1994 году Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения в Федеральных концепциях "Охрана здоровья населения" и "К здоровой России" определила это соотношение применительно к нашей стране следующим образом:

генетические факторы - 15-20%;

состояние окружающей среды - 20-25%;

медицинское обеспечение - 10-15%;

условия и образ жизни людей - 50-55%.

болезни современного человека обусловлены, прежде всего, его образом жизни и повседневным поведением. В настоящее время здоровый образ жизни рассматривается как основа профилактики заболеваний.

В определении понятия здорового образа жизни необходимо учитывать два основных фактора - генетическую природу данного человека и ее соответствие конкретным условиям жизнедеятельности.

**Здоровый образ жизни** - есть способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.

**11. Феномен психосоматической дезадаптации**

Психосоматическими обычно считают расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и т. д.)

дезадаптация не рассматривается как самостоятельное психологическое явление, и так же, как и адаптация, дезадаптация зависит от конкретных психологических параметров.

Если ранее к психосоматическим заболеваниям относили только эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродермит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный колит, язвенную болезнь, то в настоящее время "регистр психосоматического реагирования" значительно расширился за счет включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, гипертонической болезни, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний, мигрени. К числу типичных психосоматических заболеваний, особенно в странах Северной Америки и Западной Европы, стали относить нервную анорексию, нервную булимию, кардиоспазм и некоторые формы психогенного ожирения. А по сути практически любое заболевание имеет в своем патогенезе той или иной степени выраженности "психосоматическую подоплеку", и, безусловно, любое заболевание, в свою очередь, вызывает ответную реакцию человеческой психики. Один из основоположников "динамической психиатрии" Гюнтер Аммон утверждает: нет недугов чисто психических или только телесных (соматических), все болезни носят психофизический характер.

социальная дезадаптация - это основная причина возникновения психосоматической патологии.

**12. Специфика познания в медицине**

В практическом медицинском познании бытия жизни предметное мышление сформировалось спонтанно. Оно зародилось еще задолго до того, как сложился философско-научный (понятийный) стиль мышления первых врачевателей. Эмпирическое медицинское познание длительное время существовало как явление, подчиненное религиозно-мифологическому мировоззрению, тесно переплетаясь с мистикой и суевериями. Поэтому приобретенные в древности научно-эмпирические сведения, изначально не связывались между собой в органическую целостность. Они не были философски осмысленными, теоретически обоснованными, то есть их нельзя было назвать теоретическими или общими медицинскими положениями.

Научно-медицинское (теоретическое) познание исторически зарождалось вместе с философскими учениями древних греков. Начиная с пробуждения интереса у мыслящих врачей к философскому постижению первопричин мира, места и роли человека в нем, медицина стала активно насыщаться философским смыслом. Немного позже у медиков появилась и устойчивая мыслительная потребность в целостном (объемном) взгляде на системную телесно-духовную сущность человека. В конце концов естественным образом сформировалась диалектическая взаимосвязь между философским осмыслением природы, роли и назначении человека и зарождающимся клиническим мышлением, стремящимся объяснить порой парадоксальные явления в человеческой жизнедеятельности.

Всё это не могло не сказаться на формировании нового специфического предметно-понятийного мышления медиков. Это явление вполне объяснимо, поскольку философские системы и научная медицина никак не смогли бы развиваться совместно и одновременно быть самостоятельными, если бы они сугубо по-своему не отражали и не выражали бы всеобщий интерес, касающийся сохранения и укрепления здоровья людей.

Медицинские знания как многие другие точные сведения о бытии объективного мира, - это непреходящие общечеловеческие ценности. Учитывая, что только медицинские знания и опыт врачевания оказывают прямое воздействие на процессы, способствующие сохранению здоровья людей, развитию здорового образа жизни целых народов, а также каждой отдельной личности, специфический фактор медицины приобретает еще более ценностное специальное гуманитарное значение, так как мобилизует все потенциальные силы человека, направленные на саморазвитие и самосовершенствование.

Специфика деятельности врача определяется своеобразием: 1) объекта исследования (больной, раненый); 2) задач, которые призван решать врач (диагностическая, лечебная, профилактическая и др.); 3) условий деятельности и т.д. Особенности объекта познания и специфичность задач, которые должен решать врач, предъявляют к его интеллектуальной деятельности ряд требований.

Медицина как никакая другая дисциплина нуждается в целостном восприятии объекта, причем сплошь и рядом это нужно делать мгновенно. Поэтому в медицине, как в искусстве, важную роль играет непосредственное впечатление, или, как выражался М.М. Пришвин, впечатление "первого взгляда": "Малое должно узнать себя в целом со всеми частями" [33]. Необходимо развивать умение познать целое через деталь. Через детали врач должен видеть направление процесса развития болезни [6, 18, 22, 42].

Не менее важным является требование объективности мышления. Субъективизм в оценке фактов и диагностических заключениях – наиболее частая причина врачебных ошибок, связанная с недостаточно критическим отношением врача к своим умозаключениям.

**13. Этические и правовые аспекты биомедицинского эксперимента**

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Исследование, целью которого является работа с разнообразными биомедицинскими вопросами сопряжено с многочисленными этическими проблемами. Главными из них являются:

1. Свободное, осознанное (информированное) согласие на участие в медико-биологическом эксперименте или клиническом испытании, зафиксированное в форме письменного договора между врачом, руководящим испытанием или экспериментом, и пациентом (или испытуемым). В случае недееспособности испытуемого добровольное информированное согласие должно быть получено от опекуна в соответствии с законом;
2. Пациент (испытуемый) имеет право отказаться от участия в исследовании на любой его стадии, сохраняя при этом все права на качественное медицинское обслуживание, предусмотренное законом и договором на обслуживание, заключенным ранее между ним и учреждением.;
3. Испытания и эксперименты на человеке оправданы лишь в том случае, если планируемое значимое приращение знания не может быть получено другими путями: за счет тщательного и достаточного по объему изучения научной медицинской литературы, проведения экспериментов на животных или искусственных модельных системах, моделирования с помощью компьютеров и т. д.;
4. Исследования на человеке допустимы лишь в тех случаях, когда планируемый научный результат надежно обосновывается как вероятный с точки зрения достигнутого уровня развития медицинской науки. Недопустимо проведение рассчитанных на счастливую случайность экспериментов методом "тыка";
5. Морально оправданы могут быть лишь такие исследования на человеке, которые по своей идеологии, методологии и методике соответствуют стандартам современной медицинской науки. Исследования на человеке, основывающиеся на устаревших теориях, использующих устаревшую методологию и методики, которые априорно снижают научную значимость полученного знания, следует считать аморальными;
6. Степень риска для жизни, телесного и социального благополучия испытуемого не должна превышать научную значимость планируемых результатов. Интересы человека, выступающего в роли "объекта" исследования, следует признавать выше интересов человечества в получении объективного знания;
7. Испытания и эксперименты должны быть спланированы так, чтобы минимизировать риск неблагоприятных последствий. В "материалы и методы" исследования обязательно должны быть включены достаточные для оперативного купирования возможных негативных последствий и осложнений средства. Для этого же требуется обязательное участие в исследовании соответствующих специалистов;
8. Клинические испытания и медико-биологические эксперименты на человеке могут проводиться лишь возглавляемой врачом бригадой специалистов, соответствующей характеру исследования квалификации;
9. Заявки на проведение клинических испытаний и медико-биологических экспериментов, включающие заверенные личной подписью заявления о том, что все исследователи информированы и обязуются выполнять данные правила, а также проекты "Формуляра информированного согласия" на участие в исследовании для всех категорий испытуемых должны проходить обязательное утверждение на независимом от исследователей "Этическом комитете".

**14. Истоки формирования научной медицины**

Период развития научной медицины укладывается всего в несколько столетий. Это понятие еще более узкое, хотя интернациональность, динамичность и обоснованность научных методов открывают перед человечеством широкие перспективы. В настоящее время понятие "медицина" объединяет в себе науку и практическую деятельность по предупреждению и лечению болезней. Однако на заре человеческой истории медики занимались только лечением, не имея понятия о профилактике

К началу Нового времени, в средневековой медицине выделилось на два направления: медико-биологическое и клиническое. Первое, связанное с развитием естествознания, представляли такие науки, как гистология, патологическая анатомия, физиология, микробиология.

Клиническая медицина, в частности терапия, хирургия, педиатрия, психиатрия, акушерство и гинекология с большим трудом принимали достижения биологии. Вследствие некоторой консервативности существовал значительный разрыв между передовым мышлением естествоиспытателей, творивших на основе опытного способа исследования, и сознанием терапевтов, предпочитавших традиционные методики. Представляется удивительным факт, что почти до XIX столетия лечащие врачи не использовали специальных инструментов для обследования больного.

Развитие медико-биологического направления определялось фундаментальными открытиями в науке и технике, среди которых наиболее важными считаются:

– теория клеточного строения растений и животных (М. Я. Шлейден и Т. Шванн, 1838 – 1839 годы);

– закон сохранения энергии и определение механического эквивалента теплоты (Ю. Р. Майер, 1841 год; Дж. П. Джоуль, 1843 год; Г. Л. Ф. фон Гельмгольц, 1847 год);

– эволюционное учение Чарлза Дарвина, пояснившего основные природные процессы в работе "Происхождение видов путем естественного отбора, или Сохранение избранных пород в борьбе за жизнь" (1859 год).

Огромное значение в формировании научной медицины сыграла деятельность сторонников французской школы механического материализма. Оригинальный мировоззренческий принцип, выдвинутый в XVII – XVIII веках, объяснял развитие природы и общества законами механической формы движения материи. Источником механицизма послужили законы механики. В широком смысле эта теория сводилась к умозрительному движению от сложной, качественно своеобразной формы к более простой, например от социальной – к биологической. В сфере медицины механицизм представляли врачи-материалисты Анри Леруа (1598 – 1679 годы), Жюльен Ламетри (1709 – 1751 годы), Пьер Кабанис (1757 – 1808 годы). Всеобъемлющие обобщения естествоиспытателей, подготовленные трудами предшественников и основанные на опыте современников, определили будущее истинно научной медицины Нового времени.

**15. Статус медицины в науке**

Медицина в системе наук представляет собой некое проблемное поле естествознания, обществоведения и гуманитарных наук, прежде всего философии. Последняя способствует совершенствованию понятийного аппарата всего практического здравоохранения. Более того, она развивает научно-мировоззренческие взгляды врача и эвристический (творческий) потенциал в целостной системе материальной и духовной культуры медиков. И вообще, как показывает практика, без философии имидж самой медицины как важнейшей сферы общечеловеческой культуры заметно тускнеет. Медицина совместно с философией постигает сложный мир жизни человека, управляет его здоровьем. При этом она и сама становится объектом специального философского познания. Общие контуры медицины в критериях античной философии обозначил еще великий Гиппократ. Оформление медицины в самостоятельную естественнонаучную и гуманитарную сферу воздействия на человека относится к Новому времени, когда она стала органично связываться с философскими концепциями жизни философии Ф.Бэкона, И.Канта и других мыслителей.

Сегодня можно говорить о том, что медицина – это не только искусство практического врачевания, но и интеграционная наука, да и к тому же, не столь эмпирическая, сколько теоретическая. Стремление теоретически обобщить и философски интегрировать эмпирические знания, то есть критически осмыслить богатый арсенал опытных данных, в медицине наблюдается с давних времен.

Медицина принципиально отличается как от известных общественных наук, так и от общественно-научных и гуманитарных дисциплин. Она представляет собой уникальное единство познавательных и ценностных форм умственного отражения и практического преобразования человеческой жизни. Последнее сближает медицину с философией.

**16. Основные законы логики и мышление врача**

Работа врача начинается с диагностики. Наблюдение, оценка выявляемых симптомов и умозаключение – таковы обязательные ступени на пути к распознаванию болезней и постановке диагноза [3, 6]. В соответствии с этим содержание диагностики можно разделить на несколько разделов [25]. Первый включает методы наблюдения и обследования больного – врачебная диагностическая техника. Второй посвящен изучению симптомов, обнаруживаемых исследованием, – семиология, или семиотика. В третьем выясняются особенности мышления врача при построении диагностических заключений – методика диагноза. Первые два раздела подробно разработаны и составляют основное содержание руководств по диагностике. Третьему разделу диагностического процесса – логике врачебного мышления — уделяется значительно меньше внимания.

Соблюдение законов и правил формальной логики имеет решающее значение для достоверности мыслительного процесса [10]. Диагностический процесс – это прежде всего процесс врачебного мышления, наивысшей рационализации которого можно добиться, только опираясь на законы логики. Логические законы должны применяться на всех стадиях и при всех формах мыслительных операций врача, определяя качество диагностического процесса. Без знания логических законов невозможно установить истинность врачебного мышления. "Правильное построение и формулировка диагноза представляют собой сложный процесс оперирования умозаключениями, суждениями и понятиями. И каждая из этих форм мышления требует неукоснительного соблюдения законов логики. Успешность, правильность и достоверность врачебных заключений появляются тогда, когда заключения доказаны, когда они глубоко продуманы, проанализированы и осознаны. Анализ же мыслительного процесса невозможен без учета законов логики" [31].

В то же время необходимо сознавать, что законы формальной логики – это не законы объективной действительности, которые изучает диалектическая логика, а законы мышления, форма познания, функция разума [32]. "Логическое основание (основание познания) не следует смешивать с реальным (причиной). Причина касается действительных вещей, логическое основание – только представлений" [38]. Формальная логика не занимается индуктивными рассуждениями, она исследует дедуктивный вывод. Ее предмет – дедуктивное доказательство с точки зрения его достоверности.

Индуктивное рассуждение основывается на наблюдении и эксперименте, опираясь на сбор и последующее обобщение фактов. Дедукция же представляет собой выведение заключений, которые с достоверностью следуют из аксиом или утверждений о фактах уже известных. Говоря о доказательстве, в логике имеют в виду дедуктивное доказательство: вывод является достоверным, если невозможно, чтобы его посылки были истинными, а заключение ложным [32]. Правила формальной логики нигде и ни при каких обстоятельствах не могут оказаться несостоятельными, если их правильно применять.

Методология диагноза – это, по сути, методика обследования больного по определенному алгоритму, включающему систему операций, применяемых по определенным правилам, которая должна приводить к правильному клиническому диагнозу:

Расспрос.

Непосредственное (клиническое) обследование больного.

Предварительный диагноз.

Дополнительные методы обследования.

Клинический диагноз.

Данная схема диагностического процесса является дедуктивной

**От симптома к синдрому, от синдрома к диагнозу.** Выявление симптомов еще не определяет болезнь. Необходимо установить связь и единство всех обнаруженных явлений как следствие сущности патологического процесса. Отдельный симптом имеет смысл только в связи с общим состоянием организма. Вторым этапом диагностического процесса является объединение симптомов в синдромы. Синдром — группа симптомов, связанных единым патогенезом. При отсутствии патогенетической связи любая группа симптомов носит название "симптомокомплекс". Синдром должен являться промежуточной ступенью диагноза. В период выявления синдромов происходит переход от простой констатации симптомов к установлению более глубоких связей и причинных зависимостей между ними. Уточнение этиологии, как третий этап диагностики, способствует восхождению к высшей ступени диагностического процесса – установлению нозологической формы болезни.