П.В. Лопатин, О.В. Карташова

БИОЭТИКА

Под редакцией
проф. П.В. Лопатина

4-е издание,
переработанное и дополненное

Учебник для вузов

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2009

УДК 614.253(075.8)
ББК 51.1(2)я73
Л77

Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебника для студентов, обучающихся по специальности 060108 – «Фармация»

Рецензенты:
зав. кафедрой философии и политологии ММА им. И.М. Сеченова, проф., д-р философ. наук *Ю.М. Хрусталев;*
зав. кафедрой управления и экономики фармации РУДН, проф., д-р фарм. наук *Е.Е. Лоскутова.*

Авторский коллектив:
д-р фарм. наук, проф. каф. организации и экономики фармации ММА им. И.М. Сеченова, акад. и первый вице-президент отделения «Лекарственные средства и фармацевтическая деятельность» Международной академии информатизации *П.В. Лопатин;*
канд. фарм. наук, доц. каф. организации и экономики фармации ММА им. И.М. Сеченова *О.В. Карташова.*

Лопатин П.В., Карташова О.В.
Л77 Биоэтика : учебник / под ред. П.В. Лопатина. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 272 с.
ISBN 978-5-9704-0829-2

В учебнике изложена концепция биоэтики как морально-нравственной основы защиты человека и здоровья населения в целом, качества жизни, физической и психической неприкосновенности личности, защиты человеческого достоинства; прав и свобод в сфере здравоохранения, а также морально-нравственных основ деятельности фармацевтического и медицинского персонала, обеспечивающих достойное выполнение миссии работников здравоохранения.

Учебник предназначен для студентов фармацевтических вузов и факультетов, аспирантов и практических работников в области обращения лекарств.

УДК 614.253(075.8)
ББК 51.1(2)я73

Права на данное издание принадлежат издательской группе «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения издательской группы.

© Лопатин П.В., Карташова О.В., 2008
© Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2009

ISBN 978-5-9704-0829-2

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 7

ГЛАВА 1. Становление, развитие и дифференциация биоэтики. Факторы, формирующие биоэтику, биофармацевтическую и биомедицинскую этику 10

ГЛАВА 2. Характеристика современного лекарственного рынка с позиций биоэтики и защиты прав потребителей фармацевтической помощи 45

ГЛАВА 3. Основные биоэтические и этические проблемы создания и воспроизводства лекарств 55

ГЛАВА 4. Нормативно-правовое регулирование и этические проблемы в системе доклинических и клинических испытаний лекарств 74

ГЛАВА 5. Этические аспекты производства лекарственных средств 95

ГЛАВА 6. Фальсификация лекарственных средств как результат игнорирования этических норм производителями и распространителями фальсификата 102

ГЛАВА 7. Этические аспекты продвижения лекарственных средств от производителя до потребителя 109

ГЛАВА 8. Этические аспекты дистрибуции лекарственных средств 119

ГЛАВА 9. Роль фармацевтического работника в системе здравоохранения 126

ГЛАВА 10. Философия фармацевтической деятельности XXI века 136

ГЛАВА 11. Этический кодекс как морально-нравственная основа деятельности провизора 142

ГЛАВА 12. Этические нормы во взаимоотношении фармацевтического работника с врачами, коллегами и потребителями 150
ГЛАВА 13. Защита прав потребителей фармацевтической помощи 156

14. ПРИЛОЖЕНИЯ 168
14.1. Примерная программа по дисциплине «Биоэтика» для специальности «Фармация» 168
14.2. Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине 184
14.3. Проект Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека 197
14.4. Хельсинкская декларация: этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов 212
14.5. Международные рекомендации (этический кодекс) по проведению медико-биологических исследований с использованием животных 220
14.6. Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок 222
14.7. Московская декларация Международной конференции «Европа против фальшивых лекарств» 235
14.8. Заявление о генерической замене лекарственных препаратов 238
14.9. Резолюция по поводу терапевтической замены лекарств 241
14.10. Копенгагенская декларация 243
14.11. Этический кодекс фармацевтического работника России 245
14.12. Меморандум второй международной конференции «Фармацевтическая биоэтика» 252
14.13. Меморандум третьей международной конференции «Фармацевтическая биоэтика» 255
14.14. Рекомендуемые материалы для углубленного изучения курса биоэтики, выполнения курсовых работ и проведения элективов 261

Список сокращений

FIP	— Международная фармацевтическая федерация.
GDP	– добротная (надлежащая) дистрибьюторская практика.
GLP	— добротная (надлежащая) доклиническая (лабораторная) практика.
GCP	— добротная (надлежащая) клиническая практика.
GMP	– добротная (надлежащая) производственная практика.
GPP	— добротная (надлежащая) аптечная практика.
IOCU	— Международная организация союзов потребителей.
BMA	– Всемирная Медицинская ассамблея.
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения.
ДАП	— добротная (надлежащая) аптечная практика.
ЖНиВЛС	– жизненно-необходимые и важнейшие лекарственные средства.
ЗППЛ	— защита прав потребителей лекарств.
КИ	— клиническое исследование.
ЛП	– лекарственный препарат.
ЛС	— лекарственное средство.
МНН	— Международное непатентованное название.
МФФ	– Международная Фармацевтическая Федерация.
НИР	— научно-исследовательская работа.
НПР	— нежелательные побочные реакции.

ООН	– организация объединенных наций.
ПДЛ	— побочное действие лекарств.
СЕ	— Совет Европы.
ФОССТИС	— система формирования спроса и стимулирования сбыта.
ФС	— фармакопейная статья.
ЭК	— этический комитет.
ЭКПЛС	— этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок.
ЮНЕСКО	— Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры.

Введение

В 2002 г. был принят новый стандарт подготовки провизора, и впервые курс биоэтики был введен в учебный план. В том же году П.В. Лопатиным и О.В. Карташовой была разработана примерная программа по биоэтике для специальности 040500 – «Фармация» и в ее развитие – рабочие программы для обучения студентов на дневном, вечернем и заочном отделениях фармацевтических вузов и фармацевтических факультетов медицинских вузов.

Предусмотрено, что курс включает всего 54 ч, а количество часов лекций и практических занятий варьирует в зависимости от факультета. Введение в новый стандарт и учебный план биоэтики было обусловлено обострением глобального многоаспектного морально-нравственного кризиса современной цивилизации, который привел к ряду негативных тенденций в сфере обращения лекарств, парафармацевтических товаров и биологически активных добавок (БАД).

Наиболее тревожными являются недостаточная и недостоверная характеристика эффективности, безопасности и экономической целесообразности продвигаемых на фармацевтические рынки аптечных товаров и в первую очередь лекарственных средств (ЛС), появление фальсифицированной и контрафактной продукции.

В связи с этой ситуацией были проведены исследования, обусловившие появление новых медико-фармацевтических наук и направлений, в том числе доказательной фармакотерапии, фармакобдительности, фармакоэкономики, лекаристики, менеджмента качества.

Проблема потребовала проведения необходимых исследований для ориентации научных и практических работников.

Возникли новые медико-фармацевтические науки:

- в ответ на терапевтическую неадекватность ЛС, выпускаемых различными производителями – биофармация;
- продвижение на рынок товаров и услуг с объективно недоказанной эффективностью и безопасностью привело к появлению доказательной фармакотерапии;

- сокрытие информации о побочном действии лекарств, недостаточное отслеживание нежелательных побочных эффектов их применения в период после их регистрации и выведения на рынок обусловило возникновение научного направления – фармацевтическая бдительность (фармаконадзор);
- необоснованный рост стоимости лекарств, увеличение разрыва между ресурсами лечебных учреждений и затратами на приобретение лекарств потребовали разработки методов экономической оценки целесообразности их использования для достижения конкретных терапевтических результатов (становление фармакоэкономики);
- недостаточный учет эпидемиологии инфекционных и неинфекционных заболеваний, что затрудняет полное удовлетворение потребностей потребителей, привело к становлению фармакоэпидемиологии;
- приоритет прибыли над запросами человека и общества, использование технологий формирования спроса и стимулирования сбыта путем манипулирования восприятием, психикой и потребительским поведением потребителей, который свойственен концепции классического маркетинга, обусловили необходимость смены философии фармацевтической деятельности и научной разработки проблем фармацевтической биоэтики.

Фармацевтическую биоэтику следует рассматривать как область биоэтики, изучающую моральные, правовые, социальные, экологические, биологические и юридические проблемы, возникающие при создании, клинических испытаниях, регистрации, производстве, доведении до потребителя и использовании лекарственных препаратов, других фармацевтических и парафармацевтических товаров и БАД, а также фармацевтических научно-консультативных услуг с целью защиты здоровья населения и отдельных людей, качества их жизни, физической и психической неприкосновенности личности, защиты человеческого достоинства.

Фармацевтическая биоэтика является ядром формирования морально-нравственной позиции студентов при изучении профильных дисциплин и дальнейшей профессиональной деятельности в сфере обращения аптечных товаров, в первую очередь лекарств.

Знание и осознанное принятие студентами профессиональных морально-нравственных норм и правил позволит им целенаправленно изучать профильные дисциплины и сохранять достоинство профессионала, знания и умения которого должны обеспечивать исполь-

зование современных достижений биологии, медицины, фармации и всего здравоохранения только для блага общества и человека, его физического и психического здоровья, но никак не во вред им.

Поэтому целью преподавания дисциплины на фармацевтическом факультете является формирование у студентов знаний в области фармацевтической биоэтики и лишь ознакомление с другими разделами биоэтики; воспитание глубокой убежденности в необходимости неукоснительного соблюдения этических норм, правил и принципов в своей практической деятельности.

Задачи дисциплины состоят в следующем.

1. Формирование:
   - биоэтической концепции провизора в системе «фармацевтический работник и общество»;
   - биоэтических отношений фармацевтического работника и пациента;
   - основ взаимодействия фармацевтических и медицинских работников в области лекарственной терапии и профилактики заболеваний;
   - деонтологических и этических основ отношений с коллегами.
2. Обеспечение знаний студентами основных международных и национальных документов, связанных с фармацевтической биоэтикой.
3. Ознакомление студентов с проблемой формирования прав потребителей фармацевтической помощи и их защиты.

В результате изучения курса студенты должны уметь применять морально-нравственные нормы, правила и принципы при изучении профильных дисциплин, при прохождении практики и в будущей практической деятельности.

Опыт преподавания дисциплины выявил высокий интерес студентов к изучаемым материалам, как правило, высокое качество представляемых рефератов и курсовых работ.

Накопленный опыт позволяет считать, что биоэтику следует изучать на первых курсах с тем, чтобы при дальнейшей подготовке на профильных кафедрах, опираясь на сложившиеся у студентов общие представления о фармацевтической биоэтике, углублять морально-нравственную позицию профессиональной фармацевтической деятельности будущих провизоров.

Учитывая, что данный учебник является первым в России, авторы с благодарностью примут любые предложения и критические пожелания, направленные на его улучшение.

Глава 1.
Становление, развитие и дифференциация биоэтики. Факторы, формирующие биоэтику, биофармацевтическую и биомедицинскую этику

Истоки биоэтики уходят в глубину истории человечества. Вместе с тем становление биоэтики как концепции морально-нравственных основ защиты человека и здоровья населения в целом, качества его жизни, физической и психической неприкосновенности личности, защиты человеческого достоинства особенно интенсивно происходило только в XX в.

Колыбелью профессиональной фармацевтической этики была медицинская этика, основы которой возникли еще в давние времена. Так, уже в VI–V в. до н.э. в древнеиндийском народном эпосе «Аюр-Веды» («Знание жизни») сформулированы этические требования, предъявляемые к врачам: врач должен обладать высокими моральными и физическими качествами, быть сострадательным, доброжелательным, никогда не терять самообладания, иметь много терпения и спокойствия. Автором одной из этих книг был крупный хирург того времени Сушрута. Сушрута указывал, что лекарство в руках знающего человека подобно напитку бессмертия и жизни, в руках невежды – огню и мечу. Известный врач древней Греции, знаменитый Гиппократ (460–377 гг. до н.э.) в своем трактате «О враче» сформулировал основные принципы взаимоотношений врача и больного и описал высокий моральный облик врача: «Ему прилично держать себя чисто, ... быть благоразумным, справедливым при всех обстоятельствах». Гиппократ требовал от врача «презрения к деньгам, совестливости, скромности, простоты в одежде, решительности, опрятности, ... знания всего того, что полезно для жизни, и иметь отвращение к пороку».

Моральная основа медицинской профессии с давних времен находила отражение в государственных устоях России. Свидетельствами данного положения являются «Изборник великого князя Святослава Ярославовича» и «Свод юридических норм Киевской Руси».

Фармацевтическая этика в виде отдельных писаных и неписаных правил, норм, принципов и ценностей, определяющих профессиональное поведение фармацевтического работника, стала форми-

роваться с тех самых пор, как в средние века в ходе естественного процесса развития медицинской науки и практики было положено начало разделению профессий врача и аптекаря.

Первым документом, запрещающим совмещение профессий аптекаря и врача и допускающим существование самостоятельной профессии аптекаря, стал так называемый «Арльский статут», изданный в 1170 г. Однако повсеместное признание этого наступило только почти через столетие как результат появления и признания другого документа, называемого «Священными Конституциями» Королевства Обеих Сицилий. Эти «Конституции» появились около 1140 г., но были дополнены и принципиально изменены в 1231–1244 гг. Применительно к регулированию деятельности аптекарей и врачей эти дополнения стали известны как «Статут Фридриха II». «Статут Фридриха II» был первым в Европе аптекарским уставом, ставившим аптеку под защиту закона. Он уточнял сферу деятельности аптекарей и их обязанности, затрагивая также и этическую сторону. С этого момента можно говорить о возникновении профессиональной фармации и первых профессиональных этических нормах. Вот некоторые выдержки из этого документа, затрагивающие этическую сторону деятельности первых аптекарей.

1. Врач не может иметь собственной аптеки, он не может входить в сговор с аптекарями. Врач должен дополнительно присягать, а в случае, если ему станет известно о приготовлении каким-либо аптекарем плохих лекарств, то он обязан донести об этом императорскому двору.

2. Аптекари, желающие приготовлять лекарства, обязаны дать присягу, что будут добросовестно приготовлять их «по требованиям искусства и в соответственном к выгоде людей качестве».

Статут был очень четко написан и стал образцом для дальнейших документов подобного рода.

Следующим важным шагом в становлении фармацевтических этических норм стало написание в Базеле в XIII в. при правлении бургомистра Тюринга дер Маршалка клятвы аптекарей. Вступая в должность, аптекари принимали клятву «от имени бургомистра и по повелению Церковного Совета», в которой обязывались соблюдать основополагающие этические нормы: « ...никогда аптекарь не изготовит в своей аптеке снадобья против здоровья человека. А невостребованные лекарства не хранит и не передает никому, а уничтожает. Если аптекарь не знает, какое лекарство и как приготовить для

больного, он должен передать больного другому аптекарю, который знает. Врач и аптекарь должны быть как одно целое и не действовать один против другого. К работе в аптеке допускается только давший клятву, не мыслящий приготовить для кого-либо яд».

В России первые ростки фармацевтической этики связаны с открытием в конце XVI в. первых аптек, когда в Москву стали прибывать первые профессиональные аптекари.

Становление и особенности развития биоэтики в России определяются традициями, национальными особенностями и историей российского народа, а также созданными ими социальными институтами, к которым относится и здравоохранение.

Без уникального генофонда и экологической ниши, как считает ряд ученых, не может быть нации. Сохранение ее человеческого потенциала связано с сохранением этих компонентов и соответствующих культурно-исторических способов выживания.

Поэтому целесообразно кратко рассмотреть особенности этногенеза России.

Русские относятся к большой европеоидной расе, причем в этносе присутствуют черты и атланто-балтийской расы, а также восточноевропейского типа средневековой расы и восточно-балтийского типа беломор-балтийской расы, а на юге — монголоидного и средиземноморского элементов. Возникнув благодаря этнической дифференциации славянских племен и сопровождающей ее этнической ассимиляции сначала финно-угорских, затем монгольских и других элементов, русский этнос к IX в. представлял собой народность с общевосточнославянским самосознанием (Киевская Русь). С IX по начало XII в. шел процесс выделения украинского и белорусского этносов, не отождествляющих себя с родным этносом. В XIII—XV вв. в условиях освободительной борьбы против ордынского ига проходила этническая и этноконфессиональная консолидация княжеств Северо-Восточной Руси, образовавших в XIV—XV вв. Московскую Русь. С этого же времени началась межэтническая интеграция украинского, белорусского и русского народов. Восточные славяне продолжали развиваться в условиях интенсивных межэтнических контактов, но уже как три самостоятельных народа. С XVII в. начинаются заселение «дикого поля», миграция в Сибирь, на Северный Кавказ, на Алтай, в Среднюю Азию. В результате этого образовывались новые субэтносы. Как отмечает В.О. Ключевский, «колонизация русскими пространств становится отличительной чертой России в

XVI–XVII вв.». В результате постепенно сформировалась обширная этническая территория России, окруженная зоной постоянных этнических контактов с народами, весьма различными по происхождению, культурным традициям и языку. Русские группы в процессе миграции оказывались в разнообразных естественно-исторических условиях, к которым они вынуждены были адаптироваться. Обилие межэтнических контактов привело к тому, что русские отличаются большим диапазоном диалектов, культурных форм и активностью межэтнических связей, «наложенных» на общеславянскую основу. Длительное существование общины также придало специфические черты данному этносу (Петрова И.А., 2000).

Одной из особенностей традиции русского социального устройства была община, возникшая на основе совместного землепользования и коллективной трудовой взаимопомощи. Община регулировала различные формы общественного сознания, общественного поведения и общественного бытия.

Впоследствии, после земской реформы 1864 г., уникальные традиции общины обусловили рождение, становление и расцвет земской медицины.

Россияне всегда отличались стремлением к свободе, воле, высокой ответственностью, достоинством. Они никогда не были работорговцами, в России отсутствовало стремление к созданию рабовладельческой формации: захваченных пленников, как правило, сразу отпускали на свободу.

Характерными чертами россиян были высокая ответственность и чувство долга. В этом отношении характерна ситуация, описанная Н.В. Гоголем в повести «Тарас Бульба», когда Тарас Бульба со словами «Я тебя породил, я тебя и убью» казнил своего сына, который воспылал чувствами к некой панночке и из-за нее перешел в войско противника. Вместе с тем, как образно писал дипломат и поэт Ф.И. Тютчев, «умом Россию не понять, аршином общим не измерить».

В истории России были и взлеты, и падения, и культурно-экономический расцвет, и вместе с тем глубокие экономические, политические, культурные и морально-нравственные кризисы. Они могут быть объяснены с позиций институционального подхода.

Институциализм – одно из направлений экономической теории, объясняющее процессы развития человеческого общества в целом. Свое название институциализм получил от слова «институт» в значении общности людей с соответствующим набором «правил игры».

Институциалисты выделяют рукотворные и нерукотворные институты. В числе нерукотворных институтов важнейшим является этнос.

Этнос – естественно сложившийся на основе оригинального стереотипа поведения коллектив людей, существующий как энергетическая система, противопоставляющая себя другим таким же коллективам исходя из ощущения комплементарности, определяющего деление людей на «своих и чужих». Этнос в своем развитии, которое занимает сотни лет, проходит несколько фаз: фаза подъема, акматическая фаза, надлом, инерционная фаза, обскурация, регенерация, реликт.

Каждая фаза характеризуется уровнем пассионарного напряжения системы.

Пассионарное напряжение – это количество имеющейся в этнической системе пассионарности, деленное на количество персон, составляющих эту систему. Пассионарность является характеристикой поведения и представляет собой избыток энергии живого существа, часто порождающий жертвенность ради иллюзорной цели.

Момент рождения этноса краток. Появившийся на свет коллектив, чтобы не быть уничтоженным соседями, должен немедленно организоваться в систему с определенным разделением функций между ее членами. В целях поддержания целостности системы устанавливаются социальные институты, характер которых обусловливается особенностями места и времени (стадии развития человечества).

Социальные институты иногда переживают создавший их этнос. Так, римское право прижилось в Западной Европе, хотя античный мир и Византия ушли в историю.

В период зарождения этноса характерен жесткий деспотизм традиций, например, превалирует право по рождению и по старшинству. Основной принцип – долг перед коллективом.

В фазе подъема происходит ломка стереотипов, характерна склонность к агрессии, лица, несоответствующие своему поведению, изгоняются, заменяются и т.д. Характерно игнорирование прав и установление обязанностей, за которые выплачивается вознаграждение.

В акматической фазе развития этноса характерны стремление быть самим собой, право силы, усиление индивидуализма, столкновение индивидуумов, соперничество, убийства и распри и даже междоусобные войны.

Фазе надлома соответствует пассионарный спад, с чувством «мы устали от великих, будь таким, как я». Для этой фазы характерны

подражательство «цивилизованной» жизни или стремление к возврату «к старине».

Инерционная фаза характеризуется накоплением материальной культуры, трудолюбием, рассевом обывателя, упрочением законности и порядка, поддерживаемых обычаями, а не силой. Это «золотая осень».

Дальше следуют фаза обскурации, упадок и т.д.

Длительность всего цикла составляет до 1200 лет.

Формальные нормы и правила в ныне развитых странах Запада закрепляли уже действующие неформальные институты. В России, особенно в периоды радикальных политических и экономических реформ, неформальные институты, и прежде всего национальный российский менталитет, учитывались недостаточно. Так было во времена ориентации России на Запад (вестернизации), начиная с Петра I и кончая переходом Советского Союза к рыночной экономике.

Несоответствие российского менталитета западному, модернизация постсоветской экономики без учета социокультурных особенностей россиян привели к серьезным экономическим, политическим и морально-нравственным негативным последствиям. Осуществленные в 1990-х годах социальные преобразования в условиях трансформационного спада привели скорее к более сильному сужению экономических свобод, чем к расширению свобод социальных и политических. Большинство населения разочаровалось в новых «правилах игры», т.е. в новых институтах, и постаралось отгородиться от них. Незаконное расходование бюджетных средств, продажа на невыгодных условиях государственной собственности, заключение заведомо невыгодных для страны международных договоров и т.п. стали чуть ли не нормой. Все это создало предпосылки для криминализации общества и нарушения новых формальных правил; стало, по сути, новым неформальным правилом.

Государство в этот период, как главный генератор институционной среды, не справилось со своими функциями, и, отказавшись в 1990-х годах от управления госпредприятиями, создало условия для присвоения государственной собственности руководящими составами госпредприятий, т.е. «номенклатурной приватизации» и т.д.

Особенно остро простым населением воспринимались и воспринимаются просчеты в организации контроля заработной платы. Отказ от госрегулирования в сфере зарплаты не был компенсирован другими институтами. В результате этого средняя зарплата россиян

оказалась в десятки раз ниже, чем в других странах. Так, в США она составляет 3,00 тыс. долл., в Японии – 2,70 тыс. долл., в Канаде – 2,65 тыс. долл., в Германии – 2,05 тыс. долл., во Франции – 2,35 тыс. долл., в Великобритании – 2,25 тыс. долл., в Италии – 2,15 тыс. долл.

По признанным ООН международным критериям доход человека менее 2 долл. в сутки считается нищетой, менее 4 долл. – бедностью. В 2003 г. нищенский доход (менее 2 тыс. руб.) имели около 18% россиян, от 2 до 5 тыс. руб. – 45%, т.е. за чертой бедности находилось 2/3 граждан России (Ю.М. Лужков. Развитие капитализма в России. С. 28).

Минимальная заработная плата в России ниже прожиточного минимума. Возросли размеры и значимость скрытой оплаты труда. Все это ведет к деградации трудового потенциала страны.

Российское государство все еще не обеспечило стабильное и эффективное денежное обращение. Если в США денежная масса составляет 150% от ВНП, в Японии – 110%, в ведущих европейских странах и в СССР – 85%, то в России – 15%. Это привело к появлению суррогатов денег в виде бартера, векселей, взаимозачетов и т.д.

Распад Советского Союза, отказ правящих кругов от коммунистической идеологии привели к поиску новой национальной идеи. Однако российские власти не способствовали формированию общественной идеологии, борьбе с проникновением в общественную среду мотивов иждивенчества и уклонением от интенсивного труда. Типичной стала замена лозунга «Труд является делом чести, гордости и геройства» на сентенцию «Где бы ни работать, лишь бы не работать». При этом многими деятелями культуры, прессы, радио и телевидения стала насаждаться идеология обогащения любой ценой, вещизма и «красивой жизни».

В результате неформальные «правила игры» (институты) общества еще более отклонились от тех, которые соответствуют эффективной рыночной экономике.

В экономическом отношении Россия оказалась отброшенной на 60 лет, в то время как другие государства уверенно шли вперед. Вот чем обернулись игнорирование и подрыв морально-нравственных устоев россиян.

Оказалось, что в этой ситуации носителем присущих русскому народу национальных черт являлась и является русская православная церковь.

Исторически в развитии российской медицины и здравоохранения «первопроходцами» стали служители церкви. С принятием

в России в X в. христианства появляется монастырская медицина. Лечением как ремеслом занимались монахи-лечцы. Монастырская медицина была основана на применении культовых средств (молитвы, психотерапия, поклоны) в сочетании с народной медициной (травы, мази, парная баня и т.п.). Кроме того, монахи знали греческий язык и латынь — официальный язык всех ученых Европы в средние века, поэтому им была доступна вся имевшаяся тогда медицинская литература. Монастырская медицина пользовалась лучшими творениями античной науки.

Целиком на монастырях лежала в XI—XIII вв. и социальная функция призрения нетрудоспособных как дело «благотворения и христианский любви». Устав и великие князья предписывали монастырям заниматься богоугодными делами, в том числе предоставлять больным лечение (бесплатное), нетрудоспособным — приют. На богоугодные дела монастыри отдавали одну десятую часть своих доходов. Это было время, когда формировалась одна из первых форм институализации медицины в России. Медицинские мероприятия, проводящиеся православной церковью, основывались на нравственных постулатах. Краеугольным камнем всей медицины считалась любовь к ближнему. Это одновременно и нравственный, и организационный принцип. В монастырской медицине связь нравственности и врачевания осуществлялась через религию.

Некоторые монастырские больницы были очагами и медицинского просвещения: в них обучались медицине, собирались греческие и византийские рукописи. Это подтверждает, в частности, обретение в XV веке в Кириллко-Белозерском монастыре списка рукописи «Галиново на Иппократа» (комментарии Галена на работы Гиппократа; по В.Ф. Семенченко. С. 546).

Во время эпидемий и военных действий они развертывали временные больницы и госпитали. Постоянно действующих больниц было мало, до настоящего времени они почти не сохранились. Хотя история московских больниц, как правило, связана с монастырскими больничными палатами.

Связь нравственности и врачевания становится особенно актуальной при развитии медицины начиная с эпохи Петра I.

Однако в связи с насаждением в русский быт иностранных обычаев, введением монополизации медицинской и фармацевтической деятельности Петром I, в XVIII в. началась непримиримая борьба русских врачей с иноземцами-бюрократами, хозяйничавшими в

Медицинской коллегии и других правительственных учреждениях. Борьба велась за права русских ученых и рядовых врачей, за преодоление монополии иноземцев в органах управления и учебных заведениях, за допущение уроженцев России к преподавательской деятельности, за преподавание на русском языке, узаконивание возможности получения ученой степени в России без обязательной поездки для этого за границу.

XVIII в. был отмечен успехами русской медицинской науки и борьбой женщин за право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью.

В этот период сложились характерные черты русской общественной медицины. Из различных отраслей общественной медицины наибольшее развитие получила земская медицина, возникновение которой непосредственно связано с введением в 1860-х гг. так называемого земского самоуправления. Становление и развитие земской медицины было обусловлено традиционным для русских общинным образом жизни.

Самая передовая в условиях того времени отечественная медицинская наука и ее успехи в отдельных областях не могли на практике привести к оздоровлению условий жизни населения и повысить санитарный уровень в стране. Частным выражением этих общих условий являлись ничтожное количество врачей, наличие их исключительно в крупных городах и местах сосредоточения войск, полное лишение медицинской помощи сельских жителей, т.е. огромной части населения страны.

Земская реформа (1864 г.) затронула организацию медицинской помощи сельскому населению, до того практически полностью лишенному ее. Земская медицина должна была сосуществовать и сотрудничать с фабрично-заводской медициной («Положение комитета министров» от 26 августа 1866 г. обязывало владельцев промышленных предприятий за свой счет организовать и содержать больницы из расчета 10 коек на 1000 работающих). Это не могло не сказаться на организации городской медицины (передача управления медицинскими и другими учреждениями из приказа общественного призрения органам городского самоуправления — думам; «думские врачи» вели амбулаторный прием и посещали больных на дому бесплатно).

Земская медицина представляет собой оригинальное, самобытное явление, огромный шаг вперед в рационализации охраны здоровья населения. «Западная Европа выработала медицинскую помощь

в болезнях преимущественно в виде личного дела больного и служащего ему врача, на правах ремесла или торговли. Русская земская медицина явилась чисто общественным делом», — писал профессор М.Я. Капустин. Далее он замечает: «Как высший, так и узкий интерес земского врача заключается в сокращении числа больных и продолжительности болезней. Задачи лечащей медицины и гигиены здесь идут рука об руку в неразрывной связи».

Неутомимый пропагандист приоритета отечественной медицины за рубежом в отношении организации медицинской помощи на селе, выдающийся ученый и общественный деятель Ф.Ф. Эрисман в 1897 г. писал: «Те человеколюбивые начала, которые лежат в основе земского обслуживания больного, были бы односторонни и лишь отчасти достигали бы поставленной цели, если бы они по мере возможности не охватывали также и медицины предупредительной. Действительно, в деятельности земского врача добрый кусок относится к общественному здравоохранению, и земства, придав бесплатной помощи больному сельскому населению тот именно вид, который она имеет в настоящее время, сделали много для общественной гигиены». И далее: «Врачебная профессия есть, конечно, прекрасная человеколюбивая профессия, но когда она принимает форму свободной практики, т.е. когда существование врача обеспечено только ею, тогда выступает вперед эгоистическое начало. Совсем в другой этической плоскости находится земский врач... Он осуществляет общественную функцию, за которую он не получает гонорара в каждом данном случае. Он рассматривает больного лишь с точки зрения врача, здесь нет места для мысли о том, что больной является предметом наживы... От организации бесплатной врачебной помощи выигрывают не только больные, но и врач».

С развитием земской медицины возникли земские аптеки. Порядок отпуска лекарств из земских аптек был различен. Вначале плата за лекарство с амбулаторных больных не взималась. С конца 70-х годов, и особенно 80-х годов XIX в., каждое земство самостоятельно устанавливало принципы и размер оплаты. Некоторые земства устанавливали особый сбор с крестьян на устройство медицинской части и на медикаменты. В ряде земств стоимость лекарств была ниже, чем в частных аптеках. Однако отказ земств от взимания платы с больных и снижение стоимости лекарств вызвали со стороны владельцев частных аптек поток жалоб правительству. Оберегая частные интересы, царское правительство ограничило бесплатный

отпуск. В районах, где были частные аптеки, бесплатный отпуск был разрешен лишь лицам, предоставившим полицейское свидетельство о бедности. Получение такого свидетельства было сложным делом, поэтому бесплатный отпуск лекарств в районах, где имелись частные аптеки, проводился только в единичных случаях.

В дальнейшем полицейское свидетельство заменили удостоверением земского врача, однако число бесплатно отпущенных лекарств не должно было превышать 10% от всего числа выписанных врачом рецептов. В местностях, где частных аптек не было, отпуск лекарств проводился без всяких ограничений бесплатно или за плату в зависимости от решения самих земств. Продажа осуществлялась по заготовительным ценам, т.е. значительно ниже стоимости лекарств по таксе. Таким образом, земская фармация пыталась реализовать принцип доступности лекарств для широких слоев населения.

Земские аптеки по существу были родоначальниками аптечного дела в сельской местности. Владельцы же частных аптек яростно боролись против земских аптек за сохранение своих привилегий, за повышение таксы на лекарства, препятствовали открытию новых аптек, в связи с чем их число было недостаточным. К маю 1914 г. в России было всего лишь 190 земских аптек только в 34 губерниях из 89. Частные аптекари в погоне за наживой широко рекламировали «патентованные» и «секретные» средства, среди которых многие были бесполезными, а подчас и вредными, а нередко и фальсифицированными.

Выдающийся российский ученый профессор кафедры фармации Петербургской медико-хирургической академии Александр Петрович Нелюбин в своем многотомном труде «Фармакография, или химико-врачебное предписание приготовления и употребления новейших лекарств», при последующих пяти переизданиях получившем новое название «Фармакография, или фармакодинамическое и химико-фармацевтическое изложения приготовления и употребления новейших лекарств» в томе «Деспенсаторий» раскрыл состав патентованных и так называемых «секретных» средств, показав, что в большинстве случаев они были неэффективными и небезопасными. При этом он описал основные приемы воздействия на потребителей, которыми пользовались недобросовестные производители таких средств с целью наживы.

Введенные Петром I по требованию иностранных специалистов монополии на открытие аптек и запрет зелейных лавок привели в дальнейшем к ущемлению интересов населения, так как запре-

щалось изготовление лекарств на промышленных предприятиях. Частные владельцы препятствовали открытию новых аптек, и на первый план были поставлены экономические выгоды. Аптеки часто находились под руководством врачей, а практически полностью – в руках фельдшеров и сестер милосердия. Последние, не зная правил изготовления лекарств, свойств медикаментов, делали много ошибок и нередко способствовали обману больных. Бывали случаи, когда изготовлялись так называемые фушерации; например, если в аптеке отсутствовал рыбий жир, настаивали селедку в оливковом масле, и такое снадобье отпускали. Или, диктуя в присутствии больного фармацевту, приготовляющему лекарство, его состав, говорили после названия дорогостоящего ингредиента «*sinae*», что значит «без», таким образом аптекари наживались.

Показательно, что долгое время частные аптекари препятствовали развитию фармацевтического образования, особенно женского, хотя потребность в квалифицированных кадрах была очень острой. Только в 1885 г. Медицинский совет признал право женщин на фармацевтическое образование, и лишь в мае 1888 г. разрешил аптекам принимать учениц. Так впервые к фармацевтической деятельности были допущены женщины.

Первой женщиной-фармацевтом была А.М. Макарова, которая была допущена к аптечному делу и сдала при Киевском университете в 1892 г. экзамен на звание аптекарского помощника. Получить высшее фармацевтическое образование для женщины было еще сложнее. К слушанию лекций на провизорских курсах женщин не допускали, сдавать экзамен разрешали экстерном. Первыми звание провизора в 1897 г. получили А.Б. Лесневская и Э.И. Аккер. Первой русской женщиной, сдавшей в 1900 г. экзамен при Военно-медицинской академии на степень магистра фармации, была А.Б. Лесневская. В 1901 г. ей было выдано разрешение на открытие аптеки и управление ею. Таким образом было реализовано право женщины выбирать профессию.

Вместе с тем в этот период число аптекарских помощников, провизоров (а тем более магистров фармации), а также медицинских работников и врачей было ничтожным. В основном они работали в крупных городах, воинских подразделениях, а большинству населения квалифицированная медицинская и фармацевтическая помощь была недоступна.

Царское правительство оказалось неспособным обеспечить население и армию необходимыми лекарствами.