

УДК 316.754

Е.А. Бороздина

ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ РОССИЙСКОГО ВРАЧА: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Рассматриваются нормы медицинской этики как части более широкого социального контекста. Фокус исследования сосредоточен на изучении тех трансформаций, которые российская врачебная мораль претерпела в свете социально-политических преобразований 1990-х гг. Выводы, изложенные в работе, сделаны на основе анализа изданных в нашей стране монографий, учебников и научных статей по медицинской деонтологии и медицинской этике.

Ключевые слова: социология медицины, медицинская этика, здравоохранение в России.

Наряду с формальными правилами, закрепленными в правовых актах, принципы медицинской морали являются важным источником регулирования врачебной деятельности. Преподаваемые студентам-медикам в соответствующих курсах и содержащиеся во многих медицинских текстах, эти нормы формируют своеобразную идеологию, говорящую о том, что значит быть «хорошим врачом» в данном обществе и в данный момент времени. Как отмечают представители Чикагской школы, занимающиеся социологией профессий, положения врачебной этики в каком-то смысле являются даже более значимыми для докторов, чем приказы и нормативы, установленные государственными органами [1; 2]. По мнению Эндрю Эбботта, это связано с тем, что именно следование правилам профессиональной этики определяет социальный статус специалиста: его положение в обществе в целом и его место внутри профессионального сообщества [1. С. 872]. Так, высокий уровень общественного признания врачебной деятельности тесно связан с идеей об особой миссии медиков. Сходные моральные представления определяют и место врача внутри профессиональной иерархии: чтобы заслужить уважение коллег, доктор должен ответственно относиться к своей работе, беспокоиться о благополучии больных, соблюдать требования корпоративной этики.

В результате врачебная мораль, принципы которой зачастую носят неформальный характер, оказывается основным регулятором того, как медики на повседневном, рутинном уровне выполняют свои профессиональные обязанности. Ее положения во многом влияют на порядок оказания медицинских услуг населению, на специфику отношений между доктором и пациентом и, в конечном счете, на качество врачебной помощи.

Но, несмотря на столь большое социальное значение медицинской этики и морали, данной проблематике посвящено сравнительно малое число социологических исследований. В последние десять лет в условиях модернизации российской медицины многие ученые – историки, социологи, экономисты, юристы – заинтересовались проблемами правоприменения и правореализации в данной сфере [3, 4]. Однако социальные аспекты трансформации профессиональной медицинской этики остались слабо представленными в науч-

ной литературе. Большая часть публикаций, посвященных вопросам врачебной морали в России, имеет описательный и оценочный характер. Они являются, не столько научными исследованиями, сколько учебными пособиями, которые сами транслируют определенные моральные нормы.

Настоящая работа призвана восполнить недостаток знаний в данной области. Ее цель заключается в анализе основных принципов отечественной врачебной морали как составляющей более широкого социального контекста. В частности, мы постараемся проследить взаимосвязь между изменениями норм медицинской этики и теми трансформациями, которые претерпевало российское общество во второй половине XX – начале XXI века. Для реализации этой цели мы обратимся к рассмотрению публикаций по медицинской этике и медицинской деонтологии, написанных на русском языке и изданных на территории Советского Союза/России в период после 1944 года¹. Поскольку количество таких текстов весьма велико, настоящая статья основывается, прежде всего, на анализе «этапных» публикаций по медицинской этике и деонтологии – книг, написанных признанными врачами своего времени, а также учебников, вошедших в программу соответствующих курсов в медицинских вузах. Всего было проанализировано 20 изданий.

Методологической базой работы выступает критический дискурс-анализ в трактовке Нормана Фэркло [5]. Это означает, что данное исследование сосредоточено, во-первых, на рассмотрении дискурсивных практик, определяющих специфику производства и прочтения текстов по медицинской этике и деонтологии, и, во-вторых, на изучении того социального контекста и той идеологии, в рамках которых эти тексты были созданы.

Медицинская деонтология – учение о долге советского врача

Проблемы профессиональной морали и этики были предметом рефлексии врачей, начиная с самых ранних этапов становления медицины как особого социального института. Российское здравоохранение не является исключением. Уже на первых стадиях формирования профессионального сообщества медиков – в период земской медицины – вопросы врачебной этики и врачебного долга стали одной из важных тем обсуждения в среде специалистов. К началу XX века в нашей стране уже существовал определенный корпус текстов, написанных врачами-клиницистами, где определялись основные принципы медицинской морали, давались руководства о том, как быть «хорошим» врачом.

В этом смысле советское учение о врачебном долге, которое в большей степени интересует нас в данной статье, возникло не на пустом месте, но явилось продолжением предшествующих попыток сформулировать свод этических норм для представителей медицинской профессии. Вместе с тем первые организаторы советского здравоохранения подчеркивали, что врачебная мораль неизбежно отражает господствующие производственные отношения,

¹ В 1944 году в Ленинграде была издана книга Н.Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии». Эта публикация ввела в научный оборот термин «медицинская деонтология», а также положила начало становлению на территории Советского Союза медицинской деонтологии (позднее медицинской этики) как самостоятельной дисциплины.

политику и идеологию. В силу этого мораль советского врача неизбежно должна была отличаться «от классовой морали буржуазных докторов». Как писал первый нарком здравоохранения РСФСР Николай Александрович Семашко: «Этика советского врача – это этика советской социалистической Родины, это – этика строителя коммунистического общества, это – коммунистическая мораль, это истинно человеческая мораль, стоящая выше классовых противоречий. Вот почему мы не отрываем понятие о врачебной этике от высоких этических принципов Советского Союза» [6. С. 93].

Для того чтобы подчеркнуть данное отличие советской врачебной морали от «буржуазной» медицинской этики, в научный оборот был введен специальный термин – «медицинская деонтология». Под медицинской деонтологией, в широком смысле слова, подразумевалось учение о врачебном долге, долге перед больными, перед коллегами, перед страной и человечеством [7. С. 3]. Таким образом, эта дисциплина была призвана стать учением о морали советского врача как ориентированной на служение советскому народу, а не на защиту сословных и личных интересов самих докторов [8. С. 23].

Первой работой по медицинской деонтологии, которая заложила основы данной дисциплины в Советском Союзе, считается вышедшая в 1944 году¹ книга хирурга-онколога, академика АМН СССР Н.Н.Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» [9]. Уже на примере этого текста мы можем увидеть ключевые особенности советской медицинской деонтологии как учения о нормативном поведении врача. В первую очередь среди таких особенностей следует назвать прагматический характер медицинской деонтологии, ее тесную связь с врачебной практикой.

Медицинская деонтология основывалась на идее о том, что в работе врача ключевую роль играет специфичность его/ее специализации, специфичность учреждения, где он/она работает, специфичность каждой болезни и каждого пациента. Исходя из этого, авторы, публиковавшие руководства по данной дисциплине, не стремились представить некий свод универсальных моральных правил, но зачастую давали ряд практических рекомендаций, приводя примеры из собственного опыта профессиональной деятельности. Так, уже само заглавие книги Петрова подчеркивает, что изложенные в ней принципы соответствуют особенностям работы докторов определенной специальности, а именно хирургов. Текст книги изобилует описанием практических деталей труда этих врачей. Когда следует начинать готовить больного к операции (переодевать, брать анализы и т.п.), когда нужно проводить его в операционную, как должна выглядеть операционная, кто и когда должен посещать больного после оперативного вмешательства – эти и другие вопросы, касающиеся исполнения рутинных профессиональных обязанностей хирурга, раскрываются в анализируемой нами книге.

Еще одним значимым положением, свойственным советской медицинской деонтологии и высказываемым в книге Петрова, являлась мысль о том, что врач и больной – это, прежде всего, конкретные люди, находящиеся в ситуации соприсутствия, а не абстрактные институционально заданные пози-

¹ Книга «Вопросы хирургической деонтологии» была переиздана пять раз. В настоящей работе мы ссылаемся на текст последнего, пятого издания.

ции. *«Больной – это всегда человеческая личность со всеми ее сложными переживаниями, а отнюдь не безличный случай»* – так автор описывал нормативное отношение к пациенту с точки зрения медицинской деонтологии [9. С. 20]. В рамках подобной трактовки профессиональной деятельности медика следование стандартным схемам и универсальным нормам морально не одобрялось, воспринималось как признак «плохого» врача. Известный советский терапевт и гематолог, академик АМН СССР Иосиф Абрамович Кассирский отмечал: *«Схемы нужны только плохим врачам»* [10. С. 108]. Другой известный советский врач Александр Федорович Билибин, заведующий кафедрой инфекционных болезней РГМУ (1950–1978), академик АМН СССР также весьма красноречиво высказывался на данную тему: *«Врач, считающий, что для своей работы нужно знать только инструкции, уже не врач [...] Он при всех обстоятельствах не должен превращаться в «научного робота»* [11. С. 44].

Анализируя руководства по медицинской деонтологии, можно выделить также следующие ключевые принципы данной дисциплины, заданные господствовавшими в обществе идеологическими установками. Прежде всего, здесь следует сказать об особенностях понимания такой важной для сферы здравоохранения категории, как «здоровье». Здоровье советского гражданина рассматривалось в официальном дискурсе не в качестве индивидуального блага, но в качестве одного из важнейших богатств страны и своеобразного ресурса, необходимого для ее индустриализации. *«С точки зрения социальной ценности, здоровье – важнейший фактор развития производства и повышения производительности труда»*, – читаем мы в двухтомном издании по медицинской деонтологии [12. Т. 1. С. 11]. Ответственность за сохранение и преумножение этого специфического ресурса, в лучших традициях советского патернализма, государство брало на себя. Вернее, оно делегировало ее отдельной группе своих представителей – медицинским специалистам, вследствие чего врачи воспринимались не как наемные работники, предоставляющие определенные услуги в обмен на соответствующее вознаграждение, но как люди, выполняющие долг перед Родиной.

Советская медицинская деонтология в этой ситуации формировалась как учение о долге медработника перед больными, народом и государством. Врач в ней был тем, кто транслирует патерналистскую заботу государства своим пациентам. В качестве примера здесь можно привести определение медицинской деонтологии, изложенное в уже упомянутом выше сборнике под редакцией Петровского: *«Прежде всего деонтология понимается советскими медицинскими работниками как учение о долге, о высоком гуманном долге не только перед больным, но и перед народом. [...] Деонтология должна рассматриваться как наука о моральном, этическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу – заботе о здоровье человека»* [12. Т. 1. С. 21].

Интересно, что профессиональная деятельность врача в текстах по медицинской деонтологии постоянно приравнивалась к воинской службе. Авторы подчеркивали, что и медик, и военный защищают жизни советских граждан, будучи каждую минуту готовыми вступить в бой с новой угрозой [13. С. 117]. Для описания повседневной работы докторов в руководствах зачастую ис-

пользовалась военная риторика. Врачи характеризовались как те, кто «высоко несет знамя долга и гуманизма», «отдает свою жизнь для спасения тысяч простых людей» и т.п. При этом, как мы можем увидеть на примере следующих цитат, рутинный труд советского врача именовался подвигом, а подвиг, в свою очередь, утверждался как некая повседневная норма профессиональной деятельности специалиста: *«Повседневные, земные подвиги скромных тружеников от медицины также украшают высокое знамя долга и гуманизма, которое они несут всю жизнь в своих руках – руках, спасших и спасающих тысячи и миллионы простых людей»* [10. С. 35]. *«Подвиг, самопожертвование, служение долгу рассматривались в отечественной медицине как норма поведения врача»* [14. С. 19].

Таким образом, работа врача утверждалась в качестве совершенно особой профессиональной деятельности, в значительной степени подвергающейся морализации и идеологизации. От ее представителей ожидалось не просто выполнение своих должностных обязанностей, но самоотверженное служение. «Врачевание – сфера служения, а не обслуживания» – так образно была выражена данная мысль в одной из проанализированных нами книг [15. С. 47].

Этика российского врача: от риторики долга к риторике либеральных прав

Начиная с 90-х годов прошлого века, по мере ухода от советского наследия и интеграции страны в международное сообщество риторика медицинской деонтологии в руководствах для медицинского персонала стала сменяться риторикой медицинской этики, или биоэтики. В этом смысле интересно проследить, как изменялись названия учебных пособий, посвященных моральным основаниям медицинской помощи. Работы, изданные в период с 1940-х по 1970-е гг., говорят в своем названии о деонтологии (Н.Н. Петров «Вопросы хирургической деонтологии», А.Ф. Билибин «Горизонты деонтологии», Е.И. Лихтенштейн «Помнить о больном. Пособие по медицинской деонтологии» и др.). Начиная с середины 1980-х гг., «этика» и «деонтология» начинают соседствовать в названиях книг и методических руководств (А.А. Грандо «Врачебная этика и медицинская деонтология», А.А. Эльгаров «Медицинская этика и деонтология» и др.). А уже к 1990-м гг. «этика» и «биоэтика» окончательно вытесняют «деонтологию» в заглавиях публикаций (Яровинский «Лекции по курсу «медицинская этика», Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко «Введение в биоэтику» и др.).

Б.Г. Юдин и П.Д. Тищенко отмечают, что становление медицинской этики (биоэтики) как новой дисциплины, посвященной вопросам врачебной морали, было связано с рядом тенденций в развитии медицинской науки и общества в целом. К таким тенденциям они относят: 1) появление и распространение новых медицинских технологий; 2) коммерциализацию медицины, восприятие ее как сферы услуг и соответствующее изменение требований к медицинским профессионалам; 3) развитие доктрины прав человека, новое понимание характера взаимоотношений врача и пациента [16. С. 11]. Далее мы более подробно остановимся на том, какое влияние на медицинскую мораль оказала каждая из этих тенденций.

Итак, говоря о первой из них, связанной с развитием новых медицинских технологий, можно отметить очевидные перемены в тематическом содержании руководств, посвященных этическим проблемам медицины. Трансплантология, медицинская генетика, вспомогательные репродуктивные технологии – эти новые отрасли медицинской деятельности поставили перед практикующими врачами и учеными массу вопросов морального характера. Когда именно можно считать, что пациент безнадежен и пора отключать аппараты, поддерживающие существование его организма? Насколько допустимо производить генетический отбор? Эти и многие другие проблемы оказались в фокусе внимания текстов, посвященных врачебной этике.

Здесь стоит подчеркнуть, что если для деонтологических текстов было характерно обсуждение неких общих принципов взаимодействия врача и пациента, то медицинская этика сосредоточилась на рассмотрении того, как возможно принятие моральных решений в специфических проблемных ситуациях. В качестве таковых в большей части случаев выступают ситуации столкновения неких базовых принципов правового характера. Так, при решении вопроса об искусственном прерывании беременности право человека (зародыша) на жизнь вступает в противоречие с правом женщины на то, чтобы распоряжаться своим телом. При решении вопроса о том, следует ли сообщать тяжело больному пациенту всю правду о его состоянии, право человека на получение информации о своем здоровье вступает в противоречие с одной из ключевых принципов медработника – «не навреди». В этом смысле этические правила представляют собой своеобразный стандарт, показывающий, какому моральному требованию нужно отдать предпочтение в ситуации определенного типа. Об этом мы можем прочесть в одном из учебных пособий по медицинской этике для студентов медицинских вузов: «...на уровне конкретных решений и поступков люди чаще всего действуют спонтанно, интуитивно, руководствуясь сложившимися стереотипами и прошлым опытом [...]. Однако уже на этом уровне возникают ситуации, требующие морально осознанного выбора, и тогда для основания выбора требуется апеллировать к этическим правилам. Каждое из этих правил можно рассматривать как профессиональную, техническую норму деятельности врача» [16. С. 37].

Обращаясь ко второму фактору, определившему перемены во врачебной морали, а именно к коммерциализации сферы здравоохранения, ее переходу от модели государственного патернализма к рыночной модели, можно вспомнить слова известного эстонского гастроэнтеролога, доктора медицинских наук Натана Владимировича Эльштейна. В своей работе по медицинской деонтологии «Диалог о медицине», изданной в конце 80-х гг., он писал следующее: «Этика отношений между врачом и пациентом в капиталистическом обществе отражает в основном отношения продавца и покупателя» [17. С. 9]. Если отвлечься от критического антикапиталистического пафоса, который стоит за этим высказыванием, то с ним трудно не согласиться. Действительно, медицинская этика, пришедшая на смену медицинской деонтологии, перестала рассматривать профессиональную деятельность врача как нечто совершенно особое, как служение и подвиг. Оказание медицинской помощи начало восприниматься как один из видов услуг, как отношения, обу-

словленные определенным формальным договором между лицами, которые стремятся к обеспечению собственного блага.

Медицина в этом случае стала определяться как *«тип социальных отношений, предполагающих определенные обязательства по обеспечению блага – это отношения между профессионалом, с одной стороны, и клиентом, пациентом, т.е. потребителем услуг профессионала, – с другой»* [16. С. 61]. Речь здесь уже не идет о заботе и соучастии как основании взаимодействия между врачом и больным. Оба они в современных учебниках по медицинской этике описываются как автономные и рациональные экономические акторы, стремящиеся максимизировать собственную пользу и минимизировать издержки. Медработник более не видится носителем патерналистской государственной заботы, да и само государство выступает уже не в качестве источника отеческой опеки о гражданах, но в роли внешнего гаранта прав и свобод равноправных участников взаимодействия.

Это позволяет нам перейти к третьей характерной черте современной российской медицинской этики – ее ориентации на нормы права и юридическую логику. Как уже отмечалось выше, особенностью этики, по сравнению с деонтологией, является акцент на специфических ситуациях реализации прав и обязанностей врача и пациента, а не на рутинных отношениях между ними. Медицинская этика в этом смысле представляет собой свод универсальных правил, дополнительных по отношению к существующему законодательству и построенных по схожей с ним схеме. Подобная природа положений врачебной этики подтверждается тем, что многие из них со временем утверждаются государством в качестве действующих законов, что трудно было бы представить по отношению к принципам деонтологии. О сходстве между нормами медицинской этики и законодательными нормами читаем в работе Д.Д. Венедиктова и Б.М. Чекнева из сборника «Биомедицинская этика»: *«И этика, и законодательство регулируют, в принципе, одни и те же вопросы – взаимные обязательства и права врачей, пациентов и общества по отношению друг к другу, условия оказания медицинской помощи, качество этой помощи, сроки, размеры и порядок вознаграждения за труд и другие вопросы [...] Этика опережает законы, законы закрепляют то, что уже сложилось и апробировано этикой»* [18. С. 24].

Стоит оговориться, что с появлением новых этических вызовов (трансплантология, эвтаназия, НРТ и т.д.) повседневные проблемы, которые возникают в ходе медицинской практики и которые прежде предлагалось решать посредством «врачебной чуткости» или «врачебного участия», никуда не исчезли. Однако их осмысление в рамках учения о медицинской морали претерпело значительные изменения – все эти аспекты врачебной деятельности стали пониматься как случаи реализации тех или иных прав и обязанностей. В качестве примера здесь можно привести обоснование необходимости диалога с пациентом. В рамках медицинской деонтологии важность беседы с больным объяснялась потребностью познакомиться с ним/ней как с уникальной личностью, вникнуть в специфику его/ее случая, сформировать доверительные отношения. В отличие от этого, учебные пособия по медицинской этике говорят о подобном диалоге как об условии реализации права пациента на принятие решения относительно медицинского вмешательства в его/ее

жизнь. Так, в книге Б.Г. Юдина и П.Д. Тищенко читаем: *«Врач обладает познаниями о предпочтительности того или иного варианта [лечения] с медицинской точки зрения. Но оптимальное с биологической точки зрения врача не всегда оптимально с биографической точки зрения пациента [...] В свете сказанного нам представляется принципиально важным установленное в российском законодательстве право пациента на участие в принятии решений вплоть до права на отказ от медицинского вмешательства. Диалог является условием реализации этого права»* [16. С. 145].

Таким образом, российская медицинская этика, получившая развитие после 1990-х годов, оказалась *«наукой о законах и правилах профессионального регулирования поведения медработников»* [8. С. 29]. Она сформировалась как учение, в основе которого лежит либеральная идеология, утверждающая приоритет индивидуальных прав и рыночной экономики.

Заключение

Медицинская мораль, воплощенная в случае нашей страны в таких дисциплинах, как медицинская этика и медицинская деонтология, является одним из значимых источников нормативного регулирования профессиональной деятельности врачей. Она формирует представления о «хорошем» докторе и во многом определяет социальный статус медиков как особой профессиональной группы. Также она способствует поддержанию иерархии внутри самого медицинского сообщества, где большим уважением среди коллег пользуются эксперты, разделяющие моральные императивы, принятые в данной среде.

Отличительной особенностью врачебной морали является ее социальная и историческая опосредованность. Принципы медицинской этики не являются универсальными догмами, но представляют собой продукт определенного общества и определенной эпохи. В настоящей статье мы постарались проследить эту зависимость положений российской врачебной морали от того социального и идеологического контекста, где они были сформулированы. Наше внимание было сосредоточено на анализе двух ключевых этапов развития отечественного учения о нормах поведения врачей: этапа советской медицинской деонтологии и этапа российской медицинской этики.

Кратко обобщая представленный выше анализ текстов по советской медицинской деонтологии, можно выделить следующие ключевые моральные принципы оказания медицинской помощи, установленные данной дисциплиной. Во-первых, к ним относится принцип индивидуализации врача и пациента. Оба они воспринимаются в качестве уникальных личностей, обладающих специфическим опытом, который не может быть сведен к медицинскому диагнозу (в случае пациента) или к профессиональным обязанностям (в случае врача). В связи с этим медицинский эксперт и его/ее посетитель выступают не столько как исполнители институционально заданных ролей, сколько как конкретные люди, находящиеся в ситуации соприсутствия.

Следствием такого подхода является вторая особенность советской медицинской морали: представление о том, что врач заботится о пациенте, руководствуясь гуманистическим желанием помочь попавшему в беду человеку, сопереживая ему/ей. Профессиональная деятельность медика при этом опи-

сывается как особое практическое искусство, успешность реализации которого определена его/ее личностными качествами, а не ориентацией на какой-либо кодекс или схему.

И, наконец, необходимо сказать о том, что в рамках советской медицинской деонтологии врач изображается как фигура, ответственная за реализацию патерналистской заботы государства о здоровье граждан. При этом акцент в описании его/ее профессиональной деятельности делается на категориях долга и служения. Таким образом, мораль советского врача противопоставляется морали «буржуазного» специалиста, который оказывает определенные услуги, исходя из имеющихся у него/нее прав и обязанностей.

В отличие от медицинской деонтологии, медицинская этика, чье становление пришлось на 1990-е гг., утверждалась с ориентацией на либеральный дискурс. Если прежде ключевыми категориями врачебной морали были категории долга и призвания, то теперь предоставление медицинской помощи населению стало осмысляться в терминах прав/обязанностей и сервиса. Согласно руководствам по медицинской этике базовая модель «правильного» поведения заключается в том, что автономный актор (врач или пациент) рационально действует с целью максимизации собственной пользы, ориентируясь на существующие у него права и обязанности. С этой точки зрения моральный порядок, господствовавший в медицине ранее, критикуется как недостаточно определенный, смутный, сводящийся к абстрактному морализаторству и нравоучительным рассуждениям [16. С. 133].

Литература

1. *Abbott A.* Professional Ethics // *The American Journal of Sociology*. Vol. 88, № 5. 1983.
2. *Friedson E.* Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
3. *Сальников В.П., Стеценко С.Г.* Регламентация медицины в России: Историко-правовое исследование. СПб.: Фонд «Университет», 2002.
4. *Бесстремянная Г.Е., Заборовская А.С., Чернец В.А., Шишкин С.В.* Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. М.: Поматур, 2006.
5. *Fairclough N.* Critical Discourse Analysis. Boston: Addison Wesley, 1995.
6. *Семашко Н.А.* Избранные произведения. М.: Медгиз, 1954.
7. *Эльгаров А.А.* Медицинская этика и деонтология. Нальчик: Кабардино-Балкарский государственный университет, 1985.
8. *Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика». М.: Медицина, 1999.
9. *Петров Н.Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Л.: Медгиз, 1956.
10. *Кассирский И.А.* О врачевании. М.: Аслан, 1995.
11. *Билибин А.Ф.* Горизонты деонтологии // *Вестник АМН СССР*. 1979. № 5.
12. *Деонтология в медицине* / Под ред. Б.В. Петровского: В 2 т. Т. 1. М.: Медицина, 1988.
13. *Сергеев Ю.Д.* Профессия врача: юридические основы. Киев: Выща школа, 1988.
14. *Грандо А.А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев: Выща школа, 1988.
15. *Сук И.С.* Врач как личность. М.: Медицина, 1984.
16. *Юдин Б.Г., Тищенко П.Д.* Введение в биоэтику: Учебное пособие. М.: Прогресс-Традиция, 1998.
17. *Эльштейн Н.В.* Диалог о медицине. Таллин: Валгус, 1986.
18. *Венедиктов Д.Д., Чекнев Б.М.* Эволюция и горизонты этики здравоохранения // *Биомедицинская этика* / Под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М.: Медицина, 2002.