

В.М. Коваленко**С.В. Черкасов**Національний науковий
центр «Інститут кардіології
ім. М.Д. Стражеска»**Ключові слова:**клініко-експериментальні
дослідження, біоетика,
лікарська справа, гуманні
запити медицини, лікувальна
тактика, цілісна, ушкоджена
життєдіяльність організму.**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ В УМОВАХ
КЛІНІКИ: МЕТОДОЛОГІЧНІ,
ТЕОРЕТИЧНІ ТА БІОЕТИЧНІ
ПРОБЛЕМИ**

Резюме. Враховуючи досягнення медико-біологічних та клініко-експериментальних досліджень у сучасній медицині, перш ніж розглянути головні проблеми біоетики, вважаємо за доцільне чітко визначити сутність і специфіку медичного експерименту. Важливо акцентувати увагу на тому, що у медицині можна пізнати лише те, що практично перетворено, реконструйовано в експерименті й апробовано у клініці. Експериментальні дослідження та експериментальна діяльність не обов'язково генетично передують лікарській справі, а остання не обов'язково «надбудовується» над експериментальними дослідженнями. Тут виключається абсолютно первинне і абсолютно вторинне, а існує лише суттєвий синергетичний зв'язок.

За останні десятиліття досягнення у галузі експериментальної терапії та хірургії, експериментальної ембріології та експериментальної психоневрології надзвичайно прискорили процес зміни та реконструкцію теоретичних і практичних знань у медицині, радикально змінили уявлення лікарів-клініцистів про етіологію і патогенез багатьох хвороб. Однак методологічні й теоретичні проблеми клініко-експериментальних досліджень отримали широке обговорення у медичній літературі лише у зв'язку з основними напрямками біоетики, що склалися сьогодні у світі, а також у зв'язку з етичними, деонтологічними та правовими питаннями генної інженерії, клонування, трансплантології, реанімації, реалізацією ідеї штучного серця, розробкою методів допоміжного кровообігу, клінічним випробуванням, апробацією лікарських засобів. Серед учених-медиків, філософів і клініцистів існують розбіжності в питанні про те, чи можна і чи потрібно вважати клінічний експеримент методом вивчення хвороби, її попередження та лікування. Як перший аргумент проти такого розуміння використовується положення, що експеримент як метод наукового медичного пізнання можливий лише виключно в лабораторних умовах. Другий аргумент — експеримент не є методом осягнення хвороби, тому що він відображає не розвиток хвороби, не якісні та кількісні її характеристики, а лише екстраполяцію і зіставлення лабораторних та клінічних даних. Третій аргумент — використання експерименту в умовах клініки обмежене правовими нормами, гуманними та етико-деонтологічними принципами медицини настільки, що говорити про нього як про метод наукового емпіричного пізнання немає сенсу.

Сьогодні, як і раніше, визначення сутності та специфіки медико-біологічних, клініко-експериментальних досліджень, їх правових та моральних обмежень стикається з упередженими думками частково наукового, частково етичного і юридичного характеру. Ще у свій час І. Мечников, який вивчав питання етіології,

патогенезу багатьох інфекційних захворювань, зокрема холери, чуми, черевного тифу, туберкульозу, а у 1903 р., як відомо, провів експериментальне зараження людиноподібних мавп сифілісом, відзначав, що совість підказує: будь-яке страждання, спричинене іншої істоти на користь людині чи іншій тварині, є аморальним і водночас стверджував, доводячи, що великі закони, які управляють інфекційними хворобами і цінні засоби боротьби з ними ніколи не були б знайдені без вивісочки чи навіть при її обмеженні (Іванюшкин А.Я., 1990). Зараз обґрунтування біоетики у медицині (Дуков Л.Г., Варнаков П.М., 1998; Чекун В., 1989; Эльштейн Н.В., 2000) і клініко-експериментальних досліджень також містять спробу поєднати за допомогою діалектичних розмірковувань твердження, які за сутністю є несумісними, всюди аргументи скеровані на те, щоб за допомогою тонких розрізень, розмежувань та застережень утримати, так би мовити, однією рукою те, що випускає інша.

Тому ми вважаємо, що для того щоб зрозуміти всі актуальні питання експериментальної медицини та біоетики і, зокрема етичного контролю експериментальних досліджень в умовах клініки, необхідно починати з вивчення самої сутності клінічного експерименту та його специфіки; з вирішення питання: які можливості має лікар-практик для узагальнення результатів клінічних експериментів і на які ситуації вони можуть бути поширені?

Насамперед, необхідно звернути увагу на той безперечний факт, що лікар — прилад — хворий утворюють єдину систему в такій мірі, в якій перші два елементи включились у процес осягнення хвороби, вироблення лікувальної тактики і в експериментальні дослідження. Система тричленної взаємодії уніфікована. Використання приладів, інструментів здійснювалось в історичному розвитку медицини на основі відповідного перетворення технічними засобами традиційного, сталого. В результаті склалася така система, два елементи якої (лікар — прилад) стали

структурними елементами медичної науки. Включені у структуру наукового медичного пізнання, вони набувають в умовах сучасного науково-технічного прогресу нових якісних характеристик, які виявляються як у клініко-експериментальних дослідженнях, так і у процесі розпізнання хвороби та виробленні лікувальної тактики. Клініко-експериментальні дослідження, діагностичний пошук та лікувальна тактика, що фокусується у прийнятті своєчасного і правильного рішення, не можуть бути розділені в часі. Це — одночасно співіснуючі сторони медичного наукового пізнання. Медичне знання у вузькому розумінні слова, тобто те знання, що оцінюється як достовірне, істинне, наукове, завжди формулюється в судженнях після експериментальної перевірки. Тому поза сферою експериментальних досліджень наукового знання не існує. Щоб бути науковим знанням, будь-які нові результати діагностичної роботи, медикаментозного чи хірургічного лікування як нові відомості мають бути залучені у сферу експериментальних досліджень і потім представлені мовою медичної науки.

Важко погодитися з тим, що діагностика як особлива форма лікарської діяльності й надзвичайно важливий розділ клінічної медицини «...на відміну від наукового пізнання не пов'язана з відкриттям нових невідомих науці фактів законів. Мета діагностики — не відкриття нового, не конструювання наукових знань, а лише їх використання» (Тарасов К.Е., Кельнер М.С., 1986). Таким чином, відоме у клініці положення про те, що основним завданням лікаря-практика є насамперед відповідна готовність і вміння використовувати набутий професійний досвід і медичні знання для своєчасного встановлення діагнозу та прийняття правильного рішення, абсолютизується і штучно відокремлюється від наукового медичного пізнання, а сама лікарська справа перетворюється виключно у практику, ремесло.

Виходить так, що тільки в науково-дослідних лабораторіях відкривають нові факти, конструюють нові знання і теорії, розробляють методики досліджень та обстежень хворих, створюють класифікації, апробують нові лікарські засоби, а у клініці лікар-практик лише використовує їх у готовому, завершеному вигляді, нічого не перевіряючи і нічого не додаючи; немов його пізнавальна та практична діяльність рухається виключно у межах відомого знання, а «діагноз, як правило, не вносить нічого нового в існуючу систему наукових знань, не змінює її» (Стемпурский Ю.Н. и соавт., 1986). Неначе дійсно лікар-клініцист навчився лише класифікувати симптоми відповідно до хвороб, не може і не повинен піднятися над повсякденною практичною діяльністю, не покликаний підпорядковувати її професійному досвіду й рефлексії, щоб спільно із вченими-медиками, експериментаторами перейти до наукових відкриттів.

Насправді ж таке й подібне протиставлення лікарської справи і, зокрема діагностики, науковому медичному пізнанню спричинює ствердження надзвичайно примітивного методологічного фундаменту у клінічній медицині, що межує з так званим фельдшеризмом і не дозволяє об'єктивно вивчати пізнавальну діяльність лікарів-практиків, а самі результати наукових досліджень у клініці в кращому

разі розглядаються в контексті лабораторних спостережень та експериментів. Це по-перше.

По-друге, у такому протиставленні фактично випадає з поля зору проблема мети й завдань наукових досліджень у системі сучасного інтелектуального розподілу праці у клініці, аналіз місця та ролі лікарської справи в медичному науковому пізнанні. Залишається невирішеним одне з найважливіших гносеологічних, теоретичних питань: чи може існувати у медицині експериментальна діяльність за межами науково-дослідних лабораторій та клініки, як у так званій альтернативній медицині, і чи повинні результати наукових медичних досліджень формулюватися без будь-яких посилань на пізнавальну діяльність лікарів-практиків, чи, навпаки, такі посилання є необхідною основою їх використання у клініці? Якщо не брати до уваги практичну діяльність лікарів, то в науковому пізнанні перестав відігравати суттєву роль сама практика, й медицина набуває виняткового статусу лабораторної науки. Але такий її статус занадто сумнівний.

Клінічна медицина є не тільки особливою формою лікарської діяльності, але й основним засобом, умовою функціонування, розвитку теоретичної, експериментальної медичної науки. Остання не існує і не розвивається сама по собі, а практична діяльність лікаря не може виконуватися і бути повноцінною поза науковим медичним пізнанням. Гіпотетичні моделі знань, схеми і класифікації, теоретичні медичні конструкти є результатом експериментальної роботи і одночасно розвитком, перевіркою тих певних концептуальних побудов, що можуть з'явитися спочатку у клінічній медицині. Практична медицина не є простим продовженням експериментальної науки. Вона розгортає особливу діяльність, завдяки якій отримують медичну визначеність і результати клініко-експериментальних досліджень. Ігнорувати розвиток медичних знань у межах клініки було б нерозважливо, необачно.

Між лікарською справою та теоретичною, експериментальною медициною існує істотний зворотний зв'язок. У ньому абсолютно виключається первинне і вторинне. Експериментальна медицина формулює завдання, обґрунтовує нові положення й факти. Апробувати їх у клініці покликана практична діяльність лікаря. Водночас нові клінічні дані перевіряються і стверджуються експериментальною медициною. «Повторюючи слова І.П. Павлова про те, що медицина стане наукою тільки «проходячи крізь вогонь експерименту», не потрібно забувати й те, що експеримент у свою чергу сприятиме прогресу теорії медицини тільки після того, коли він пройде, можливо, ще більш гарячий вогонь клініки, коли він буде виходити з інтересів пізнання патології людини» (Иванюшкин А.Я., 1990). Чи може в цьому разі лікар-практик у клініці бути відчуженим від досягнень експериментальної медицини в той час, коли того чи іншого хворого обстежує й досліджує вся медична наука та практика й таким чином, як знання засвоєні цим клініцистом; і чи повинен він обмежитись раз і назавжди набути лікарським ремеслом? Мабуть, ні. Позбавлений безпосереднього контакту з досягненням сучасної експериментальної медицини, не зазнаючи постійного зворотного зв'язку, клініцист не зможе вдосконалювати лікарську справу, позбавиться

можливості апробації, конкретизації експериментальних знань, а значить — збідніє й сам як клініцист.

Сама пізнавально-практична діяльність клініциста мало чим відрізняється від експериментального дослідження принаймні тому, що лікар завжди має справу з особистістю хворого, яскраво вираженою індивідуальною реакцією на процес хвороби, з унікальними, неповторними в усіх подробицях, умовами, обставинами розпізнання хвороби та вироблення рішення і, зрештою, клініцист повинен активно втручатися в іманентний процес розвитку хвороби. Існуюче досі уявлення про так звану гуманну заборону експерименту у клініці виявляє свою неспроможність, безпідставність, якщо орієнтуватися на реальну історію розвитку клінічної практики і на ті воістину грандіозні завдання, які ставить перед медициною людство. Гуманізм у медицині означає вибір рішення зі знанням справи не тільки у звичайних умовах розпізнання хвороби; він не виявляє себе також у повному обсязі та у виборі відомих лікарських засобів та оперативних втручань, які ведуть до сприятливого кінця хвороби і що одразу ж позначається на позитивному емоційному стані лікаря-практика, хворого, його родичів та близьких. У клініці справжній гуманізм стосується насамперед лікарської справи, яка обтяжена ситуаціями професійного ризику, критичним або термінальним станом хворого. У таких і подібних до них випадках навіть процес висування гіпотези, обґрунтування попереднього діагнозу і сама практична діяльність лікаря, ефективна терапія за сутністю є не що інше, як своєрідний експеримент.

Саме визнання об'єктивного критерію — лікарської практики — несумісне з запереченням експерименту у клініці. Якщо ми стверджуємо, що об'єктивність наших знань полягає у їх практичній перевірці, то саме цим ми вказуємо на необхідність з боку лікаря активного, цілеспрямованого, безпосереднього практичного впливу на процес розвитку хвороби за допомогою різних терапевтичних та хірургічних засобів, зокрема тих, які ще не повністю апробовані у клініці.

Якщо ж ми вважаємо, що експеримент в умовах клініки є абсолютно не сумісним з гуманними принципами медицини, то на якій тоді основі ми робимо висновок про ефективність нових лікарських засобів, оперативних втручань?

З самого початку формування медичної науки методи розпізнавання хвороб, схеми їх лікування, лікарські засоби, техніка оперативних втручань були найтісніше пов'язані з експериментом, практикою. Перше застосування інсуліну, перша операція резекції легень, перше введення вакцини поліомієліту, перші зондування і контрастні дослідження серця та магістральних судин, перші операції на серці та перші трансплантації серця — всі вони мали цілком однаковий характер: першої спроби на людині. Будь-яка нова операція, будь-яке нововведення у клінічну практику були і будуть експериментом, і не варто боятися цього слова. Вживані зараз лікарем заходи, призначувані ліки, хірургічні операції та лікувальні процедури також колись були нововведенням, що проводилось на хворій людині. Від спроб до кінцевого результату немає іншого шляху, окрім як через дослід на окремих хворих, які мимоволі бу-

дуть першими. Лише вилікувавши перших пацієнтів, лікар стверджує прийнятність методу, схеми для інших людей. Таким чином, клінічний експеримент зумовлений проблемами практики і відповідає найгуманнішим запитам лікарської справи.

І зараз, як і раніше, лише медико-біологічні та клініко-експериментальні дослідження дають відповіді на запити практичної медицини. Так, лише завдяки клініко-експериментальним дослідженням в останні роки вивчена роль антагоністів кальцію, зокрема амлодипіну в лікуванні пацієнтів із артеріальною гіпертензією (Чазова І.Е., 2001). Результати клініко-експериментальних досліджень свідчать про те, що амлодипін попереджує та зменшує гіпертрофію і дилатацію лівих відділів серця, практично не впливає на активність симпатичної нервової та ренін-ангіотензинової системою, перешкоджає ремоделюванню лівих відділів серця, протистоїть порушенню структури системних артерій, інгібує підвищення продукції ДНК і білків у гладком'язових клітинах судин, зменшує товщину середньої оболонки і співвідношення товщини медії до просвіту коронарних, ниркових, мезентеріальних, стегнових артерій. Також виявлено позитивний вплив амлодипіну на функцію ендотелію; амлодипін підвищує експресію інтерлейкіну-6 шляхом прямої активації відповідно гена-промотора в гладком'язових клітинах людини, регулююче впливає на процеси апоптозу, підвищення експресії мРНК NO-синтази, зменшення «оксидактивного стресу», перешкоджає міграції моноцитів у субендотеліальний шар в аорті; на фоні лікування цим препаратом виявлено також зниження вихідної підвищеної агрегації тромбоцитів тощо. Чи зміг би отримати і мати у своєму теоретико-практичному арсеналі лікар-клініцист усі ці та подібні наукові дані без клініко-експериментальних досліджень?

Як основний метод розвитку наукового пізнання клінічний експеримент також виник виключно з потреб людини, що «претендує пізнати закони здорового і хворого організму таким чином, щоб не лише передбачити явища, а також, щоб мати можливість управляти ними та змінювати їх у відомих межах» (Claude Bernard M., 1985). Сьогодні це певною мірою може бути реалізованим, тому що клініко-експериментальні дослідження скеровані на пізнання глибинної сутності патології, етіології, патогенезу, структурно-функціональних і компенсаторних змін при різноманітних хворобах. Для медицини суттєве значення мають ті експерименти, які ведуть до встановлення якісної визначеності патологічних процесів та виявлення їх сутності, і ті дослідження, які пов'язані з визначенням кількісних сторін досліджуваних явищ, процесів, тобто ведуть до знаходження числових значень величин, параметрів їх мінливості, встановлення залежності між величинами тощо. Так, завдяки попереднім експериментальним дослідженням на сьогодні у клініці радіоізотопна ниркова ангіографія дає якісну та кількісну характеристики кровопостачання кожної нирки. Для цієї мети можна також використовувати ниркову реографію. Відомості про розміри, розміщення та форму нирок у хворого можна отримати за допомогою ультразвукового сканування, комп'ютерної томографії.

За сутністю медичний експеримент є однією з основних форм практики. Це — активна предметно-орудійна діяльність, що здійснюється за допомогою спеціальних інструментів, приладів, пристосувань і дозволяє вченому-досліднику ізолювати досліджувану сторону процесу від впливу внутрішніх та зовнішніх факторів, вивчати її у чистому вигляді; контролювати та враховувати умови, що впливають на хід процесу; систематично спостерігати за змінами досліджуваної сторони патології в результаті багаторазового її відтворення; штучно комбінувати різні умови з метою отримання достовірних даних. «Спостереження, — писав І.П. Павлов, — бачить масу явищ, існуючих поряд і пов'язаних між собою то суттєво, то випадково. Розум повинен здогадатися відносно дійсного характеру зв'язку, і це при великій кількості припущень. Дослід немов бере явища в свої руки і пускає в хід то одне, то інше і таким чином у штучних, спрощених комбінаціях визначає істинний зв'язок між явищами... Інакше кажучи, спостереження збирає те, що йому пропонує природа, дослід бере ж у природи те, що він хоче» (Павлов І.П., 1951). Сама постановка експерименту передбачає реалізацію чи наявність відповідних умов, без зв'язку з якими досліджувана сторона патологічного процесу не виявляється.

У науково-дослідній лабораторії ці умови створюються дослідником за допомогою експериментальних засобів. У клініці ці засоби називають підготовчими технічними обладнаннями. Практично у досконалому вигляді їх створити неможливо. Так, у лабораторних умовах для дослідження транспорту речовин через мікросудинну стінку в умовах норми і патології використовують методи електронної мікроскопії. Досить перспективним є поєднання біомікроскопії з електронною мікроскопією. Найповніше охарактеризувати особливості мікроциркуляції можна за допомогою всієї сукупності експериментальних засобів. У клінічній же практиці вивчення мікроциркуляції частіше проводять шляхом біомікроскопії судин бульбокон'юнктиви, а також мікросудин очного дна і нігтьового ложа. Таким чином описані патологічні зміни мікросудин при артеріальній гіпертензії, діабетичній ангіопатії, ішемічній хворобі серця тощо.

Для лікаря-практика досконалі експерименти в науково-дослідних лабораторіях є моделлю, зразком, оскільки в клініці при дослідженні процесу розвитку хвороби йому постійно доводиться стикатися з більш комплексними структурно-функціональними змінами, в яких кількість параметрів, що спричинюють вплив на сутність хвороби, значно більше, ніж це було визначено в лабораторних умовах. У цьому якраз і полягають принципи труднощі. У той час як в ідеальних лабораторних умовах структурно-функціональні зміни суворо контролюються, їх параметри відповідають результатам підрахунків, то у клініці точне об'рунтування поєднується з невизначеністю і технічними труднощами. Лікар-практик часто стикається з неможливістю подолання тих логіко-семантичних проблем, які пов'язані з інтерпретацією надзвичайно складних змін у клітинах, тканинах та

системах людського організму, які в більшості не є лінійними і проходять (у відомих межах) незворотно. Труднощі полягають і в тому, що в умовах клініки лікар не може за зразком природничо-наукового експерименту за допомогою засобів пізнання виділити той чи інший компонент морфології клітини, тканини чи органу, не порушуючи при цьому його цілісності, зафіксувати в жорстких штучних умовах, тобто умовах, що піддаються контролю, обліку та виміру. Перехід до експериментальних методів прижиттєвого дослідження пов'язаний з тим, що навіть найточніші біохімічні, цитохімічні чи імунобіологічні дослідження зумовлюють ту чи іншу руйнацію цілісності живого субстрату, його зв'язків і функціональних залежностей з системами різного порядку. Руйнується, нищиться ціле, складовою частиною якого є досліджувані клініцистичні компоненти. Навіть досить точні результати експериментальних досліджень дають приблизну картину окремих фрагментів реакції тканини, органу на пошкодження, окремі ланки патологічних та компенсаторних змін.

У зв'язку з цим слушно звернути увагу і на той факт, що складність людського організму, різні рівні його цілісності, величезна множина контурів зворотного зв'язку, тісна інформаційна та енергетична взаємозалежність різних структурно-функціональних утворень несумісні зі спробами звести цілісний підхід до будь-якого елементарного (до імунології, біохімії ферментних систем, молекулярної патології, молекулярної генетики тощо) і потім надати йому характер універсальності. Уражена хворобою життєдіяльність людського організму є єдиним цілим, окремі форми і ланки якого можуть розглядатися як самостійні лише в деякій певній межі: органній, тканинній, клітинній, субклітинній, молекулярній тощо. За методологічною сутністю абсолютизація ролі генної інженерії або біохімії ферментних систем у пізнанні хвороби виявляється ні чим іншим, як модернізованим механіцизмом. У клініці не можна забувати, що «цілісний рівень і є найскладнішим і найтяжчим для дослідження... Тут необхідний саме прямий особистий контакт дослідника з об'єктом, спостереження за допомогою приладів явно мало» (Сельє Ганс, 1972). Тому не дивлячись на грандіозні успіхи експериментальної медицини, у клініциста і вченого-медика, дослідника повинна зберігатися орієнтація на цілісний підхід до вивчення хворого людського організму, тобто цілісна ушкоджена життєдіяльність людського організму повинна просвічувати в дослідженнях і постійно зберігатися, перебувати в уявленні дослідника-експериментатора і як необхідна передумова, і як науковий орієнтир, що виявляє, уточнює знання і не веде до механіцизму у медицині.

Таким чином, можна зробити висновок, що у медицині можна пізнати лише те, що практично перетворено, реконструйовано в експерименті й апробовано у клініці, де діагностичний пошук, вироблення правильної і своєчасної лікувальної тактики невіддільні від експериментальних досліджень.

Звичайно, постановка експерименту не входить у безпосереднє завдання діяльності лікаря-практика. Він лише бере участь у спільних клініко-експериментальних дослідженнях, результати яких осмислюються та узагальнюються у контексті інших програм і цілей. Але отриманий клініцистом у ході повсякденного дослідження і лікування хворих емпіричний матеріал, не будучи результатом клінічного експерименту, так чи інакше пов'язаний з постановкою питань, що викликали проведення додаткових експериментальних досліджень.

Експериментальні дослідження і експериментальна діяльність не обов'язково генетично передують лікарській роботі, а остання не обов'язково «надбудовується» над експериментальними дослідженнями. Якщо в ході повсякденного обстеження і лікування хворих лікар і не ставить власне експеримент, однак його діяльність за своєю сутністю завжди набуває пошукового, експериментального характеру. Водночас сам вчений-експериментатор не перестає бути лікарем-клініцистом навіть тому, що всі результати його досліджень скеровані в клініку для оптимізації лікарської справи.

І, нарешті, в умовах сучасного науково-технічного прогресу варто ще раз підкреслити, що експериментальні дослідження не можуть бути самоціллю у клініці і не можуть замінити вивчення хворого як такого. Адже до лікаря-практика за допомогою звертається не хвороба, а хвора людина і діагноз — поняття не патоморфологічне і не патофізіологічне, а клінічне. Клінічний експеримент слід розглядати не лише як метод наукового медичного пізнання. Це відповідний спосіб поведінки, діяльності лікаря-клініциста, відповідна форма його професійної орієнтації. Як ставиться лікар-практик до розуміння сутності клінічного експерименту, його специфіки, значення та обмежень у клініці, така й науково-пошукова діяльність клініциста, такий і він сам як лікар. Те, ким він є насправді, відповідає тому, чим він займається, як він працює, на що орієнтується в лікарській справі.

ЛІТЕРАТУРА

- Дуков Л.Г., Варнаков П.М.** (1998) Биоэтика практикующего врача. Клин. медицина, 8: 46–48.
- Иванюшкин А.Я.** (1990) Профессиональная этика в медицине. Медицина, Москва, 224 с.
- Павлов И.П.** (1951) Полное собрание сочинений. Москва – Ленинград, т. 2, кн. 2, с. 274.
- Селье Ганс** (1972) На уровне целого организма/Пер. с англ., Москва, 122 с.
- Стемпурский Ю.Н., Морозов М.Н., Губергриц А.Я.** (1986) Методология врачебного диагноза и прогноза. Здоров'я, Киев, 85 с.
- Тарасов К.Е., Кельнер М.С.** (1986) Гносеологическая специфика диагноза. В кн.: Логико-гносеологические и методологические проблемы диагноза/Отв. ред. В.С. Тухтин, Москва, с. 10–12.
- Чазова И.Е.** (2001) Роль антагонистов кальция в лечении артериальной гипертензии. Терапевт. арх., 8: 80–83.
- Чекун Василь** (1989) Биоэтика: погляд медика. Філософська думка, 3: 131–132.
- Эльштейн Н.В.** (2000) Медицинская этика и современность. Клин. медицина, 11: 14–18.
- Claude Bernard M.** (1985) Introduction a l'etude de la medicine experimentale. Paris, 346–348.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

В.Н. Коваленко, С.В. Черкасов

Резюме. *Учитывая достижения медико-биологических и клинико-экспериментальных исследований в современной медицине, прежде чем рассматривать основные направления биоэтики, считаем целесообразным четко определить сущность и специфику медицинского эксперимента. Важно акцентировать внимание на том, что в медицине можно постичь только то, что практически переработано, реконструировано в эксперименте и апробировано в клинике. Экспериментальные исследования и экспериментальная деятельность не обязательно генетически предшествуют врачебному делу, а последняя не обязательно «надстраивается» над экспериментальными исследованиями. Здесь исключается абсолютно первичное и абсолютно вторичное, а существует только существенная синергетическая связь.*

Ключевые слова: клинико-экспериментальные исследования, биоэтика, врачебное дело, гуманитарные запросы медицины, лечебная тактика, целостная, поврежденная жизнедеятельность организма.

EXPERIMENTAL RESEARCHES IN CONDITIONS OF CLINIC: METHODOLOGICAL, THEORETICAL AND BIOETHICAL PROBLEMS

V.M. Kovalenko, S.V. Cherkassov

Summary. *Proceeding from achievements medical and biologic, clinical-experimental researches in medicine, we count expedient: before to consider the basic directions of bioethics, precisely it is necessary to determine essence and specificity of medical experiment. It is important to accent attention that in medicine is possible to comprehend only that is practically advanced, reconstructed in experiment and it is approved in clinic. Experimental researches and experimental activity not necessarily genetically precedes medical business, and the last «is not necessarily built on» above experimental researches. Here it is excluded absolutely initial and absolutely secondary, and exists only essential synergetic communication.*

Key words: clinical, experimental researches, bioethics, medical business, humane inquiries of medicine, medical tactics, the complete, injured living ability of organism.

Адреса для листування:

Коваленко Володимир Миколайович
03680, Київ, МСП, вул. Народного ополчення, 5
Національний науковий центр
«Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»