

ВЫЗОВЫ ПАНДЕМИИ И МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

DOI: 10.31857/S023620070012381-6

Круглый стол в редакции журнала «Человек»



Апресян Рубен Грантович — главный редактор журнала "Человек".
Российская Федерация, 109240 Москва,
ул. Гончарная, д. 12, стр.1.
Электронная почта: apressyan@mail.ru



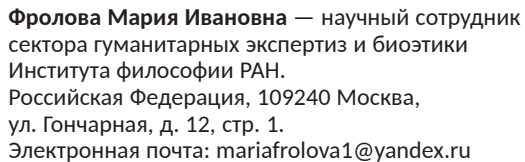
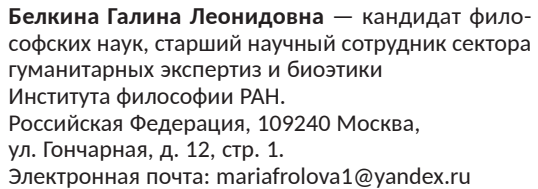
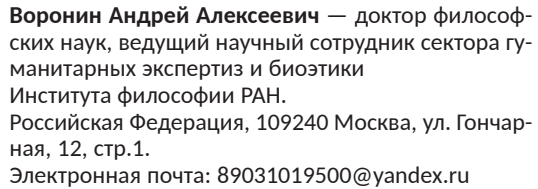
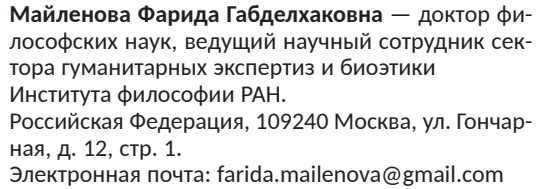
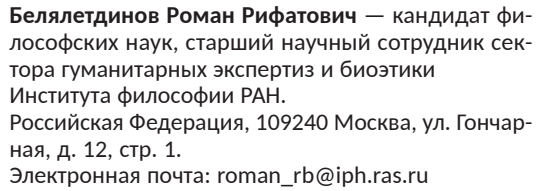
Михель Дмитрий Викторович — доктор философских наук, ведущий научный сотрудник.
Институт всеобщей истории РАН.
Российская Федерация, 119334 Москва,
Ленинский просп., д. 32а.
Профессор.
Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации.
Российская Федерация, 119571 Москва,
просп. Вернадского, д. 82, стр. 1.
Электронная почта: dmitrymikhel@mail.ru



Тищенко Павел Дмитриевич — доктор философских наук, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики
Института философии РАН.
Российская Федерация, 109240 Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1.
Электронная почта: p.tishchenko@list.ru



Попова Ольга Владимировна — доктор философских наук, ведущий научный сотрудник, руководитель сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики
Института философии РАН.
Российская Федерация, 109240 Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1.
Электронная почта: J-9101980@yandex.ru



Аннотация: Вызванная коронавирусом Sars-Cov-2 пандемия COVID-19 — это своеобразный краш-тест, устроенный живой природой человечеству. Это вызов, требующий максимальной мобилизации моральных и материальных ресурсов государств, сообществ и отдельных граждан. В попытках ответить на него обнаруживаются сильные и слабые стороны национальных систем здравоохранения и международного сотрудничества в данной области. Принципиально важно всесторонне проанализировать уроки пандемии, оперативно и конструктивно дать ответ на обнажившиеся проблемы. Что мы можем знать о стремительно развивающейся неблагоприятной ситуации и как это знание донести до общества — до политиков и простых граждан? Где лежат моральные границы, переход которых превращает чрезвычайные меры, необходимые для сдерживания пандемии и смягчения ее драматических последствий, из вынужденных средств спасения в самостоятельные источники морального зла, подчас неприемлемого? На что мы можем надеяться тогда, когда в очередной раз столкнемся с тотальной природной или техногенной угрозой выживанию человечества? Каковы возможности медицины в условиях катастрофы и как меняются тактики оказания медицинской помощи при острой нехватке всех необходимых для этого средств? Участники круглого стола стремятся определить подходы к ответам на эти вопросы, дать диагноз ситуации с точки зрения социогуманитарных наук, обсудить эффективность имеющихся в распоряжении человечества соответствующих интеллектуальных и технологических ресурсов. Они, в частности, показывают, что для обеспечения стабильного развития в условиях перманентных внешних (природных) и внутренних (техногенных) вызовов есть отработанные средства, которые в текущей чрезвычайной ситуации не всегда достаточно востребованы. Ими являются богатые интеллектуальные, организационные и политические традиции по выживанию человека в условиях аномии и хаоса (войн, стихийных бедствий, пандемий и т.д.); обсуждаются различные варианты сообразования задач по сохранению общественной безопасности и уважения к достоинству личности; исследуются архетипические структуры биополитических аппаратов изоляции (карантина) и феномен чрезвычайности как имманентной характеристики человеческой ситуации; выявляются эвристики гуманитарного видения ситуации человека в катастрофических обстоятельствах.

Ключевые слова: пандемия, карантин, чрезвычайная ситуация, человеческая ситуация, медицина катастроф, биовласть, автономия, трансформация моральных ценностей, гуманитарное знание, сциентизм, технократизм, биоэтика, гуманизм.

Ссылка для цитирования: Вызовы пандемии и медицина катастроф. Круглый стол в редакции журнала «Человек» // Человек. 2020. Т.31, № 5. С. 7–53. DOI: 10.31857/S023620070012381-6.

*Круглый стол
в редакции
журнала «Человек»*

Р.Г. Апресян

Вступительное слово

Идея круглого стола, посвященного вопросам медицины катастроф, возникла, когда о коронавирусе COVID-19 уже было известно, но информация из далекого Уханя, хотя и воспринималась с тревогой, была в том же ряду, что за несколько лет до этого новости о лихорадке Эбола, атипичной пневмонии или птичьим гриппе — как о чем-то тревожном, но к России не имеющем непосредственного отношения. Уже к началу февраля, распространение коронавируса, его проникновение в Европу, в первую очередь, в северную Италию, стало мировой новостью номер один. В конце апреля, когда состоялся круглый стол (конечно, в онлайн-режиме), COVID-19 был главной информационной темой — с ежедневными сводками о динамике заболеваний, о жертвах и выздоровлениях, напоминаниями о режиме самоизоляции и социальном дистанцировании. Так тема медицины катастроф органично соединилась с темой пандемии, и для многих участников круглого стола зазвучала как «медицина в условиях катастрофы пандемии».

Катастрофы экстраординарны в жизни каждого (не считая сотрудников МЧС), но обыденны как часть мировых ежедневных новостей. Это то, что случается. Периодически и иногда довольно близко. Но как правило локально. Примечателен в этом отношении трагический опыт, связанный с аварией на Чернобыльской атомной электростанции в 1986 года. Хотя эта авария постепенно была осмыслена как мега-региональная (имевшая некоторые глобальные последствия), но по своей природе это была локальная катастрофа. Распространение COVID-19, с задержкой осмысленное на международном уровне как пандемия (что имело свои негативные последствия для принятия мер по ее сдерживанию и смягчению последствий), — событие глобального масштаба, приведшее за несколько месяцев к сотням тысяч жертв по всему миру и ставшее предпосылкой мощных негативных тенденций в экономической, социальной и гуманитарной сферах, еще не в полной мере проявивших себя и требующих осмысления как мировым сообществом, так и отдельными государствами.

Политика национальных правительств и местных администраций перед лицом катастроф носит отчетливо мобилизационный характер. Она направлена на энергичное привлечение всех доступных ресурсов и повышение эффективности общественного управления. Это побуждает ее к принятию (нередко *по умолчанию* даже не осознаваемо для самих политиков, но чувствительно для граждан) чрезвычайных мер, имеющих нежелательные

последствия. Это в первую очередь ограничение социальных и политических свобод, а также доступа граждан к общественным благам. Ограничения такого рода в условиях катастроф допустимы и порой необходимы. Но они должны носить исключительно легитимный, определяемый законами и контролируемый характер. Контроль должен осуществляться как со стороны государственных органов, так и со стороны общества — в лице средств массовой информации, правозащитных организаций, любых, чувствующих себя готовыми к этому граждан, — гражданских активистов. Сам контроль должен быть упорядоченным, нормативно обоснованным. Основой такого контроля должны быть нормативные документы, национальные и международные.

Заслуживает пристального внимания один из важнейших с этой точки зрения документ, известный как «Сиракузские принципы». Его название красноречиво: «Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах». Международный пакт о гражданских и политических правах (International Covenant on Civil and Political Rights) был принят ООН в 1966 году и вступил в силу десять лет спустя, в 1976 году (СССР поставил свою подпись под пактом в июле 1991 года). Основанный на Всеобщей декларации прав человека, он имеет обязательную силу для подписавших его государств и требует с их стороны уважения гражданских и политических прав. Сиракузские принципы, выработанные международной экспертной группой, были приняты в 1985 году Экономическим и социальным советом ООН. Они устанавливают пределы возможного ограничения прав человека в особых условиях, будь то чрезвычайная ситуация, чрезвычайное, военное или осадное положение.

«Самоудаленный» режим (на деле представляющий собой вариант карантина), введенный с целью сдерживания пандемии, психологически утомителен. Как в России, так и в других странах он сопровождался рядом жестких ограничений на пространственную мобильность, хозяйственную, общественную, культурную, спортивную активность. Введенные ограничения и довольно жесткие карательные санкции за их нарушение, многими наблюдателями и экспертами трактовались как нарушение прав человека¹. Это по-

¹ Поскольку характер этого режима в России (в разных регионах он был различным) не был юридически определен, многие воспринимали с большим сомнением его правообразность, к тому же еще и на фоне опасений, что в существующих политических условиях не все ограничения могут быть отменены после снятия режима «самоудаления».

Для системы здравоохранения всех стран пандемия оказалась большим испытанием, с тяжелыми и очень тяжелыми (вплоть до гуманитарно-катастрофических) последствиями. Действительный масштаб пандемии в России и причиненного ею демографического, экономического и социального ущерба еще

трудно назвать², но определенно можно сказать, что в сравнении с рядом других государств, он оказался не таким большим, каким мог бы быть. Пандемия возникла вскоре после проведения в России преобразований в системе здравоохранения, направленных на ее «оптимизацию». Ситуация пандемии показала, что (а) в реформе здравоохранения задачи экономии материальных ресурсов доминировали над задачами сбережения населения, в результате чего медицинская помощь оказалась практически полностью замещенной медицинскими услугами; (б) реформа привела систему здравоохранения в негодность по отношению к вызовам, подобным пандемии; (в) в системе здравоохранения отсутствуют достаточные ресурсы, необходимые даже для ординарных обстоятельств, не говоря о чрезвычайных; (г) страховая медицина, на развитие которой рассчитывало в своей здравоохранительной стратегии правительство, продемонстрировала непригодность к вызовам такого рода. Все это говорит о том, что необходимы срочные усилия на государственном уровне по *максимизации* здравоохранения — для нейтрализации последствий его «оптимизации».

Обсуждение этих вопросов имеет четкий нормативный аспект, связанный с *принципом предосторожности* — важным социально-этическим принципом принятия решений и действий по их реализации. Указанные выше фиаско стали результатом того, что при планировании и осуществлении реформы здравоохранения принцип предосторожности был проигнорирован, причем именно в силу того, что задачи экономии материальных средств безусловно преобладали над задачами общественной безопасности, важнейшей составляющей которой является здоровье людей. Принцип предосторожности гласит, что принимаемые решения и их реализация не должны вести к морально неприемлемому ущербу для людей, сообществ, окружающей среды (социокультурной и природной). В данном случае он будет звучать почти тривиально: всегда нужно помнить о том, что нарушения порядка случаются, они могут быть катастрофическими по характеру, они могут быть субглобальными и глобальными по своему масштабу (что оставляет слабую надежду на полновесную помощь извне), и к ним надо быть дифференцированно готовыми.

Было бы неверно полагать, что это предмет государственной заботы. Это предмет общественной заботы. Вопросы ценностных

² Имеющиеся данные, при всей их возможной неполноте, свидетельствует о значительном разбросе в степени оснащенности и степени готовности регионов страны к чрезвычайным ситуациям такого рода.

ВЫЗОВЫ ПАНДЕМИИ И МЕДИ- ЦИНА КАТАСТРОФ

приоритетов принятия решений и целевых групп первостепенной государственной и общественной помощи в различных ситуациях, тем более в чрезвычайных, должны быть предметом публичных обсуждений и ответственности общества. Так же, как вопросы поддержания благосостояния народа, возможностей людей к самообеспечению и взаимоподдержке. Политическая структура общества в период пандемии не справилась с этой задачей.

Такие вызовы, как пандемия, требуют особого уровня общественной *солидарности*. Соблюдение принципа солидарности — залог устойчивости и выносливости общества. В конце марта Германский Этический комитет выступил с заявлением «Солидарность и ответственность в период коронавирусного кризиса». Появление документа с таким названием в Германии, несомненно, примечательно. Показательно и то, что является предметом особой озабоченности для авторов документа — это «глубокий этический конфликт между принятием должных мер для поддержания стабильной высококачественной и эффективной системы здравоохранения и возможными негативными последствиями от этих мер для людей и для общества...» [27]. Практический опыт сопротивления пандемии явил примеры беспрецедентной общественной солидарности на уровне горизонтальных связей и трудно воображаемого отчуждения на уровне вертикального взаимодействия, как локального, так и регионального, и федерального масштаба. В России правительство обещало солидные дополнительные выплаты врачам и медицинскому персоналу и выделило деньги. Но сплошь и рядом деньги не доходили, потому что выплаты в больницах — это компетенция руководства, и оно нередко решало этот вопрос, бесцеремонно ущемляя интересы врачей и в еще большей степени медицинского персонала. Это с достаточной полнотой освещалось в СМИ.

Весной почти все больницы испытывали хроническую нехватку защитных средств для медперсонала. Так вот, было немало случаев, когда врачей и медработников, публично заявляющих о нехватке средств защиты, вызывали для дачи показаний в следственные органы. Некоторые врачи привлекались к ответственности за нарушение закона о запрете недостоверных новостей. И даже члены независимого профсоюза медицинских работников «Альянс врачей» (взявшегося за поиск ресурсов и их доставку в больницы) сталкивались со случаями противодействия со стороны органов правопорядка. Система, ее представители выступали препятствием для тех, кто по собственной инициативе предпринимал усилия, направленные на облегчение существующей ситуации. Все это воспринималось обществом как проявления отсутствия общественной солидарности.

Круг вопросов, связанных с вызовами пандемии, чрезвычайно широк. Их обсуждение проходит на разных медийных площадках. В предлагаемых статьях данной рубрики представлены в переработанном виде выступления участников круглого стола, прошедшего в конце апреля этого года.

Переживаемая человечеством пандемия COVID-19 — тяжелое, но не смертельно опасное для него испытание. Природные и техногенные угрозы глобальных эпидемических катастроф решением текущих проблем, вызванных вирусом Sars-cov-2, не будут исчерпаны. Для глобальных и национальных политических институтов пандемия стала испытанием, из которого предстоит вынести необходимые уроки, направленные на оценку и исправление выявленных недостатков в защите здоровья человека. Предлагаемые материалы круглого стола — небольшой, но надеемся, полезный шаг в данном направлении.

Д.В. Михель

Медицина катастроф и чрезвычайные ситуации: правила руководства для медицинского разума в условиях хаоса

Принято считать, что медицина катастроф (МК), как отдельная область медицинской практики, возникла в конце XX века в связи с резко увеличившимся количеством техногенных катастроф в развитых индустриальных странах. В России служба МК была создана в последней четверти XX века в контексте событий, связанных с аварией на Чернобыльской АЭС, разрушительным землетрясением 1988 года в Армении и общим увеличением количества автомобильных аварий. Развитие этой области медицины сопровождалось конкретизацией ее задач, к числу которых относят также оказание помощи пострадавшим при взрывах, терактах, захвате заложников, массовых беспорядках и драках, авиакатастрофах, падении с высоты, массовых отравлениях и случаях особо опасных инфекций, а кроме того, медицинскую эвакуацию и транспортировку крайне тяжелых реанимационных больных из стационара в стационар [11]. Современная медицина катастроф представляет собой не только особую медицинскую службу, но и особую форму медицинского разума, которая имеет собственную генеалогию и собственную философию. Под медицинским разумом здесь имеется в виду и особый способ мышления, и особый взгляд на реальность, и особый способ рациональности, который соотносится с определенным типом медицинского опыта и