

Тарабрин Р. Е.

ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ БИОЭТИКИ: ОТ ЧИСТОЙ ИДЕИ ДО ОРГАНИЗАЦИИ РЕГУЛЯРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

Исследование посвящено историческому развитию клинической биоэтики от формирования теоретических оснований дисциплины в контексте философии до институционализации практических форм клинических консультаций в медицинских учреждениях.

Методология исследования основана на междисциплинарном подходе, объединяющем философский, исторический, правовой и социокультурный анализ ключевых факторов становления клинической биоэтики в США.

Результаты демонстрируют, что, несмотря на изначальные опасения избыточного контроля над автономией врача, этические консультации повышали качество коммуникации и принятия решений, снижали конфликтность и укрепляли доверие между пациентом и медицинским персоналом.

Институционализация клинической биоэтики стала ответом на необходимость этического сопровождения решений, возникающих в клинической практике, и доказала свою значимость для современной медицины как инструмента моральной навигации, укрепляющего ценность доверия и прозрачности в лечебном процессе.

Ключевые слова: клиническая биоэтика; история биомедицинской этики; организация здравоохранения; клинические консультации по биоэтике.

Для цитирования: Тарабрин Р. Е. Историческое развитие клинической биоэтики: от чистой идеи до организации регулярных клинических консультаций. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(3):765—770. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-3-765-770>

Для корреспонденции: Тарабрин Р. Е., канд. филос. наук, доцент Института социальных наук ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: Tarabrin_r_e@staff.sechenov.ru

Tarabrin R. E.

THE HISTORICAL DEVELOPMENT OF CLINICAL BIOETHICS: FROM PURE IDEA TO ORGANIZATION OF REGULAR CLINICAL CONSULTATIONS

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

The study considers historical development of clinical bioethics from formation of theoretical foundations of discipline in context of philosophy to institutionalization of practical forms of clinical consultations in medical institutions.

The methodology of the study is based on interdisciplinary approach combining philosophical, historical, legal and socio-cultural analysis of key factors of becoming of clinical bioethics in the USA.

The study results demonstrate that despite initial concerns about excessive control over physician autonomy, ethical consultations improved quality of communication and decision-making, decreased conflictness and strengthened confidence between patients and medical personnel.

The institutionalization of clinical bioethics became response to necessity of ethical maintenance of decisions occurring in clinical practice and proved its significance for modern medicine as tool of moral navigation, strengthening value of confidence and transparency in treatment process.

Key words: clinical bioethics; history; health care organization; clinical bio-ethical consultations.

For citation: Tarabrin R. E. The historical development of clinical bioethics: from pure idea to organization of regular clinical consultations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(3):765–770 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-3-765-770>

For correspondence: Tarabrin R. E., candidate of philosophical sciences, associate professor of the Institute of Social Sciences of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University). e-mail: Tarabrin_r_e@staff.sechenov.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The article was prepared as part of work on the Russian Science Foundation grant ‘Russian Bioethics Discourse in the Sociocultural Transformation of Society’ (25–28-02272).

Received 04.03.2026

Accepted 16.03.2026

Введение

Вопросов нравственности избежать нельзя, включая и те, на которых фокусируется биоэтика [1]. Они разбираются в разных сферах гуманитарного знания, например в истории медицины, социологии медицины. Однако наиболее сфокусирована на их нормативном разрешении именно биоэтика.

Биоэтика возникла в 1970-е годы, когда общественное внимание к сложным случаям — пересадкам органов, реанимации недоношенных детей, прекращению поддержки жизни — потребовало системных этических разъяснений, выходящих за рамки традиционной врачебной этики. Потребность в новых подходах усилилась из-за технологического прогресса, появления современных методов продления

жизни и одновременного возникновения конфликтов между медицинскими, юридическими и религиозными стандартами [2].

В зависимости от большей или меньшей вовлеченности того или иного социального института можно выделить исследовательскую биоэтику и клиническую биоэтику [3]. Подобного рода деление достаточно условно и не отражает всего многообразия направлений исследований. Исследовательская биоэтика — одно из направлений, которое занимается биоэтическими проблемами в науке и влиянием исследовательских экспериментальных практик на участников исследования с целью предотвратить негативные последствия, не препятствуя при этом получению научных результатов. Клиническая биоэтика — анализ дилемм и противоречий в клинической практике и этическая поддержка врачей в медицинских учреждениях, а также анализ институциональных (внутрибольничных) регламентов решения тех или иных типовых биоэтических проблем, возникающих в практической деятельности врача.

Тем не менее, несмотря на существенное развитие клинической биоэтики за рубежом, а также ее важность в клинической практике, в российском академическом дискурсе этот раздел представлен очень поверхностно. Например, существуют заметки о проведенных международных мероприятиях, связанных с клинической биоэтикой [4]. Вскользь в материалах конференций упоминается необходимость формирования консультативных комитетов по биоэтике в России [5]. Историческое развитие клинической биоэтики изложено также фрагментарно [6]. Кроме того, не изучен факт исключения в 2004 г. ст. 16 из закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1), которая позволяла создавать комитеты по этике при организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Тем не менее начавшаяся рефлексия биоэтических вопросов конкретных клинических проблем в российской науке дает надежду на начавшееся осознание важности данной дисциплины.

Материалы и методы

В исследовании использован междисциплинарный анализ — работа сочетает философский, исторический, правовой и социокультурный анализ явлений, имевших место при формировании клинической биоэтики на примере зарубежного (североамериканского опыта). Использование междисциплинарного анализа отражает природу самой биоэтики как медико-гуманитарного поля, интегрирующего этику, право, медицину и социальные науки. Кроме того, использован дискурс-анализ западных моделей клинической биоэтики.

Результаты исследования

При формировании биоэтики как академической дисциплины исследователи начали искать этические основания, чтобы примирить противоборству-

ющие группы людей с разными взглядами на эти вопросы и предложить решение для подобных случаев. Значительный вклад в обоснование тех или иных решений внесла философия (в качестве прикладной этики) и моральная теология [7]. Так, исследования [6, 8] способствовали широкому использованию понятия добродетели для определения этического в медицине. Однако полноценное развитие принципов биоэтики связано с изысканиями Т. Бичампа и Дж. Чилдреса [9] и носит название принципализм.

В принципализме признается существование разделяемой всеми морали, наиболее общие положения которой Т. Бичамп и Дж. Чилдрес выразили в виде четырех принципов биоэтики: автономия, благодеяние, непричинение вреда и справедливость [9, 10]. Использование принципов осуществляется в их соотношении с конкретными этическими ситуациями посредством процессов спецификации и балансирования. Данные принципы выполняют функцию методологических оснований, на которых выстраиваются более детализированные применимые нормы профессионального поведения медицинских работников. Поэтому в своей исходной, абстрактной форме принципы не обладают содержательным наполнением, которое формируется в процессе их уточнения (спецификации) и взаимного согласования (балансирования). Спецификация придает принципам конкретный смысл, определяя условия, границы и способы их реализации таким образом, чтобы сохранялось рефлексивное равновесие между различными этическими основаниями. Так, принцип уважения автономии личности при его конкретизации приобретает форму менее универсальной, но более действенной этической директивы: «Уважай решение больного, если он совершеннолетний, обладает способностью рационально рассуждать и не находится под влиянием заболевания» [9, с. 440]. В это же время балансировка принципов служит инструментом достижения этически обоснованного решения в ситуациях, где нравственные принципы оказываются в потенциальном противоречии друг с другом. Так, принцип уважения автономии личности нередко вступает в напряженные отношения с принципом справедливости. Применение балансировки позволяет уточнить, в каких обстоятельствах предпочтение следует отдать тому или иному принципу. Например, при рассмотрении просьбы пожилой пациентки о продлении срока госпитализации на несколько дней возникает необходимость оценить, каким образом это решение соотносится с рациональным распределением ограниченных медицинских ресурсов.

Подобного рода модель решения прикладных биоэтических проблем создавала существенные проблемы в клинической практике, так как, помимо определения конкретного содержания каждого из принципов в том или ином клиническом случае, необходимо было провести их ранжирование. В связи с этим наряду с решением этической проблемы путем спецификации и балансировки принципов биоэтики возник иной способ: изучение конкретного

История медицины

случая моральной дилеммы, его анализ и формирование парадигм решения моральных дилемм в последующем. В первые десятилетия биоэтики этот подход получил название казуистики [11]. В данном направлении нет задачи использовать ту или иную теоретическую базу, чтобы найти правильное решение. Вместо этого стараются определить наиболее полезное решение моральной проблемы, которое принесет максимум выгоды и минимум вреда для всех сторон конфликта (для больного и врача). В данном подходе не удастся определить универсальное решение биоэтической проблемы, но последовательное рассмотрение аргументов помогает хотя бы отсеять явно неприемлемые решения.

Казуистика или анализ биоэтического кейса легли в основу клинической биоэтики, которая, таким образом, имеет дело с решением конкретной биоэтической проблемы, встретившейся врачу, при этом ее решение зачастую применимо только в данном контексте. В книге [12] клиническая биоэтика определена как «выявление, анализ и решение моральных проблем, возникающих при лечении конкретного пациента. Клиническая этика неразрывно связана с основной задачей врача — принятием решения и осуществлением наилучшего клинического лечения для конкретного человека в конкретных обстоятельствах».

При этом термин «клиническая этика» может означать этическую рефлексию самого врача о назначаемом лечении либо этическую интерпретацию и анализ клинических решений. Именно во втором случае немедицинские специальности могли быть включены в процесс клинических этических консультаций. Клиническая биоэтика как практико-ориентированная дисциплина сформировалась в США в 1970-х годах, когда педиатр Карен Тил предложила создание этических комитетов в больницах для решения сложных моральных дилемм [13]. Впоследствии ее предложение получило широкий отклик в связи с упоминанием о нем Верховным судом Нью-Джерси в решении 1976 г. по делу Куинлен, в рамках которого предполагалось, что такой комитет мог бы помочь врачам в принятии сложных этических решений.

Академическое использование «клинической этики» началось М. Сиглером из Чикагского университета в 1978 г. [14]. Однако А. Йонсен предполагает, что этот термин впервые использовал Джозеф Флетчер в приветственной речи в университете Миннесоты в 1976 г. [7, с. 375]. Йонсен описывает определенный теоретический характер первоначальных консультаций по клинической биоэтике на уровне комитетов при клиниках. Поскольку комитеты по биоэтике находились за пределами обычных отделений и отделений интенсивной терапии, реальное содержание клинических случаев и возникающих в них биоэтических проблем находилось вне поле зрения клинических биоэтиков. Биоэтики не «чувствовали» морального напряжения при принятии клинических решений врачами и потому, когда получали запрос на клиническую консульта-

цию на уровне комитета, вынуждены были довольствоваться сухой интерпретацией биоэтической проблемы, что приводило к односторонней оценке ситуации, а следовательно — к определенной степени предвзятости. Кроме того, биоэтики не могли учить клиницистов самостоятельно принимать биоэтические решения, поскольку были оторваны от клинического контекста, в котором и происходило принятие того или иного решения.

В результате для того, чтобы формулировать адекватные решения биоэтических дилемм, биоэтики пришли к выводу о необходимости большего их включения в клиническую практику: они направлялись в отделения интенсивной терапии, взрослые и детские онкологические отделения, участвовали в консилиумах врачей при обсуждении биоэтических проблем конкретных случаев. Некоторые врачи приветствовали такое участие в их клинической работе, другие считали его недопустимым [7, с. 365—8].

Специалисты по этике изначально не обладали клиническим опытом и не умели превращать свои теоретические знания об утилитаризме и деонтологии в практические рекомендации, пригодные для применения командой, оказывающей пациенту медицинскую помощь. Однако со временем они адаптировались к клиническому контексту и стали активно участвовать в обсуждениях, происходящих в этой среде. Важно описание опыта первоначального участия неклиницистов в клиническом процессе: «Я многому научился в этих условиях и обнаружил, что медицина не сложна для изучения, если не нужно диагностировать и лечить пациентов. Я освоил терминологию и понял основы сложных клинических проблем. Иногда меня просили прокомментировать ту или иную проблему, и, начав с неуклюжих попыток, я стал более уверенным в том, что мои слова могут быть услышаны в этих условиях» [7, с. 365].

Таким образом, биоэтики старались внедрить теоретические этические соображения в повседневный процесс принятия решений врачами, имеющими дело с конкретными пациентами. Перед клиническими биоэтиками стояла задача приблизить философские размышления о проблемах жизни и смерти к реальным нуждам врачей и научить их, каким образом можно использовать эти теоретические конструкции в реальной клинической практике. С этой целью начали выпускать практические руководства по биоэтике для клиницистов. При этом использовали метод анализа клинических случаев, который ближе к мышлению врачей, чем к теоретизированиям философов. Врачи с большим энтузиазмом восприняли подобную «популяризацию» биоэтики. Так, Р. Петерсдорф, по данным Йонсен, говорил, что книги, рассматривающие этические проблемы с точки зрения реальной жизни и дающие советы по разрешению конкретных случаев, «согласуются со здравым смыслом, общепринятыми этическими учениями и правовыми нормами» [7, с. 366].

Исследователи клинической биоэтики описывали реальный опыт обсуждения клинических случаев. В частности, один из репортеров New York Times Magazine участвовал в консультациях биоэтика Рут, а также фиксировал отклики врачей относительно биоэтических консультаций. Один из откликов показателен: «Чем больше вы общаетесь с такими людьми, как Рут, тем больше понимаете ценность того, что что-то надо переосмысливать снова и снова. Вы все равно будете совершать ошибки, но, возможно, они будут менее серьезными» [15, 16].

Со временем в больницах появлялось все больше и больше комитетов по биоэтике, которые разбирали сложные биоэтические проблемы, встречающиеся у врачей данного стационара. Вначале не существовало никаких регламентов относительно структуры или функций комитетов по этике. Так, отчет 1983 г. о национальном исследовании 602 больниц содержал информацию о том, что только 1% больниц США имели комитеты по этике [17]. Однако в 1987 г. Б. Ло написал критическую статью о функциях этих новых комитетов, в которой высказал мнение, что они страдают предвзятостью, заражены «групповым мышлением» и практически не имеют стандартных процедур для решения поставленных перед ними проблем [18]. Йонсен согласен, что критика Ло была заслуженной, однако признает, что к тому моменту комитеты стали частью жизни больниц [7, с. 365].

В 1991 г. началось государственное регулирование клинической биоэтики. Благодаря утвержденным стандартам комиссии по аккредитации медицинских учреждений (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) учреждениям, обращавшимся за получением аккредитации, требовалось предоставить разработанные механизмы разрешения этических вопросов пациентов, в связи с чем в последующее десятилетие произошел значительный рост числа консультаций по клинической этике, которые, согласно исследованию 1999—2000 гг., стали стандартной практикой в 81% американских больниц [19]. Таким образом, для развития клинической биоэтики от чистой идеи необходимости анализа конкретных этических дилемм врачебной практики до широкого использования клинических биоэтических консультаций прошло около 30 лет при постоянном взаимодействии врачебного и гуманитарного сообществ и непосредственной государственной поддержке данного вида помощи.

Обсуждение

Клиническая биоэтика институционализировалась благодаря следующим тенденциям.

Возникшая необходимость рассмотрения уникальных и беспрецедентных случаев не могла быть удовлетворена только абстрактной теорией — требовался диалог между философией, медициной и правом [20, 21].

Наблюдался рост числа междисциплинарных этических комитетов и консультативных служб в больницах и академических центрах, поддерживае-

мых широким спектром профессиональных сообществ, таких как врачи, юристы, пасторы, философы и социальные работники [21, 22].

Давление общественности, контроль со стороны государства и аккредитационных органов (например, JCAHO в США) способствовали разработке механизмов этического рассмотрения в медицинских учреждениях [22].

В академическом сообществе наблюдалась определенная критика в адрес клинических биоэтиков и проводимых ими консультаций. Высказывались, например, сомнения в профессиональной легитимации и специфической экспертности биоэтиков, которые вначале не имели профессионального статуса, формальной сертификации и лицензирования, обладали разными образовательными траекториями и методологической подготовкой [22]. Более того, вмешательство неклиницистов в принятие решения врачом рассматривалось как угроза автономии врача. Высказывались опасения, что клинические биоэтики могут стать источником морального давления и своего рода «этической полицией», внося разногласия в команду клиницистов [23, 24]. Критика клинических консультаций была связана и с неоднородностью стандартов консультирования, а также с их смешением с религиозными и иными ценностными установками [23, 25].

Тем не менее клинические консультации по биоэтике доказали свою ценность в случаях, где требовалось согласование противоречивых позиций между медицинским персоналом, пациентами и их семьями, что помогало разрешить конфликты вокруг границ терапии, информированного согласия, распределения ресурсов, вопросов смерти и умирания [22]. Как показывают эмпирические исследования, большинство участников (врачи, пациенты, семьи) считали консультации полезными, способствующими поиску компромисса, повышающими уровень понимания и удовлетворенности принятыми решениями; иногда они напрямую влияли на тактику ведения пациента, помогали разрешать конфликты, уточнять ценности участников и улучшать коммуникацию внутри команды [26]. Установлено, что врачи и медсестры находили консультации полезными по разным причинам: первые — из-за их вклада в этическую аргументацию предпринятого врачом действия, вторые — из-за улучшения командного взаимодействия и чувства моральной поддержки [27]. Работы показали, что большинство пациентов и членов их семей были удовлетворены решениями после участия в этической консультации, они указывали на улучшение взаимопонимания, доверия и облегчение сложных решений в терминальных ситуациях [28, 29]. В анализе результатов клинической биоэтики было особенно подчеркнуто, что сугубо эффективны такие подходы, где биоэтик выступает медиатором, а не авторитарным судьей. Посредничество в диалоге, выработка процедур прозрачного согласования и фиксация решений усиливают мотивацию сторон [26].

Заключение

История клинической биоэтики — это движение от абстрактной философской рефлексии биоэтических проблем, возникших в результате стремительного развития биомедицины, к практическому посредничеству и консультированию в реальных клинических условиях. Ее развитие сопровождалось культурными и профессиональными вызовами, критикой профессионализма и экспертизы, однако практические результаты (повышение прозрачности, снижение конфликтности, рост доверия к принятым решениям) подтверждают значимость этого направления современной медицины.

Статья подготовлена в рамках работы по гранту РНФ «Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» (25-28-02272).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шок Н. П., Щеглов А. П., Соложенкин Б. С. Философский дискурс биоэтики. *Философия науки*. 2018;(4):166—80.
2. Shok N., Beliakova N. Navigating Late USSR Family Planning: Scattered Narratives from Demography and Medicine. In: *Challenging Norms Family Planning as a Reflection of Social Change in Twentieth-Century Eastern Europe*. Berghahn; 2025. P. 334—63.
3. Reich W. T. The word “bioethics”: the struggle over its earliest meanings. *Kennedy Institute of Ethics J.* 1995;5(1):19—34.
4. Нежметдинова Ф. Т., Гурyleva М. Э., Рибас С., Пелчич Г. Клиническая биоэтика на успешном пути. *Казанский медицинский журнал*. 2018;99(6):1028—31. doi: 10.17816/KMJ10524
5. Баракова С. И., Доника А. Д. Роль этических комитетов в современной медицинской практике. *Международный журнал экспериментального образования*. 2017;4(1):51—2.
6. Шок Н. От биоэтики светской к биоэтике христианской: о значении наследия Х. Тристрама Энгельгардта в России. *Государство, религия, церковь в России и за рубежом*. 2020;38(4):7—43.
7. Jonsen A. R. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press; 2003.
8. Pellegrino E. D., Thomasma D. C. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
9. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
10. Тарабрин Р. Е. Исторический анализ становления и развития биоэтики в России: роль Х. Т. Энгельгардта. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2025;(3):132—7.
11. Jonsen A. R. Casuistry and clinical ethics. *Theor Med.* 1986;7(1):65—74.
12. Jonsen A. R., Siegler M., Winslade W. J. Clinical Ethics. 1st ed. New York: Macmillan Publishing Company; 1982.
13. Teel K. The physician's dilemma, a doctor's view: what the law should be. *Baylor Law Review*. 1975;(27):6—9.
14. Siegler M. A legacy of Osler: teaching clinical ethics at the bedside. *JAMA*. 1978;239(10):951—6.
15. Bouton K. Painful decisions: the role of the medical ethicist. *New York Times*. August 5, 1990, 65.
16. Macklin R. Mortal Choices: Ethical Dilemmas in Modern Medicine. Boston: Houghton-Mifflin; 1987.
17. Youngner S. J. A national survey of hospital ethics committees. In: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Washington (DC): 1983. P. 443—9.
18. Lo B. Behind closed doors. *New Engl. J. Med.* 1987;317(1):46.
19. Fox E., Myers S., Pearlman R. A. Ethics consultation in United States hospitals: a national survey. *Am. J. Bioethics*. 2007;(7):13—25.
20. Post L. F. Clinical Consulting: The Search for Resolution at the Intersection of Medicine, Law, and Ethics. *HEC F* 2003;15:338.

21. Agich G. J. Clinical ethics: A role theoretic look. *Soc. Sci. Med.* 1990;30(4):389—99.
22. McCarrick P. M. Bioethics consultation. *Kennedy Institute of Ethics J.* 1993;3(4):433—50.
23. Bliton M. J., Bartlett V. L. Exploring Clinical Ethics' Past to Imagine Its Possible Future (s). *Am. J. Bioethics*. 2018;18(6):55—7.
24. Nelson J. L. Trusting Bioethicists. In: Eckenwiler L. A., Cohn F. G. (eds). The ethics of bioethics: Mapping the moral landscape. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007. P. 47—58.
25. Engelhardt H. T. Bioethics as politics: a critical reassessment. In: Eckenwiler L. A., Cohn F. G. (eds). The ethics of bioethics: Mapping the moral landscape. Baltimore: Johns Hopkins University; 2007. P. 118—33.
26. Bell J. A. H. Clinical ethics consultations: a scoping review of reported outcomes. *BMC Med. Ethics*. 2022;23(1):99.
27. Friedrich A. B., Kohlberg E. M., R Malone J. Perceived Benefits of Ethics Consultation Differ by Profession: A Qualitative Survey Study. *AJOB Empirical Bioethics*. 2023;14(1):50—4. doi: 10.1080/23294515.2022.2093423
28. Orr R. D. Evaluation of an ethics consultation service: patient and family perspective. *Am. J. Med.* 1996;101(2):135—41.
29. McClung J. A. Evaluation of a medical ethics consultation service: opinions of patients and health care providers. *Am. J. Med.* 1996;100(4):456—60.

Поступила 04.03.2026
Принята в печать 16.03.2026

REFERENCES

1. Shok N. P., Shheglov A. P., Solozhenkin B. S. Philosophical discourse of bioethics. *Filosofija nauki*. 2018;(4):166—80 (in Russian).
2. Shok N., Beliakova N. Navigating Late USSR Family Planning: Scattered Narratives from Demography and Medicine. In: *Challenging Norms Family Planning as a Reflection of Social Change in Twentieth-Century Eastern Europe*. Berghahn; 2025. P. 334—63.
3. Reich W. T. The word “bioethics”: the struggle over its earliest meanings. *Kennedy Institute of Ethics J.* 1995;5(1):19—34.
4. Nezhmetdinova F. T., Guryleva M. E., Ribas S., Pelčić G. Clinical bioethics on successful path. *Kazan medical journal*. 2018;99(6):1028—31. doi: 10.17816/KMJ10524 (in Russian).
5. Barakova S. I., Donika A. D. The Role of Ethics Committees in Modern Medical Practice. *Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovaniya*. 2017;4(1):51—2 (in Russian).
6. Shok N. From “Bioethics” to “Christian Bioethics”: Significance of H. T. Engelhardt's Legacy in Today's Russia. *Gosudarstvo, religii, tserkov' v Rossii i za rubezhom*. 2020;38(4):7—43 (in Russian).
7. Jonsen A. R. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press; 2003.
8. Pellegrino E. D., Thomasma D. C. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
9. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
10. Tarabrin R. E. Historical analysis of the formation and development of bioethics in Russia: the role of HT Engelhardt. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(3):132—7 (in Russian).
11. Jonsen A. R. Casuistry and clinical ethics. *Theor Med.* 1986;7(1):65—74.
12. Jonsen A. R., Siegler M., Winslade W. J. Clinical Ethics. 1st ed. New York: Macmillan Publishing Company; 1982.
13. Teel K. The physician's dilemma, a doctor's view: what the law should be. *Baylor Law Review*. 1975;(27):6—9.
14. Siegler M. A legacy of Osler: teaching clinical ethics at the bedside. *JAMA*. 1978;239(10):951—6.
15. Bouton K. Painful decisions: the role of the medical ethicist. *New York Times*. August 5, 1990, 65.
16. Macklin R. Mortal Choices: Ethical Dilemmas in Modern Medicine. Boston: Houghton-Mifflin; 1987.
17. Youngner S. J. A national survey of hospital ethics committees. In: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medi-

- cine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Washington (DC): 1983. P. 443–9.
18. Lo B. Behind closed doors. *New Engl. J. Med.* 1987;317(1):46.
 19. Fox E., Myers S., Pearlman R. A. Ethics consultation in United States hospitals: a national survey. *Am. J. Bioethics.* 2007;(7):13–25.
 20. Post L. F. Clinical Consulting: The Search for Resolution at the Intersection of Medicine, Law, and Ethics. *HEC F.* 2003;15:338.
 21. Agich G. J. Clinical ethics: A role theoretic look. *Soc. Sci. Med.* 1990;30(4):389–99.
 22. McCarrick P. M. Bioethics consultation. *Kennedy Institute of Ethics J.* 1993;3(4):433–50.
 23. Bliton M. J., Bartlett V. L. Exploring Clinical Ethics' Past to Imagine Its Possible Future (s). *Am. J. Bioethics.* 2018;18(6):55–7.
 24. Nelson J. L. Trusting Bioethicists. In: Eckenwiler L. A., Cohn F. G. (eds). *The ethics of bioethics: Mapping the moral landscape.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007. P. 47–58.
 25. Engelhardt H. T. Bioethics as politics: a critical reassessment. In: Eckenwiler L. A., Cohn F. G. (eds). *The ethics of bioethics: Mapping the moral landscape.* Baltimore: Johns Hopkins University; 2007. P. 118–33.
 26. Bell J. A. H. Clinical ethics consultations: a scoping review of reported outcomes. *BMC Med. Ethics.* 2022;23(1):99.
 27. Friedrich A. B., Kohlberg E. M., R Malone J. Perceived Benefits of Ethics Consultation Differ by Profession: A Qualitative Survey Study. *AJOB Empirical Bioethics.* 2023;14(1):50–4. doi: 10.1080/23294515.2022.2093423
 28. Orr R. D. Evaluation of an ethics consultation service: patient and family perspective. *Am. J. Med.* 1996;101(2):135–41.
 29. McClung J. A. Evaluation of a medical ethics consultation service: opinions of patients and health care providers. *Am. J. Med.* 1996;100(4):456–60.